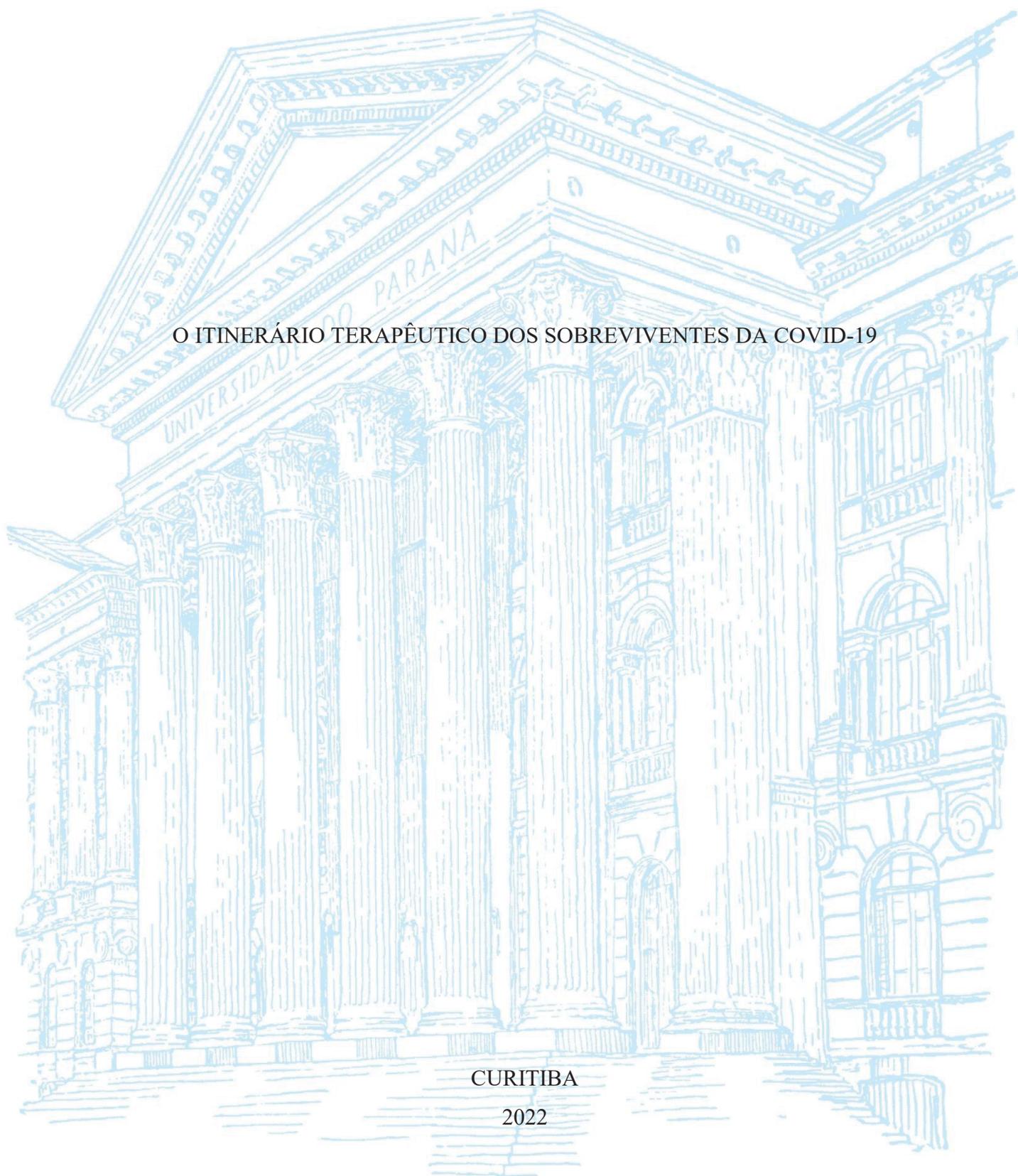


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

VANUSA DAIANE EIDT

O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DOS SOBREVIVENTES DA COVID-19



CURITIBA

2022

VANUSA DAIANE EIDT

O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DOS SOBREVIVENTES DA COVID-19

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Prática Profissional.

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Dra. Nen Nalú Alves das  
Mercês

CURITIBA

2022

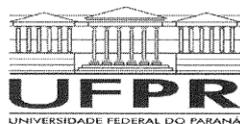
Eidt, Vanusa Daiane  
O itinerário terapêutico dos sobreviventes da COVID-19 [recurso eletrônico] /  
Vanusa Daiane Eidt – Curitiba, 2022.  
1 recurso online: PDF.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.  
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2022.

Orientador: Profa. Dra. Nen Nalú Alves das Mercês

1. COVID-19. 2. Atenção à Saúde. 3. Itinerário terapêutico. 4. Atitude frente à  
saúde. 5. Enfermagem. I. Mercês, Nen Nalú Alves das. II. Universidade Federal do  
Paraná. III. Título.

CDD 616.24144



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -  
40001016045P7

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **VANUSA DAIANE EIDT** intitulada: **O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DOS SOBREVIVENTES DA COVID-19**, sob orientação da Profa. Dra. **NEN NALÚ ALVES DAS MERCÊS**, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 08 de Dezembro de 2022.

Assinatura Eletrônica

09/12/2022 14:18:07.0

NEN NALÚ ALVES DAS MERCÊS

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

09/12/2022 09:10:02.0

ANGELITA VISENTIN

Avaliador Externo (FACULDADES INTEGRADAS DO BRASIL)

Assinatura Eletrônica

09/12/2022 08:45:44.0

ELIZABETH BERNARDINO

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)



Av. Prof. Lothario Meissner, 632, 3º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil

CEP 80210170 - Tel: (41) 3361-3756 - E-mail: ppgenf@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 240788

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 240788

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, meu guia e alento nas horas de angústia.

Agradeço aos meus pais Valmir e Rosane, meu exemplo de vida e de amor incondicional, dedico esta dissertação a eles que não tiveram a oportunidade de seguir estudando.

Aos demais familiares e amigos pelo apoio, incentivo e compreensão com os momentos em que permaneci distante.

A minha filha Sarah, por ser a luz que ilumina meu coração, pela força diária e motivação de seguir em frente nos momentos de dificuldade, mesmo que às vezes não compreenda.

A minha orientadora que sempre foi uma pessoa de luz, grata pelo carinho, atenção e paciência, durante a jornada de elaboração deste estudo.

Aos membros da banca por aceitar o convite e realizar suas contribuições valiosas, permitindo o aprimoramento deste estudo.

Agradeço a Fátima Baran que gentilmente cedeu o livro utilizado como referencial teórico.

Aos participantes desta pesquisa, que compartilharam seu sofrimento e vivências frente a COVID-19 grave.

Por fim, manifesto aqui a minha gratidão a todas as pessoas que me deram forças e energia para concluir esta dissertação.

## RESUMO

Anunciado pela Organização Mundial da Saúde no início de janeiro de 2020, o novo coronavírus, com altos níveis de transmissibilidade e letalidade, tornou-se uma pandemia, desafiando a ciência e os governos mundiais. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, de abordagem descritiva e exploratória, com a questão norteadora: como ocorreu o itinerário terapêutico dos sobreviventes das formas graves da COVID-19, no município de Itapiranga/SC? Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, com parecer nº 5.163.229. O referencial teórico adotado foram os Sistemas de Cuidado em Saúde de Arthur Kleinman, composto por três esferas; popular, profissional e *folk*. Com os objetivos de conhecer o itinerário terapêutico de pessoas sobreviventes que desenvolveram a forma grave da COVID-19, no município de Itapiranga, no estado de Santa Catarina; caracterizar os sobreviventes que desenvolveram a forma grave da COVID-19; identificar os sistemas de cuidado à saúde utilizados pelos sobreviventes da COVID-19; identificar os cuidados à saúde realizados pelos sobreviventes da COVID-19. Participaram 10 sobreviventes da COVID-19 grave. A coleta de dados foi realizada entre abril e maio de 2022, através de entrevista semiestruturada gravada em áudio. Para análise de dados utilizou-se o método de análise de conteúdo com codificação de forma manual. Os resultados evidenciaram que oito eram de sexo masculino; sete foram intubados, porém todos estiveram hospitalizados na UTI por COVID-19. A faixa etária variou de 26 e 65 anos. As comorbidades encontradas foram hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e sobrepeso. Os sintomas iniciais apresentados: febre, tosse, mal-estar, cefaleia e alterações gastrointestinais e no agravamento com tosse, dispneia, febre, cansaço e hemoptise. O início dos sintomas até a hospitalização variou entre 4 e 14 dias. Após a internação, a evolução para intubação ou internação em UTI ocorreu na média de 6 dias. O tempo de hospitalização foi de 13 a 34 dias. As esferas de cuidado acessadas foram; popular, *folk* e profissional. Da análise das narrativas surgiram as seguintes categorias: Percepções do adoecimento repentino; esfera popular e a práxis do autocuidado; esfera profissional e a busca pela resolutividade; esfera profissional e a vivência da COVID-19 grave; transcendência como fonte de melhora e restauração; da fase aguda para as sequelas imprevisíveis. O início da doença foi marcado pela rotulagem e cuidados populares. A esfera profissional foi responsável pelo diagnóstico e vivências mais impactantes relacionadas à hospitalização na UTI. A prática de busca por auxílio espiritual por meio de orações marcou a esfera *folk*. Considera-se que no itinerário terapêutico o uso concomitante das três esferas foi representado pela influência que a cultura exerce no processo saúde-doença e sua interligação com o sistema de cuidado à saúde.

Palavras-chave: COVID-19; atenção à saúde; itinerário terapêutico; atitude frente à saúde; enfermagem.

## ABSTRACT

The World Health Organization announced the new coronavirus in early January 2020, with high levels of transmissibility and lethality, which has become a pandemic, challenging science and world governments. It is a qualitative study, with a descriptive and exploratory approach, with the guiding question: how did the therapeutic itinerary of survivors of the severe forms of COVID-19 occur, in the municipality of Itapiranga/SC? The research was approved by the Ethics Committee for Research in Human Beings with opinion number 5.163.229. The theoretical reference adopted was Arthur Kleinman's Health Care Systems, composed of three spheres: popular, professional and folk. The objectives were: to know the therapeutic itinerary of survivors who developed the severe form of COVID-19, in the municipality of Itapiranga, in the state of Santa Catarina; to characterize the survivors who developed the severe form of COVID-19; to identify the health care systems used by survivors of COVID-19; to identify the health care carried out by survivors of COVID-19. Ten survivors of severe COVID-19 participated. Data collection was conducted between April and May 2022, through audio-recorded semistructured interview. For data analysis, the content analysis method was used with manual coding. The results showed that eight were male; seven were intubated, but all were hospitalized in the ICU for COVID-19. The age ranged from 26 to 65 years. The comorbidities found were systemic arterial hypertension, diabetes mellitus and overweight. The initial symptoms presented: fever, cough, malaise, headache, and gastrointestinal changes, and in aggravation with cough, dyspnea, fever, fatigue, and hemoptysis. The onset of symptoms until hospitalization ranged from 4 to 14 days. After hospitalization, the evolution to intubation or ICU admission occurred in an average of 6 days. The length of hospital stay ranged from 13 to 34 days. The spheres of care accessed were; popular, folk and professional. From the analysis of the narratives the following categories emerged: Perceptions of the sudden illness; folk sphere and the practice of self-care; professional sphere and the search for resoluteness; professional sphere and the experience of severe COVID-19; transcendence as a source of improvement and restoration; from the acute phase to the unpredictable sequelae. The onset of the disease was marked by popular labeling and care. The professional sphere was responsible for the most impactful diagnosis and experiences related to ICU hospitalization. The practice of seeking spiritual help through prayers marked the folk sphere. It is considered that in the therapeutic itinerary the concomitant use of the three spheres was represented by the influence that culture exerts on the health-disease process and its interconnection with the health care system.

Keywords: COVID-19; health care; therapeutic itinerary; attitude to health; nursing.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 -	ESQUEMA DE CLASSIFICAÇÃO DO CORONAVÍRUS.....	23
FIGURA 2 -	ESTRUTURA DO VÍRUS SARS-COV-2.....	24
FIGURA 3 -	TESTAGEM DE COVID-19 APÓS DOENÇA AGUDA.....	30
FIGURA 4 -	CLASSIFICAÇÃO GENÉTICA DO VÍRUS.....	33
FIGURA 5 -	FATORES DE RISCO PARA COVID LONGA.....	52
FIGURA 6 -	FORMAÇÃO DO MODELO EXPLICATIVO E A BUSCA PELOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	60
FIGURA 7 -	IMAGEM ÁREA DA CIDADE DE ITAPIRANGA/SC.....	63

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 -	CLASSIFICAÇÃO DOS CASOS DE COVID-19.....	24
QUADRO 2 -	DIAGNÓSTICO ALTERNATIVO PARA COVID-19.....	29
QUADRO 3 -	INDICAÇÕES PARA SUSPENSÃO DO ISOLAMENTO EM CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS.....	31
QUADRO 4 -	VARIANTES DE PREOCUPAÇÃO (VOCs) EXISTENTES.....	34
QUADRO 5 -	VARIANTES DE PREOCUPAÇÃO (VOCs) CIRCULANTES ATUALMENTE.....	36
QUADRO 6 -	VARIANTES DE PREOCUPAÇÃO (VOCs) CIRCULANTES ANTERIORMENTE.....	36
QUADRO 7 -	BALANÇO VACINAL.....	40
QUADRO 8 -	LINHA DO TEMPO DA DOENÇA COVID-19.....	41
QUADRO 9 -	RECONSTITUIÇÃO DA TRAJETÓRIA REALIZADA POR P1.....	71
QUADRO 10 -	RECONSTITUIÇÃO DA TRAJETÓRIA REALIZADA POR P2.....	72
QUADRO 11 -	RECONSTITUIÇÃO DA TRAJETÓRIA REALIZADA POR P3.....	74
QUADRO 12 -	RECONSTITUIÇÃO DA TRAJETÓRIA REALIZADA POR P4.....	76
QUADRO 13 -	RECONSTITUIÇÃO DA TRAJETÓRIA REALIZADA POR P5.....	78
QUADRO 14 -	RECONSTITUIÇÃO DA TRAJETÓRIA REALIZADA POR P6.....	80
QUADRO 15 -	RECONSTITUIÇÃO DA TRAJETÓRIA REALIZADA POR P7.....	81
QUADRO 16 -	RECONSTITUIÇÃO DA TRAJETÓRIA REALIZADA POR P8.....	83
QUADRO 17 -	RECONSTITUIÇÃO DA TRAJETÓRIA REALIZADA POR P9.....	85
QUADRO 18 -	RECONSTITUIÇÃO DA TRAJETÓRIA REALIZADA POR P10.....	87
QUADRO 19 -	SÍNTESE DOS PARTICIPANTES, TEMPO DE HOSPITALIZAÇÃO, COVID LONGA E ESFERAS ACESSADAS.....	89

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - CASOS DE COVID-19 NO MUNDO E NA REGIÃO DAS AMÉRICAS ANOS DE 2020, 2021 e 2022.....	42
TABELA 2 - CASOS DE COVID-19 NO BRASIL, SANTA CATARINA E ITAPIRANGA NOS ANOS DE 2020, 2021 E 2022.....	44
TABELA 3 - OCUPAÇÃO DE LEITOS SUS DE UTI ADULTO NO ESTADO DE SANTA CATARINA NOS ANOS 2020, 2021 E 2022.....	46

## LISTA DE SIGLAS

ACE2	-	Receptores da Enzima Conversora de Angiotensina 2
ACT-A	-	Acelerador de Acesso as Ferramentas Contra COVID-19
Ad26	-	<i>Vaccine</i> de Vetores de Adenovírus Sorotipo 26
AIDS	-	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AVC	-	Acidente Vascular Cerebral
BMGF	-	<i>Bill &amp; Melinda Gates Foundation</i>
CAPES	-	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDC	-	<i>Centers For Disease Control And Prevention</i>
CEP	-	Comissão de Ética em Pesquisa
CEPI	-	<i>Coalition for Epidemic Preparedness Innovation</i>
CINAHL	-	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CNN	-	News Network Brasil
COVAX	-	Mecanismo de Acesso Mundial as Vacinas contra COVID-19
COVID-19	-	Coronavirus <i>Disease</i> 2019
CLIA	-	Imunoensaio por Quimioluminescência
CoVs	-	Coronavírus
DM	-	Diabetes Mellitus
DNA	-	Ácido Desoxirribonucléico
DPOC	-	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ECDC	-	<i>European Centre for Disease Prevention and Control</i>
ECMO	-	Oxigenação por Membrana Extracorpórea
EPI	-	Equipamentos de Proteção Individual
EUA	-	Estados Unidos da América
ELISA	-	<i>Enzyme-Linked Immunosorbent Assay</i>
ECLIA	-	Imunoensaio por Eletroquimioluminescência
FDA	-	<i>Federal Drug Administration</i>
GISAID	-	<i>Global Initiative on Sharing All Influenza Data</i>
H1N1	-	<i>Influenza</i> A Subtipo H1N1
HAS	-	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	-	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSF	-	Hospital Sagrada Família

IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	-	Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde
MEDLINE	-	<i>Medical Literature Analyses and Retrieval System on-line</i>
MERS	-	Síndrome Respiratória do Oriente Médio
MISC	-	Síndrome Inflamatória Multissistêmica
MTC		Medicina Tradicional Chinesa
NIH	-	<i>National Institutes of Health</i>
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
OPAS	-	Organização Pan-Americana da Saúde
PASC	-	Sequelas Pós-Agudas da Infecção por SARS-CoV- 2
PFF	-	Peça Facial Filtrante
pH	-	Potencial Hidrogeniônico
PUBMED	-	<i>National Library of Medicine</i>
RBD	-	Domínio de Ligação do Receptor
RNA	-	Ácido Ribonucléico
RT-PCR	-	Reação em Cadeia de Polimerase da Enzima Transcriptase Reversa
RT-LAMP	-	Reverse Transcriptase Loop-mediated Isothermal Amplification
SAMU	-	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARS	-	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SARS-CoV-2	-	Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave
SCIELO	-	<i>Scientific Eletronic Library on-line</i>
SDRA	-	Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo
SIVEP-GRIPE	-	Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe
SNC	-	Sistema Nervoso Central
SNP	-	Sistema Nervoso Periférico
SOFA	-	<i>Sequential Organ Failure Assessment</i>
SUS	-	Sistema Único De Saúde
TCLE	-	Termo de Compromisso Livre Esclarecido
TVP	-	Trombose Venosa Profunda
UNITAID	-	Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos
UTI	-	Unidade de Terapia Intensiva
VIRAT	-	<i>Vaccine Introduction Readiness Assessment Tool</i>

VOC	- Variante de Preocupação/Atenção
VOI	- Variantes de Interesse
VNI	- Ventilação não Invasiva
VRAF	- Quadro de Avaliação da Prontidão da Vacina
WHO	- <i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS DA PESQUISA.....</b>	<b>20</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	20
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>21</b>
3.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DA PANDEMIA DA COVID-19.....	21
3.1.1	O percurso do SARS-CoV-2.....	21
3.1.2	As características do novo coronavírus.....	23
3.1.3	As manifestações clínicas da COVID-19.....	25
3.1.4	Diagnóstico para COVID-19.....	28
3.1.5	As variantes do novo coronavírus.....	32
3.1.6	Vacinas para COVID-19.....	37
3.2	COVID – 19: TRAÇANDO UMA LINHA DO TEMPO.....	40
3.3	OS SERVIÇOS E O CUIDADO A PESSOA COM COVID-19.....	47
3.4	COMORBIDADES E COMPLICAÇÕES AGUDAS E TARDIAS DA COVID 19.....	49
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>54</b>
4.1	SISTEMAS DE CUIDADOS A SAÚDE - ARTHUR KLEINMAN.....	54
4.2	MODELO EXPLICATIVO.....	57
4.3	SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	58
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>62</b>
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	62
5.2	CENÁRIO DE ESTUDO.....	63
5.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	64
5.3.1	Prontuário dos sobreviventes da COVID-19.....	64
5.3.2	Grupo de pessoas sobreviventes da forma grave da COVID-19.....	65
5.3.3	Seleção e recrutamento dos participantes.....	65
5.4	COLETA DE DADOS.....	66
5.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	68
5.6	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	69
<b>6</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS.....</b>	<b>70</b>

6.1	CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL DOS SOBREVIVENTES DA COVID 19.....	70
6.2	ITINERÁRIO TERAPÊUTICO: COM A PALAVRA O SOBREVIVENTE DA COVID-19.....	93
6.2.1	Categoria 1- Percepções do adoecimento repentino.....	93
6.2.2	Categoria 2 - Esfera popular e a práxis do autocuidado.....	96
6.2.3	Categoria 3 - Esfera profissional e a busca pela resolutividade.....	99
6.2.4	Categoria 4 - Esfera profissional e a vivência da COVID-19 grave.....	106
6.2.5	Categoria 5 - Transcendência como fonte de melhora e restauração.....	111
6.2.6	Categoria 6 - Da fase aguda para as sequelas imprevisíveis.....	114
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>120</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>123</b>
	<b>APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....</b>	<b>156</b>
	<b>APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE SOBREVIVENTE DA COVID-19.....</b>	<b>160</b>
	<b>APÊNDICE 3 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA DO SOBREVIVENTE DA COVID-19.....</b>	<b>161</b>
	<b>ANEXO 1- MINIEXAME DO ESTADO MENTAL.....</b>	<b>164</b>
	<b>ANEXO 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>165</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Doenças respiratórias são consideradas uma das principais causas de morbimortalidade entre os seres humanos. Entre os vários tipos de vírus existentes destacam-se os coronavírus (CoVs), com características de afetar principalmente o trato respiratório superior causando sintomas de resfriado comum. Isolado pela primeira vez em 1965 após coleta de secreção nasal de uma pessoa resfriada, os coronavírus são responsáveis por causar patologias respiratórias e entéricas, com propriedades neurotrópicas e neuroinvasivas em vários hospedeiros, incluindo gatos, porcos, vacas, aves, cães e humanos (ALBUQUERQUE; SILVA, ARAÚJO, 2020).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2021a), os coronavírus estão por toda parte, sendo a segunda maior causa de resfriado comum após os rinovírus. Ao todo existem sete tipos de coronavírus identificados: *Human coronavirus 229E* (HCoV-229E), *Human coronavirus OC43* (HCoV-OC43), *Human coronavirus NL63* (HCoV-NL63), *Human coronavirus HKU1* (HCoV-HKU1), Síndrome Respiratória do Oriente Médio (SARS-COV) e a Síndrome do Oriente Médio (MERS-COV) e o novo coronavírus denominado de *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), causador da doença *Coronavirus disease* (COVID-19).

O surgimento de doenças respiratórias infecciosas como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) em 2002, a gripe aviária em 2003, Influenza tipo A (H1N1) ou também chamada de gripe suína ocorrida em 2009 e a MERS causaram grande alarde aos órgãos públicos. Novos surtos eram esperados, entretanto não se previa que a pandemia atual seria a maior desde a gripe espanhola (ANDRADE; LOPES, 2021).

Observando o cenário mundial em 31 de dezembro de 2019 em Wuhan na China, foi identificado o primeiro caso de uma nova doença viral respiratória. Anunciada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no início de janeiro como originária de um novo coronavírus, causador de sintomas que incluíam febre, falta de ar e pneumonia. Em poucas semanas o vírus se alastrou, mostrando altos níveis de transmissibilidade e letalidade, porém o perigo maior estava no fato do organismo humano não ser imune a essa nova variação. Em 11 de março de 2020 a OMS declarou oficialmente que o mundo estava enfrentando uma nova pandemia com casos confirmados em 114 países. No Brasil o primeiro caso confirmado ocorreu em 26 de fevereiro de 2020 na cidade de São Paulo (ARAUJO et al., 2020; CASTRO, 2021; MELO et al., 2021).

As manifestações clínicas da COVID-19 vão desde um estado assintomático a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) a disfunção múltipla de órgãos. Os sintomas geralmente se manifestam entre o 5º e 6º dia de infecção podendo levar até 14 dias. Os sintomas mais comuns são: febre, tosse, cansaço, perda de olfato ou paladar. Os sintomas menos comuns são: dor de garganta, dor de cabeça, diarreia, olhos vermelhos ou irritados. Os sintomas de alerta são: dificuldade em respirar ou falta de ar, perda de fala ou mobilidade, confusão e dor no peito. Por se tratar de um patógeno oportunista pode afetar inicialmente as vias aéreas inferiores, principalmente em grupos populacionais mais vulneráveis como idosos, pessoas com comorbidades e indivíduos imunocomprometidos (ALBUQUERQUE; SILVA; ARAÚJO, 2020; WHO, 2022a).

A OMS, juntamente com a comunidade científica, adotou uma série de medidas preventivas para evitar e conter a propagação do vírus em nível mundial, entre elas estavam uso de máscaras de proteção facial, distanciamento social, proibição de eventos, restrição na circulação de pessoas, higienização das mãos e *lockdowns*, visando apresentar reflexos positivos na saúde mundial e conter o avanço da pandemia (CASTRO, 2021; JACQUES et al., 2022).

Em dezembro de 2020, após números alarmantes de óbitos, alguns países iniciaram a vacinação contra a COVID-19. No Brasil a vacinação iniciou em janeiro de 2021 (OPAS, 2021a). No entanto, muitos países não alcançaram a cobertura vacinal desejada em 2021, visto que 96 países não haviam vacinado 40% da sua população até o final de 2021, devido à indisponibilidade de vacinas, rejeição da população e outros fatores relacionados às empresas farmacêuticas. Dados apontam que 600.000 mil mortes poderiam ter sido evitadas em nível mundial, caso os países tivessem atingido a vacinação em 2021 (WHO, 2022b; WATSON et al., 2022).

Devido à ampla vacinação, o número de hospitalizações por formas graves da doença e óbitos reduziu, permitindo a abertura do convívio social e o uso de máscara tornou-se compulsório. Atualmente o suprimento de vacinas para COVID aumentou, sendo fabricadas em torno de 11 a 16 bilhões de doses distribuídas por meio de mecanismos para alocação justa de vacinas (WHO, 2022b; WATSON et al., 2022).

Após a fase de recuperação aguda da doença, um número elevado de pessoas tem experimentado sintomas de “*Long COVID*”, mesmo pacientes que permaneceram assintomáticos durante o curso da doença podem apresentar manifestações posteriores. Entre as manifestações estão sintomas neurológicos, cardíacos, pulmonares, gastrointestinais entre outros (MAES et al., 2022). Os sintomas podem ser de forma intermitente, recorrente ou

contínua. A gravidade dos sintomas varia conforme a gravidade do quadro agudo e fatores de risco. A prevalência de sintomas pode chegar a 35% em pacientes que realizaram tratamento ambulatorial e 87% em pacientes que passaram por hospitalização (RAVEENDRAN; JAYADEVAN; SASHIDHARAN, 2021).

Atualmente em nível mundial até final dezembro de 2022, haviam sido confirmados 649.244.427 milhões de casos e 6.6 milhões de mortes globalmente. O Brasil apresenta o acúmulo de 36.331.281 casos confirmados e 693.853 óbitos registrados, sendo o segundo país do mundo com mais óbitos. O Estado de Santa Catarina havia registrado 1.957.077 casos confirmados e 22.586 óbitos acumulados (WHO, 2022a; BRASIL, 2022a; SC, 2022a).

Diante desta perspectiva, o Município de Itapiranga, localizado no Extremo Oeste de Santa Catarina, que faz divisa com o estado do Rio Grande do Sul e com a República da Argentina, contabiliza a população de 17.007 habitantes. Na área da saúde possui seis postos de saúde, um hospital de média complexidade que atende o município, corpo de bombeiros e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de suporte básico (IBGE, 2020).

O primeiro caso de COVID-19 notificado ocorreu em abril de 2020. Atualmente o município possui 3.714 casos registrados e 22 óbitos acumulados. O atendimento inicial dos pacientes sintomáticos é realizado no posto de saúde ou pronto-socorro. Pacientes que necessitam de medidas de suporte inicialmente são encaminhados ao hospital do município, devido à indisponibilidade de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), pacientes com agravamento do quadro são transferidos para os hospitais de referência de outros municípios. O acompanhamento de pacientes pós-COVID-19 que permanecem com sequelas é realizado pela Secretaria de Saúde através das Equipes de Estratégia de Saúde da Família e acompanhamento de fisioterapia e psicologia (INSTITUTO SANTÉ, 2021; PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIRANGA, 2021- 2022).

Neste contexto, ao longo da vida as pessoas buscam por cuidados quando identificam problemas relacionados à saúde. Na antropologia esses caminhos percorridos são denominados de Itinerários Terapêuticos (IT). Essa trajetória na busca pelo cuidado envolve a compreensão e explicação de aspectos socioculturais, história pessoal, adoecimento e meios utilizados para alcançar o bem-estar ou a cura (DEMÉTRIO; SANTANA; SANTOS, 2020; CASACIO et. al., 2022).

Segundo Cabral et al. (2011), o itinerário terapêutico é construído através do movimento dos indivíduos ao ir em busca dos cuidados para prevenção, recuperação ou reabilitação de sua saúde. À medida que escolhas são feitas, formam-se construções subjetivas sobre o processo saúde-doença, cada decisão tomada resultará em ações que definirão o trajeto

percorrido, sendo uma sucessão de acontecimentos. Os recursos buscados podem ser variados, incluindo cuidados caseiros, cuidados biomédicos (atenção primária, secundária e terciária) ou práticas religiosas.

Diante da situação apresentada, levando em consideração as novas demandas nos serviços de saúde para acompanhamento das pessoas com COVID longo e os impactos causados até o momento e seus efeitos futuros nos Serviços de Saúde mundiais, nacionais, estaduais e municipais, gerou-se a seguinte questão norteadora: **Como ocorreu o Itinerário Terapêutico dos sobreviventes das formas graves da COVID-19, no município de Itapiranga/SC?**

O referencial teórico adotado nesta dissertação foram os Sistemas de Cuidado à Saúde de Arthur Kleinman, que se referem ao processo saúde-doença regido pela interação de diversos fatores biológicos, psicológicos e sociais. O autor apresenta dois conceitos importantes ao falar sobre o sistema de cuidado à saúde, que são: o “modelo explicativo” – expõe as percepções sobre a doença e os tratamentos buscados; e, os “sistemas de atenção à saúde” - classificados como popular (cuidados caseiros, autocuidado, redes sociais e comunitárias), profissional (práticas de medicina, homeopatia e biomedicina) e folk (práticas religiosas e místicas), sendo considerados como locais buscados para os cuidados em saúde (KLEINMAN, 1978; CABRAL, 2011).

Conhecer o itinerário terapêutico e identificar os sistemas de cuidados utilizados possibilitou a compreensão de dados e informações de uma situação única ocorrida no Município de Itapiranga, em Santa Catarina. No qual sobreviventes são protagonistas da trajetória percorrida, na busca pelo cuidado em uma cidade pequena, onde a família habitualmente é incumbida pelo acompanhamento da pessoa doente, levando em conta fatores como o acometimento rápido causado pela doença e suas possíveis sequelas.

A elaboração deste estudo contribuirá para repensar o planejamento e implementação de ações futuras para o atendimento a novas situações epidêmicas ou pandêmicas que venham a surgir, auxiliando ainda na avaliação dos princípios de resolutividade e integralidade dos serviços de saúde buscados durante a pandemia e no acompanhamento pós doença do município. Considera-se ainda a relevância do tema para a situação pandêmica, que não foi encerrada em nível mundial, levando em conta as variantes que podem surgir, no escape imune de vacinas e as sequelas da COVID longa, que não foram totalmente estimadas e elucidadas a longo prazo.

Outro fator a ser destacado é o conhecimento gerado perante a experiência de adoecimento e busca por cuidados em um município de pequeno porte, visto que a realidade

vivenciada pelos participantes é o retrato de milhares de pessoas e famílias no mundo todo. Podendo servir de subsídio para uma prática avaliativa e pesquisas futuras na área acadêmica e profissional de enfermagem e saúde.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer o itinerário terapêutico de pessoas sobreviventes da forma grave da COVID-19, no município de Itapiranga, no estado de Santa Catarina.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os sobreviventes que desenvolveram a forma grave da COVID-19;
- Identificar os sistemas de cuidado à saúde utilizados pelos sobreviventes da COVID-19 segundo o referencial teórico de Arthur Kleinman;
- Identificar os cuidados à saúde realizados pelos sobreviventes da COVID-19.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Esta seção foi composta pelo desenvolvimento da revisão de literatura. Sendo consultadas as seguintes bases de dados eletrônicas elencadas a seguir: *National Library of Medicine (PubMed)*, *Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde (LILACS)*, *Medical Literature Analyses and Retrieval System on line (MEDLINE)*, *Scientific Electronic Library on line (SCIELO)*, documentos de órgãos da saúde, e as bases de dados *CINAHL*, *Web of Science*, *Scopus e Embase* através do Portal de Periódicos da CAPES.

Como descritores principais utilizou-se: “coronavírus”, “COVID-19”, “procedimentos clínicos”, “enfermagem”, “pacientes” e “assistência à saúde”. Como descritores secundários utilizou-se “itinerário terapêutico”, “relatos de casos”, “atenção à saúde”, associados às palavras-chave “cuidados de saúde”, “organização da linha de cuidado”, “perfil de saúde”, “itinerário de cuidado”, “trajetória assistencial”.

Desta forma, a revisão de literatura é composta pelos seguintes tópicos: contextualização da Pandemia da COVID-19; COVID-19: traçando uma linha do tempo; os serviços e o cuidado a pessoa com COVID-19; comorbidades e complicações agudas e tardias da COVID-19.

#### 3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PANDEMIA DA COVID-19

##### 3.1.1 O percurso do SARS-CoV-2

Desde 1960 o coronavírus é responsável por causar infecções em humanos, porém seu potencial mortal emergiu apenas nas últimas duas décadas do século 21. Em dezembro de 2019 a OMS foi informada sobre o surgimento de uma pneumonia de etiologia até então desconhecida, vinculada ao mercado de animais e frutos do mar de Wuhan na China, onde eram comercializados animais como cobras, morcegos, pássaros e sapos. No dia 07 de janeiro de 2020 as autoridades chinesas anunciaram um novo tipo de coronavírus, nunca identificado em humanos, denominado oficialmente como SARS-CoV-2, pelo *International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV)*, causador da doença denominada de COVID-19 (CORMAN et al., 2019; KHAN et al., 2021).

O coronavírus é um vírus zoonótico com capacidade de transmissão de animais para humanos e de humanos para humanos, através de aerossóis (VAN DOREMALEN, 2020). Vários animais como camelos, porcos, perus, camundongos, cães, morcegos, gatos e outros

foram identificados como reservatório do vírus, porém o morcego é o mais conhecido por transmitir para humanos (GELLER; VARBANOV; DUVAL, 2012).

Segundo Miesbach e Makris (2020) o coronavírus pertence à família de ácido ribonucleico (RNA) de cadeia única, identificado há décadas, após surtos de doenças infecciosas em humanos, como a SARS relatada em 2002-2003 e MERS ocorrida em 2012. Em novembro de 2002, na cidade de Foshan na China, foi relatado o primeiro caso de infecção por SARS-CoV, e a partir daí a doença começou a se espalhar mundialmente, porém com baixa mortalidade e morbidade. No ano de 2003 mais alguns casos foram relatados como causa de transmissão ocasionada pelo gato *civet* (paguma larvata), após este fato não houve mais relatos de casos ligados ao SARS (ZHONG et al., 2003; WANG et al., 2005).

Em 2012 surgiu uma nova pneumonia aguda e febre renal que na época foi associada a um novo tipo de coronavírus denominado de MERS-CoV, causador de sintomas como febre, tosse, dispneia e alguns sintomas gastrointestinais. Havia relatos de quadros assintomáticos, porém positivos para o vírus, sendo considerado o maior surto da doença no Oriente Médio. Em 2005, coronavírus semelhantes ao SARS foram identificados em morcegos rinolofídeos e outros mamíferos na Ásia e Europa. Desta forma, acredita-se que os morcegos sirvam de hospedeiro para o vírus, porém, destaca que para o SARS-CoV-2 não há evidências sobre sua etiologia. A grande maioria das transmissões de SARS e MERS ocorreram de forma nosocomial (CORMAN et al., 2019; CHEN Y. et al., 2020; KHAN et al., 2021).

Segundo Lu et al. (2020) o SARS-CoV-2 possui 79% de semelhança com SARS e 50% de semelhança genética com MERS, ambos de etiologia proveniente do morcego. Para Zhai et al. (2020), 79% dos coronavírus são da espécie SARS-CoV e 50% são identificados como MERS-CoV e apesar da similaridade genética de 96% entre SARS-CoV-2 e o vírus de morcegos não se pode afirmar que sua origem provenha destes. Destaca ainda que aves e roedores foram infectados quando os morcegos, que são considerados reservatórios do coronavírus e de outros vírus, ultrapassaram as barreiras naturais, passando a infectar humanos.

Dessa forma, apesar da maioria dos pacientes iniciais terem sido expostos no *Huanan Seafood Market*, mercado de frutos do mar em Wuhan, a origem animal do novo vírus ainda é desconhecida (FU et al., 2020). Para Zheng (2020) se trata de uma doença provocada por um vírus recombinante, entre o coronavírus dos morcegos e outro coronavírus não identificado. Logo após a descoberta de 29 casos de pneumonia com agente causador inespecífico na China, em 12 de janeiro a OMS anunciou a nova doença — COVID-19 — como causadora das infecções, sendo responsável por causar sintomas como tosse seca, febre, dispneia e fadiga, podendo evoluir para casos mais graves de pneumonia, SRAG e óbito. Sendo a transmissão de

pessoa para pessoa a responsável por infectar milhares de pessoas (OMS, 2020; ZHANG et al., 2020).

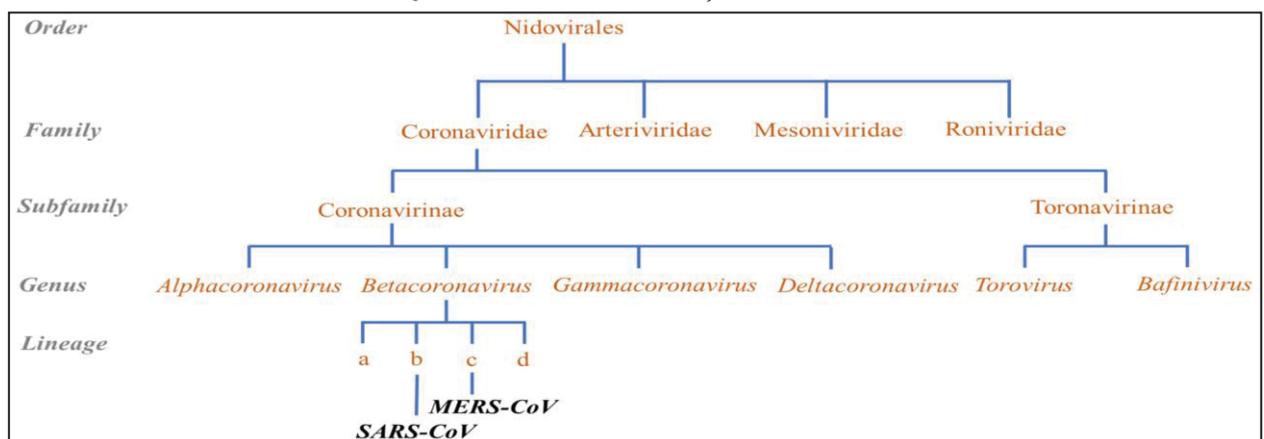
O vírus em pouco tempo se espalhou para os países vizinhos, com notificação de casos na Europa e Estados Unidos da América (EUA), com 200 mortes registradas foi considerado pelo Comitê de Emergência do Regulamento Sanitário Internacional da OMS como emergência pública em 30 de janeiro de 2020. Sendo a terceira pandemia respiratória em vinte anos (OMS, 2020; KHAN et al., 2021).

Em menos de dois meses, 48.000 casos haviam sido confirmados e 3.000 mortes em nível mundial. Diante das circunstâncias, no dia 11 de março de 2020 a COVID-19 foi declarada como pandemia pela OMS. Medidas urgentes e drásticas passaram a ser necessárias para sua contenção, além de planejamento e organização pois diversos setores como a economia e a saúde seriam afetados (KHAN et al., 2021).

### 3.1.2 As características do novo coronavírus

O novo vírus pertence à família *Coronaviridae*, de ordem *Nidovirales* que se subdivide em duas famílias: *Coronavirinae* e *Toronavirinae*. Os *coronaviridae* são divididos em quatro gêneros: *Alphacoronavirus*, *Betacoronavirus*, *Gammacoronavirus* e *Deltacoronavirus*. O SARS-CoV-2 pertence ao gênero *Betacoronavirus* que se subdivide em quatro linhagens A, B, C e D, que também são divididas em subgêneros como *Embecovirus* (A), *Sarbecovirus* (B), *Merbecovirus* (C) e *Nobecovirus* (D). Na figura 1, apresenta-se o esquema de classificação do coronavírus (KHAN et al., 2021).

FIGURA 1- ESQUEMA DE CLASSIFICAÇÃO DO CORONAVÍRUS



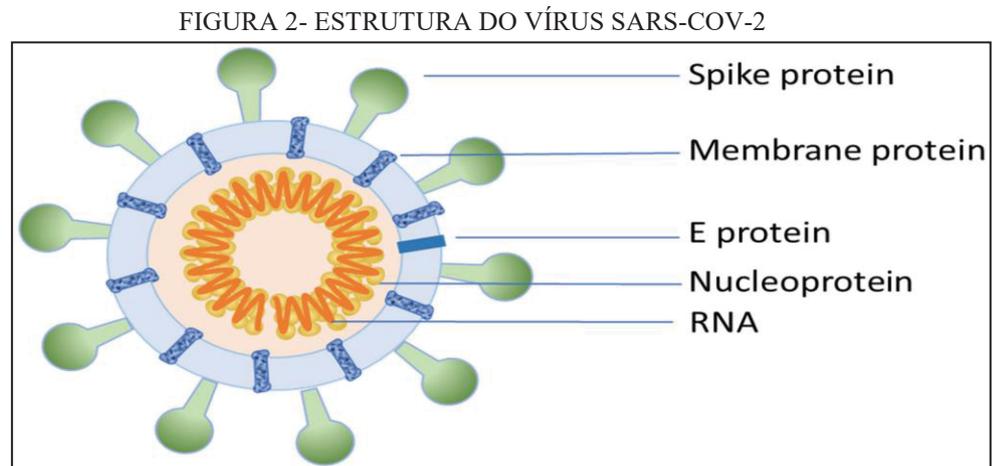
FONTE: Khan et al. (2021).

Como caracteriza Wang et al. (2020), a entrada do coronavírus na célula humana ocorre por meio de endocitose, mediada pelo pH e receptores. Inicialmente suspeitava-se que a

infecção ocorria por meio de fusão direta, através da membrana plasmática, suspeita essa que foi descartada. Para Sanyaolu et al. (2021) o mecanismo de ação do SARS-CoV-2 para entrar na célula humana ocorre através da ligação da proteína *spike* aos Receptores da Enzima Conversora de Angiotensina 2 (ACE2). As proteínas envolvidas no vírus são as do envelope viral, compostas pelas proteínas S (pico), E (envelope), M (membrana) e ainda a proteína que contém o RNA o nucleocapsídeo (N).

O vírus em si possui formato elipsoidal, com aparência em formato de coroa. É constituído por proteínas *spike*, que são 10 vezes maiores quando comparadas às proteínas do vírus da gripe, apresentação similar às proteínas do vírus do *Human immunodeficiency virus* (HIV). Possui o diâmetro de aproximadamente 80 a 120nm, sendo envolto por projeções em forma de taco que se originam em sua superfície, projeções essas que são responsáveis pela sua aparência que caracteriza uma coroa solar, o que lhes atribuiu o nome de coronavírus (KHAN et al. 2021).

Na figura 2, a estrutura do novo coronavírus;



FONTE:Khan et al. (2021).

Nos estudos de Petrosillo et al. (2020) e Wang et al. (2020), os pesquisadores observaram que o SARS-CoV e SARS-CoV-2 são da mesma espécie, com sintomas, epidemiologia, período de incubação e alterações radiológicas muito semelhantes. Porém, existem diferenças entre os três coronavírus zoonóticos, motivo pelo qual o SARS-CoV-2 foi denominado de novo coronavírus, passando a considerado o terceiro coronavírus humano zoonótico após SARS e MERS (CHAN et al., 2020; XIANG et al., 2020). O modo de transmissão, segundo Sanyaolu et al. (2021), pode ser por meio de gotículas respiratórias e aerossóis.

O período de incubação para doença varia de cinco a seis dias podendo chegar a 14 dias; ou seja, o período de incubação é o tempo entre a exposição ao vírus e o início dos sintomas (LAUER et al., 2020; KIMBALL et al., 2020). Gebremariam et al. (2020) apontam evidências de que a transmissão de pessoa para pessoa pode ser ocasionada quando esta se encontrar em período de incubação, porém assintomática. Em controvérsia, Zhou et al. (2020) descobriram em sua pesquisa que o RNA do vírus SARS-CoV-2 foi mantido até a morte em pacientes que não sobreviveram e em um período de 20 dias em sobreviventes. Desta forma, destaca a implicação da informação sobre o período de tratamento e o tempo de isolamento.

A transmissão do vírus também ocorre por meio de pessoas assintomáticas, ou seja, pessoas que foram infectadas, mas não desenvolveram nenhum sintoma. Segundo os autores, 20% das pessoas infectadas permanecem assintomáticas durante todo o curso da doença (GARCIA et al., 2020). Outra revisão sistemática que incluiu 13 estudos apontou que 17% das pessoas permanecem assintomáticas e que vírus com capacidade de transmissão foram encontrados em pessoas pré-sintomáticas, em período de incubação e pessoas assintomáticas. Desta forma, está constatado que a transmissão pode ocorrer por pessoas assintomáticas (BYAMBASUREN et al., 2020).

Para a OMS (2020a) o vírus pode ser transmitido por pessoas sintomáticas e assintomáticas, nesse último caso geralmente 48h antes do início dos sintomas. No entanto a carga viral é mais alta nos primeiros cinco a sete dias da doença, dados confirmados por estudos de excreção viral. Segundo Byambasuren et al. (2020), indivíduos sintomáticos tem maior probabilidade de transmitir o vírus que indivíduos assintomáticos. A excreção do RNA detectável pode durar várias semanas, desta forma, o período de transmissão é mais curto que a duração da excreção viral, considerando que o RNA se mantém detectável, porém a pessoa não transmite o vírus (OPAS, 2020). Em pacientes sintomáticos com quadros leves a duração da excreção viral tem variado em torno de oito dias após o início dos sintomas, porém em pacientes graves a excreção viral tem duração maior ainda não estimada (VAN KAMPEN, 2020; YU et al., 2020; WHO, 2020a).

### 3.1.3 As manifestações clínicas da COVID-19

A infecção por SARS-CoV-2 parece ser menos fatal, quando comparada a SARS-CoV, porém a COVID-19 causou mais mortes pelo alto número de infectados, levando em consideração as condições e capacidade dos países em ofertar um sistema de saúde de qualidade que atendesse a demanda. Essa diferença se explica pelo alto nível de liberação do SARS-CoV-

2 e seu nível de carga viral maior nas vias aéreas superiores, incluindo pacientes assintomáticos, considerando esta uma das justificativas para a rápida propagação do vírus (BONGIOVANNI et al., 2020; MIESBACH; MAKRIS, 2020).

Segundo Nunes et al. (2020), existe diferença nos quadros de doença ambulatorial e quadros em que o paciente está hospitalizado, portanto a necessidade de atenção, tratamento e acompanhamento são diferenciados para cada caso, levando em consideração que pouco se tem estabelecido sobre o tratamento. Na opinião do autor, a COVID-19 se divide em quatro fases, sendo a primeira caracterizada pela ocorrência de replicação viral, seguida por inflamação pulmonar, seguida de tempestade de citocinas e dispneia aguda, e por último o acometimento de vários órgãos.

A seguir no quadro 1, apresenta-se a classificação dos casos de COVID-19 conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde:

QUADRO 1- CLASSIFICAÇÃO DOS CASOS DE COVID-19

<b>Caso assintomático</b>	Caracterizado por teste laboratorial positivo para COVID-19 e ausência de sintomas.
<b>Caso leve</b>	Caracterizado pela presença de sintomas nãoespecíficos, como: tosse, dor de garganta ou coriza, seguido ou não de anosmia, ageusia, diarreia, dor abdominal, febre, calafrios, mialgia, fadiga e/ou cefaleia.
<b>Caso moderado</b>	Caracterizado por sintomas leves da doença, como tosse e febre persistente diária, até sinais de piora progressiva de outro sintoma relacionado à COVID-19 (adinamia, prostração, hiporexia, diarreia), além da presença de pneumonia sem sinais ou sintomas de gravidade.
<b>Caso grave</b>	Caracterizada pela SRAG (síndrome gripal que apresente dispneia/desconforto respiratório, ou pressão persistente no tórax, ou saturação de O <sub>2</sub> menor que 95% em ar ambiente, ou coloração azulada de lábios ou rosto).
<b>Caso crítico</b>	Os principais sintomas são sepse, síndrome do desconforto respiratório agudo, insuficiência respiratória grave, disfunção de múltiplos órgãos, pneumonia grave, necessidade de suporte respiratório e internações em unidades de terapia intensiva.

Fonte: Brasil (2022b)

A apresentação clínica inicial varia de sintomas leves e comuns como febre, tosse, fadiga, cefaleia e diarreia, podendo evoluir em curto período para complicações graves como SDRA, coagulação intravascular disseminada, sepse e falência de órgãos (GEBREMARIAM et al., 2020; MIESBACH, MAKRIS, 2020).

Similar ao SARS e MERS, a pneumonia da COVID-19 é caracterizada por dano alveolar difuso, existindo relação entre a inflamação e o dano grave em órgãos, sendo a patologia primária a SDRA. A transgressão rápida de sintomas leves para graves com evolução para choque séptico e coagulopatias pode ser explicado pela “tempestade de citocinas”. Desta forma, recomenda-se que a anticoagulação seja feita de forma profilática com heparina de baixo

peso molecular, levando em consideração que nas coagulopatias a doença subjacente deve ser tratada (MIESBACH; MAKRIS, 2020).

Para Frankel et al. (2021), a resposta imune hiperativa ao vírus causa um aumento das citocinas pró-inflamatórias responsáveis pelo processo inflamatório, causando uma “tempestade de citocinas” aguda. Pelo aumento súbito de citocinas, o fluxo das células imunes ao local de inflamação não ocorre, causando destruição tecidual, evoluindo para SDRA, choque séptico e falência de órgãos. Portanto, segundo o autor, reduzir a tempestade de citocinas é crucial para um desfecho favorável.

Como descrito no estudo realizado por Xu et al. (2020), as imagens de tomografia de pacientes graves afetados pelo SARS-CoV-2 evidenciaram opacidade de vidro fosco bilateralmente, principalmente em regiões periféricas, podendo ser ocasionado por alvéolos cheios de pus, sangue, água ou células. Destaca ainda que 50% dos pacientes apresentavam envolvimento multilobar, com presença de derrame pleural, derrame pericárdico, enfisema e cavitação. Que segundo o autor são semelhantes às imagens encontradas em SARS e MERS.

Estudos de coorte realizados em Michigan - EUA por Imam et al. (2020), incluindo 1.305 pacientes hospitalizados pela doença, avaliaram os trinta sintomas mais relatados, entre eles os mais comuns foram: tosse, dispneia, febre e fadiga. Sendo diarreia o sintoma gastrointestinal mais comum, resultado semelhante a outros estudos de coorte. Guan et al. (2020) realizaram um estudo retrospectivo na China com 1.590 pacientes positivos, os sintomas que prevaleceram foram tosse seca, febre, fadiga e tosse produtiva.

Como descrito por Miesbach e Makris (2020), a coagulopatia e níveis de D-dímero aumentados foram encontrados em 50% dos pacientes graves. Sendo o D-dímero a alteração laboratorial mais encontrada quando comparada a outros parâmetros de coagulação, como tempo de protrombina, indicando tendência a trombose. Destaca também que plaquetas baixas e níveis de fibrinogênio baixo não foram alterações encontradas. Para Adams, Broce e Mousa (2021) a COVID-19 está associada a alterações na cascata de coagulação, níveis de ocitocina, D-dímero e fibrinogênio alterados.

De acordo com Lemos et al. (2020) estudos apontam que complicações trombóticas são comumente encontradas na doença, mesmo em pacientes que realizaram a tromboprolifaxia primária. Em autopsias realizadas em não sobreviventes da doença foram encontrados microtrombos nas vias pulmonares, tornando a troca gasosa ineficiente. Segundo Zhou et al. (2020) em um estudo de coorte realizado em Wuhan, China com 191 pacientes, cerca de 90% apresentaram aumento dos fatores de coagulação como o D-dímero, relataram ainda que o marcador com resultado maior que 1 µg/ml está relacionado à morte.

### 3.1.4 Diagnóstico para COVID-19

A COVID-19 é caracterizada por uma Síndrome Gripal em fases iniciais da doença, seu diagnóstico pode ser realizado por critérios clínico-epidemiológicos, critérios clínicos, diagnóstico por imagem e diagnóstico laboratorial (BRASIL, 2022b).

Os exames laboratoriais para detecção da COVID-19 incluem os testes moleculares (RT-PCR e RT-LAMP) que identificam o material genético do vírus (RNA) presente nas amostras respiratórias coletadas. Exames sorológicos que identificam os anticorpos produzidos pelo indivíduo infectado (IGM/IGG/IgA) identificando doença ativa ou pregressa (ELISA, CLIA e ECLIA). E ainda os exames realizados por meio de testes rápidos que identificam a presença do antígeno viral em amostras nasais e nasofaringe, sendo indicado para a fase aguda. Testes rápidos IGG/IGM somente devem ser utilizados para identificar infecções prévias ou tardias, não sendo recomendado para fase aguda ativa (BRASIL, 2022b).

Em pacientes imunizados para a doença o Ministério da Saúde recomenda a utilização dos testes de biologia molecular (RT-PCR e RT-LAMP), ou pesquisa por antígenos (BRASIL, 2022b). Conforme Wang et al. (2020) existe ainda o RT-qPCR quantitativo real-transcriptase reversa do tempo de reação em cadeia de polimerase ou PCR quantitativo, que também é utilizado como suporte para diagnóstico de COVID-19. Para Marshall et al. (2020) o exame é útil para quantificar a carga viral do patógeno, servindo para avaliar a eficácia do tratamento.

A carga viral dos pacientes diminui logo após a primeira semana dos sintomas, no entanto alguns apresentam PCR positivo após 12 semanas. Porém nesses casos não existem evidências de transmissão ativa, sendo considerados apenas fragmentos virais residuais. O mesmo ocorre com pacientes que apresentam uma persistência de sintomas. Todavia, em pacientes graves como na SRAG ou hospitalizados e imunossuprimidos graves esse período pode se prolongar para até 20 dias (XIAO; TONG; ZHANG, 2020; CDC, 2021a).

Segundo Marshall et al. (2020) o RT-PCR é o método mais confiável para detecção do vírus, embora não seja raro pacientes com teste negativo e com presença de alterações radiográficas. Segundo o Ministério da Saúde o diagnóstico ainda pode ser realizado por meio de exames tomográficos, observando as alterações sugestivas de COVID-19, apresentadas no quadro 2.

Segundo Zhai et al. (2020) a tomografia (TC) é um exame adicional importante que auxilia na triagem precoce de casos suspeitos mesmo que assintomáticos, com rápida evolução clínica para opacidade em vidro fosco inicialmente unilateral, e após a primeira a terceira semanas bilateralmente difusa. Pacientes que foram expostos ao vírus e apresentam sintomas

característicos com resultado de RT-PCR negativo devem realizar o exame complementar de TC de tórax.

QUADRO 2- DIAGNÓSTICO ALTERNATIVO PARA COVID-19

DIAGNÓSTICO ALTERNATIVO	
Critério Clínico-Epidemiológico	Caso de SG ou SRAG com histórico de contato próximo ou domiciliar, nos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e dos sintomas com caso confirmado para covid-19.
Critérios clínicos	Caso de SG ou SRAG associado à anosmia (disfunção olfativa) OU à ageusia (disfunção gustatória) aguda sem outra causa pregressa.
Diagnóstico Por Imagem	
<u>OPACIDADE EM VIDRO FOSCO</u> periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”).	
<u>OPACIDADE EM VIDRO FOSCO</u> multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”).	
<u>SINAL DE HALO REVERSO</u> ou outros achados de pneumonia em organização (observados posteriormente na doença).	

Fonte: Adaptado de Brasil (2021a, 2022b)

A tomografia de tórax é recomendada para todos os pacientes com acometimento do trato respiratório inferior, considerando que 97% dos pacientes com COVID-19 apresentam alterações no exame. Destaca-se ainda que a pneumonia viral pode aparecer antes de um resultado de RT-PCR positivo, assim como, apresentar alterações de imagem mesmo que o paciente esteja assintomático (CHEN W. et al., 2020). Quanto aos outros exames de imagens, a radiografia de tórax está indicada para todos os pacientes com suspeita de pneumonia, levando em conta que 75% dos pacientes apresentam infiltrados bilateralmente, e os outros 25% apresentam unilaterais (QU et al., 2020).

Se após 90 dias da infecção primária o paciente voltar a apresentar sintomas, principalmente se houve contato prévio com pessoa infectada nos últimos 14 dias o Ministério da Saúde recomenda a retestagem caso necessário e conforme avaliação médica. Da mesma forma, a presença de sintomas gripais após 90 dias da infecção primária sem contato prévio, o órgão recomenda nova testagem viral (BRASIL, 2022b).

Devido à presença de variantes e relatos de caso de reinfecção a OPAS/OMS (2021b) consideraram:

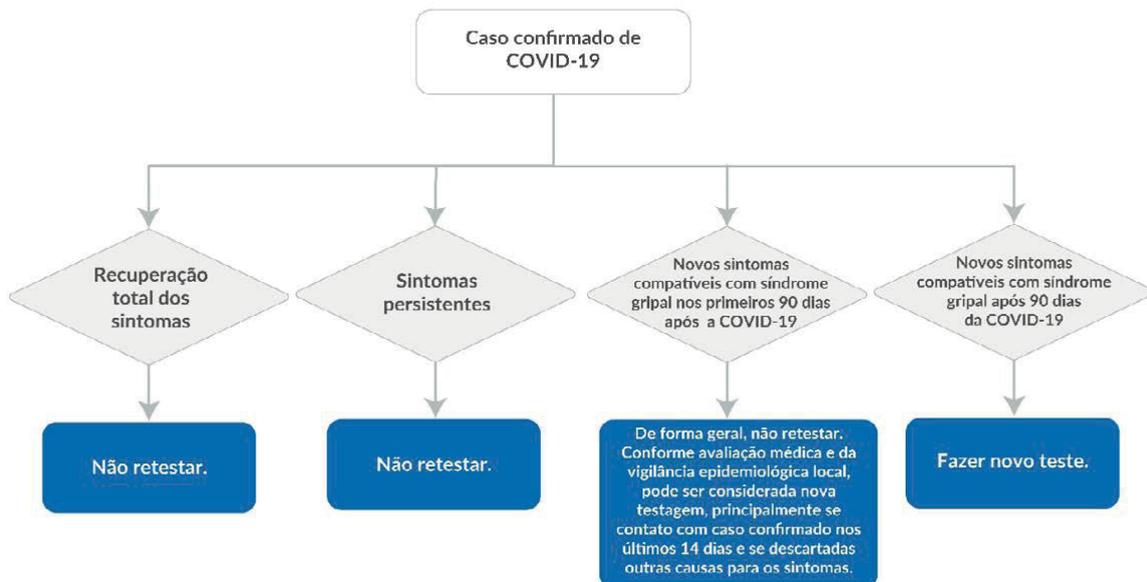
1. **Caso suspeito de reinfecção:** Suspeita ou confirmação de infecção primária provável ou confirmada por COVID-19, com intervalo de 90 dias entre os episódios.
2. **Provável caso de reinfecção:** RT-qPCR ou teste de antígeno positivo para ambos os episódios, com intervalo de 90 dias entre os episódios com base na data de coleta das amostras. Ou ainda, evidência genômica a partir de sequenciamentos genéticos parciais do primeiro e do segundo episódio mostrando evidências de diferenças de linhagens

mesmo que não submetidos aos bancos de dados genômicos do SARS-CoV-2 no momento da primeira infecção.

3. **Reinfecção confirmada por sequenciamento:** Sequenciamento genômico completo a nível de clade/linhagem da primeira e segunda amostra com filogenética distintas entre as duas. Clades diferentes com intervalo menor que 90 dias entre as amostras também é considerado reinfecção. Na presença de dois nucleotídeos diferentes para cada mês, excedendo a esperada Variação de Nucleotídeo Único, elas devem ser consideradas como diferentes linhagens/clades.

Na figura 3, apresenta-se o fluxograma de testagem para COVID-19 após a fase aguda da doença.

FIGURA 3- TESTAGEM DE COVID-19 APÓS DOENÇA AGUDA.



Fonte: Brasil (2022b)

Em relação ao isolamento, Xu et al. (2020) destaca que mesmo com a ausência de sintomas, não se pode excluir a possibilidade do diagnóstico para a doença; e pessoas com histórico de exposição ao patógeno devem ser investigadas com exames adicionais e orientadas para o isolamento domiciliar.

A seguir expõe-se um quadro ilustrativo com as orientações atuais do Ministério da Saúde em relação à suspensão do isolamento social:

QUADRO 3 – INDICAÇÕES PARA SUSPENSÃO DO ISOLAMENTO EM CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS

Quadro Clínico	Indicação de Isolamento
<p><b>Doença leve/moderada</b>(Síndrome Gripal) confirmada ou não</p>	<p>Iniciar medidas de isolamento e precaução imediatamente por até 10 dias completos.</p> <p>Podendo ser suspenso no 5º dia completo caso o indivíduo permaneça:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 24 horas afebril, sem uso de antitérmicos, e;</li> <li>• Apresente melhora dos sintomas respiratórios, e;</li> <li>• Resultado não detectado para RT-PCR ou não reagente para Teste Rápido de Antígeno (TR-Ag) realizado no 5º dia completo do início dos sintomas. Caso apresente resultado positivo, manter isolamento até o 10º dia completo, e somente suspender se estiver afebril 24h sem uso de antitérmicos e melhora dos sintomas respiratórios.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso o indivíduo não tenha acesso ao teste RT-PCR ou TR-Ag e estiver afebril sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios, poderá suspender o isolamento no 7º dia completo do início dos sintomas. Porém deverá manter as medidas adicionais de precaução citadas abaixo até o 10º dia de sintomas completos:</li> <li>• Caso o indivíduo permaneça com sintomas respiratórios ou febre no 7º dia completo após o início dos sintomas é necessário realizar a testagem com RT-PCR ou TR-Ag. Caso o resultado seja detectado/reagente, deve-se manter o isolamento até o 10º dia completo e só poderá ser suspenso desde que permaneça afebril e sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios. Caso o resultado seja não detectado/não reagente o indivíduo pode suspender o isolamento a partir do 8º dia, desde que permaneça afebril sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios. Neste caso, deve manter as medidas adicionais descritas acima até o 10º dia completo do início dos sintomas.</li> <li>• Nos casos em que o indivíduo necessite fazer o isolamento de 10 dias completos após o início dos sintomas, não é necessário realizar teste de detecção do SARS-CoV-2 para suspender o isolamento, desde que permaneça afebril sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios.</li> </ul>
<p><b>Doença grave/crítico</b> (SRAG/ ou gravemente imunossuprimidos) Confirmados por critérios diagnósticos.</p>	<p>Iniciar isolamento imediatamente e manter por 20 dias completos. Poderá ser suspenso após o 20º dia caso o paciente permaneça:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 24 horas afebril, sem uso de antitérmicos;</li> <li>• Apresente remissão dos sintomas respiratórios.</li> </ul> <p>*Para pacientes imunossuprimidos considerar testagem laboratorial para suspensão do isolamento.</p>
<p>Pessoas hospitalizadas com quadro de SRAG <b>sem confirmação</b> pelos critérios clínico, clínico-epidemiológico ou clínico-imagem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso um primeiro teste de RT-PCR apresenta resultado negativo, um segundo teste na mesma metodologia, preferencialmente com material de via aérea baixa, deve ser realizado após 48 horas.</li> <li>• Retirar do isolamento se os dois resultados forem negativos.</li> </ul>
<p>Indivíduos assintomáticos confirmados laboratorialmente</p>	<p>RT-qPCR ou teste rápido para detecção de antígeno para SARS-CoV-2 positivo. Manter isolamento e medidas de precaução até o 10º dia completo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O isolamento pode ser suspenso no 5º dia completo a contar da data da primeira coleta, desde que permaneça assintomático durante todo o período e com resultado não detectado para RT-PCR, ou não reagente para Teste Rápido de Antígeno (TR-Ag) realizado no 5º dia completo a contar da data da primeira coleta. Caso contrário manter isolamento até o 10º dia.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso o indivíduo não tenha acesso ao teste RT-PCR ou TR-Ag e permaneça assintomático durante todo o período, poderá suspender o isolamento no 7º dia completo do início dos sintomas e manter medidas de precaução até o 10º dia completo.</li> </ul>
<p><b>Medidas de precaução adicionais</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usar máscara bem ajustada ao rosto, preferencialmente cirúrgica ou PFF2/N95, em casa ou em público;</li> <li>2. Evitar contato com pessoas imunocomprometidas ou que possuam fatores de risco, assim como locais com aglomerações de pessoas.</li> <li>3. Não frequentar locais onde não possa usar máscara durante todo o tempo.</li> <li>4. Não viajar durante o seu período de isolamento. No caso de interromper o isolamento antes do 10º dia orienta-se fazer o teste RT-PCR ou TR-Ag e só viajar se o resultado for não detectado/reagente e que esteja sem sintomas antes da viagem. Caso não seja possível realizar o teste, orienta-se adiar a viagem por pelo menos 10 dias a contar do início dos sintomas.</li> </ol>	

Fonte: Brasil, (2022b).

### 3.1.5 As variantes do novo coronavírus

Desde dezembro de 2019, após o surgimento do novo coronavírus, novas mutações foram detectadas. A mutação viral é considerada um processo natural e esperado, fazendo parte do processo evolutivo viral. As mudanças ocorrem no genoma viral e a partir do momento em que um vírus sofre mutação, ele passa a ser chamado de variante, linhagem ou cluster (SANYAOLU et al., 2021; OPAS, 2021c, 2021e).

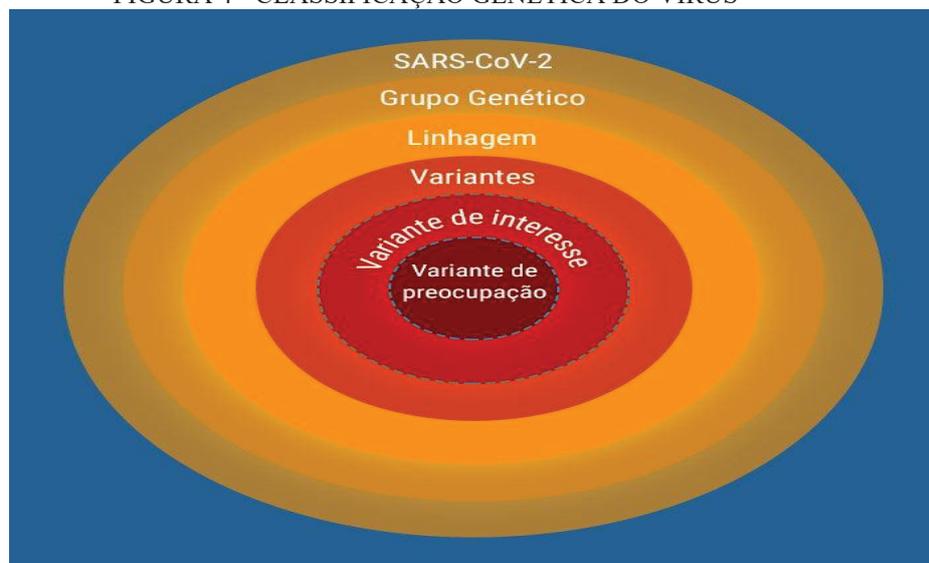
As mutações podem ocorrer de diferentes formas, por meio de processos de microevolução e pressões seletivas. Geralmente não apresentam impactos significativos, porém tornam o vírus mais transmissível, alterando também a resposta imune. Desde a caracterização genômica inicial do SARS-CoV-2, várias mutações surgiram, gerando grupos genéticos diferentes (OPAS, 2021c, 2021e). A determinação de clado, linhagem e variante são taxonomias utilizadas na vigilância em saúde, para caracterização de espécies diferentes de mesmo gênero. A figura 4, apresenta esta classificação (OPAS, 2022a).

As mutações geralmente ocorrem na proteína S, afetando a ligação de receptor ou do anticorpo (BOEHM et al., 2021). As alterações ocorridas na proteína Spike ou S podem gerar alterações na transmissibilidade, considerando que a mesma proteína é o alvo no desenvolvimento de vacinas, portanto as mutações precisam ser acompanhadas para evitar transtornos futuros (OPAS, 2021c).

Quando uma variante apresenta um risco à saúde pública com potencial para causar um impacto, ela é denominada de *Variant of Concern* (VOC), sendo considerada no Brasil como uma Variante de Preocupação/Atenção. As variantes VOCs podem causar um aumento nos níveis de transmissão e virulência, alterações na apresentação clínica da doença, com

diminuição das medidas de suporte como tratamentos, vacinas e outras terapias (BRASIL, 2021b; OPAS, 2021c). As características das VOCs são mutações ocorridas na proteína S e RBD. Sendo associadas a um efeito rebote ou aumento inoportuno do número de casos nos países onde foram identificadas, como África do Sul, Reino Unido e Brasil. São consideradas preocupantes, pois causam agravamento da situação epidemiológica, agravamento da doença e interferência nos níveis de eficácia das vacinas (BOEHM et al., 2021; ECDC, 2021; SEPPALA et al., 2021).

FIGURA 4 - CLASSIFICAÇÃO GENÉTICA DO VÍRUS



FONTE: OPAS (2022b)

Existem ainda as *Variants of Interest* (VOIs), que no Brasil são chamadas de Variantes de Interesse, pois apresentam alterações em seu fenótipo ou genoma causando mudanças na cadeia de aminoácidos com envolvimento fenotípico estabelecido ou suspeito. Também podem ser consideradas, por ocasionar transmissão comunitária de COVID-19 sendo observada em diversos países, ou ser considerada uma VOI pela OMS (OPAS, 2021c).

Os países são incentivados a realizar sequenciamento genético de amostras positivas com o objetivo de compartilhar as informações na plataforma *Global Initiative on Sharing All Influenza Data* (GISAID). Esta plataforma foi criada como alternativa para o compartilhamento de dados sobre o *Influenza*, sendo considerada um banco de dados que faz parte dos Centros de Colaboração da OMS; foi lançado em 2008, na 61ª Assembleia Mundial da Saúde. Hoje proporciona o compartilhamento de sequências genéticas, dados clínicos e epidemiológicos sobre os vírus da gripe e coronavírus, associados a humanos e animais. O monitoramento de mutações e variantes é realizado através desta plataforma, onde a OMS avalia o impacto de

transmissão viral, gravidade da doença, efetividade das vacinas e terapias estabelecidas (GISAID, 2021; OPAS, 2021c).

Desde a identificação do SARS-CoV-2 em dezembro de 2019 até novembro de 2022 em nível mundial haviam sido realizadas mais de 13.735.976 sequências genômicas completas, e os dados compartilhados em bases de dados públicas (GISAID, 2022). A aptidão em identificar, monitorar e compartilhar as informações em tempo real geram um impacto positivo nos países, pois contribuem para uma adequada resposta em saúde (OPAS, 2021e, 2022b).

Na Região das Américas a geração e compartilhamento de dados sobre sequenciamento genético ocorre pela Rede Regional de Vigilância Genômica de COVID-19. Os Laboratórios Nacionais de Saúde Pública como a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Instituto de Saúde Pública (ISPCH-Chile) são exemplos de participantes da rede. A rede foi criada em 2020 com o objetivo de fortalecer a vigilância genômica e apoiar o desenvolvimento de protocolos, vacinas e epidemiologia para o novo vírus.

Em nível mundial, segundo a OPAS (2021d), cinco variantes do SARS-CoV-2 foram identificadas no Reino Unido, África do Sul, Brasil e Índia. Sendo denominadas pela OMS com letras do alfabeto grego, (*Alpha*, *Beta*, *Gamma*, *Delta* e *Ômicron*), com o objetivo de facilitar a linguagem para a população em geral.

As variantes apresentadas no quadro 4 foram classificadas pela OMS como VOCs.

QUADRO 4 - VARIANTES DE PREOCUPAÇÃO (VOCs) EXISTENTES

Denominação da OMS	Linhagem Pango	País e data da primeira identificação	Data da designação VOC
<i>Alpha</i>	B.1.1.7	Reino Unido (setembro/20)	18/12/2020
<i>Beta</i>	B.1.351	África do Sul (maio/20)	18/12/2020
<i>Gamma</i>	P.1	Brasil (novembro/20)	11/01/2021
<i>Delta</i>	B.1.617.2	Índia (outubro/20)	11/05/2021
<i>Ômicron</i>	B.1.1.529	África do Sul e Botsuana (novembro/21)	26/11/2021

FONTE: Adaptado de Organização Pan-Americana da Saúde (2021a, 2022a) e World Health Organization (2021a)

A primeira variante B.1.1.7, foi classificada como VOC 202012/01 ou *Alpha* e é responsável por 23 substituições de nucleotídeos, causando mutações no domínio de ligação do receptor RBD. Sendo responsável por causar um aumento nos níveis de transmissão e hospitalização (BRASIL, 2021b; SANYAOLU et al., 2021). Essa variante apresenta maior

transmissibilidade, porém na taxa de gravidade e letalidade não houve alterações, nem evidências de casos de reinfecção (OPAS, 2021e).

Uma segunda importante variante foi identificada na África do Sul, a 501Y.V2 - classificada como VOC *Beta*. Pertence à linhagem B.1.351, responsável por causar alterações na proteína S e RBD, tendo um mecanismo de ação semelhante à variante *alpha* (BRASIL, 2021b; SANYAOLU et al., 2021). De acordo com Priesemann et al. (2021), as duas variantes se espalharam rapidamente por vários países, sendo responsável por um aumento na transmissibilidade quando comparadas com a cepa original da SRAS CoV-2 (OPAS, 2021e).

No Brasil, foi descoberta a variante P.1 pertencente à linhagem B.1.1.28, notificada à OMS pelas autoridades japonesas que a identificaram em quatro viajantes provenientes de Manaus. Essa variante foi a terceira a ser descoberta e foi denominada VOC *Gamma*; se caracteriza por mutações nas proteínas Spike E484K, N501Y e K417Y e região RBD semelhantes à *Alpha* e *Beta* (BRASIL, 2021b). Segundo Boehm et al. (2021) a variante *Gamma* é 2,6 vezes mais transmissível que a variante original, considerando que em janeiro de 2021 havia afetado 40% dos países da América. Para o autor, o aumento no número de mortes e casos novos em Manaus a partir de dezembro de 2020, pode estar associado a essa variante.

Em outubro de 2020, na Índia foi detectada a variante da linhagem B.1.6.17.2, sendo a quarta VOC - *Delta*. Estudos realizados no Reino Unido associaram a variante *Delta* ao aumento na transmissibilidade e números de internações hospitalares. Seu potencial de disseminação foi rápido, considerando que 13 meses após sua descoberta foi identificada em 150 países, e em julho de 2021 estava presente em 90% das amostras coletadas no mundo (OPAS, 2021d; SEPPALA et al., 2021).

A quinta variante de linhagem B.1.1.529 denominada de Ômicron foi identificada pela primeira vez na África do Sul e em Botsuana, notificada à OMS em 24 de novembro de 2021 (WHO, 2022a). Foi designada como VOC pelo grupo técnico consultivo da OMS em 26 de novembro de 2021. A Ômicron apresenta grande variação na proteína *Spike*, o que gerou grande preocupação devido às possibilidades de ocorrer escape vacinal e imune induzido por vacinas ou infecção prévia (OPAS, 2021b).

Após seu surgimento a VOC Ômicron se tornou predominante em todo mundo, sendo que 99% das sequências genéticas compartilhadas no banco de dados do GISAID correspondem à mesma. A ocorrência de mutações foi facilitada pelo alto poder de transmissão dessa variante, levando ao surgimento de sub-linhagens denominadas pela Rede Pango de BA.1 (incluindo BA.1.1), BA.2, BA.3, BA.4 e BA.5. Apesar da alta capacidade de transmissão e mutação, até

o momento não há evidências que indiquem alterações significativas na eficácia de vacinas e impactos maiores na saúde pública relacionadas às sub-linhagens (OPAS, 2022a).

O quadro 5 apresenta as variantes de preocupação que estão presentes no mundo atualmente e, no quadro 6, as variantes de preocupação que circulavam anteriormente e hoje não representam mais ameaça para a Saúde Pública.

QUADRO 5 - VARIANTES DE PREOCUPAÇÃO (VOCs) CIRCULANTES ATUALMENTE

Rotulo da OMS	Linhagem Pango	País/mês/ ano de identificação	Impacto na transmissibilidade	Impacto na imunidade	Impacto na gravidade
<b>Ômicron*</b>	B.1.1.529	África do Sul e Botsuana/Nov 2021	Aumentado	Aumentado	Reduzido

\*: Inclui BA.1, BA.2, BA.3, BA.4, BA.5 e linhagens descendentes.

Fonte: European Centre for Disease Prevention and Control (2022) e World Health Organization (2022a).

QUADRO 6- VARIANTES DE PREOCUPAÇÃO (VOCs) CIRCULANTES ANTERIORMENTE

Rotulo da OMS	Linhagem Pango	País/mês/ ano de identificação	Data de designação	Designadas como anteriores
<b>Alfa</b>	B.1.1.7	Reino Unido/setembro/2020	VOC: 18/dezembro/2020	Em 09 de março de 2022 a OMS considerou as três VOCs como não circulantes.
<b>Beta</b>	B.1.351	África do Sul/maio/2020	VOC: 18/dezembro/2020	
<b>Gama</b>	P.1	Brasil/novembro/2020	VOC: 11/janeiro/2021	
<b>Delta</b>	B.1.617.2	Índia/Dez 2020	VOI: 04/04/2021 VOC: 11/maio/2021	07 junho de 2022

Fonte: World Health Organization (2022a).

Variantes de preocupação e variantes de interesse que atualmente não apresentam ameaças à Saúde Pública global, são consideradas como VOIs e VOCs circulantes anteriormente. Definição e avaliação realizada pelo grupo de estudos de especialistas críticos que se baseiam em amostras sequenciadas, localização geográfica, impactos nas medidas de controle e outros fatores de risco (WHO, 2022a).

Na visão de Priesemann et al. (2021) os princípios básicos para conter a disseminação das novas variantes consistem em evitar ao máximo a importação delas e aumentar a vigilância molecular, pois quanto mais as variantes se estabelecerem nos países, mais difícil será estabilizar o número de casos. O autor destaca que quanto mais o vírus evolui, menos efetividade as vacinas podem apresentar e maior será o número de mutações.

### 3.1.6 Vacinas para COVID-19

Segundo Li et al. (2020), várias vacinas foram desenvolvidas e testadas em fases pré-clínicas para SARS-CoV e MERS-CoV, sendo que um número restrito entrou em fase de ensaios clínicos. Algumas vacinas apresentaram como efeito adverso a indução de anticorpos dependentes, também chamado de “efeito de realce”, fazendo o vírus aumentar sua infecciosidade. Outro efeito adverso apresentado foi a indução de uma resposta imune distorcida, causando imunopatologia eosinofílica. Desta forma, várias vacinas foram desenvolvidas, porém, nenhuma foi aprovada pela *Federal Drug Administration* (FDA).

A necessidade de medidas e respostas rápidas alavancou a comunidade científica que tomou como objetivo a produção de uma vacina eficaz contra o novo coronavírus. Assim que a China anunciou a existência de um novo patógeno, a *Coalition for Epidemic Preparedness Innovation* (CEPI), uma organização não governamental fundada pela *Wellcome Trust* de Bill e Melinda Gates, iniciaram suas pesquisas para a produção de vacinas (LURIE et al., 2020; OPAS, 2021f).

Em abril de 2020, para atender ao pedido dos líderes do G20, foi criado um acelerador de acesso às ferramentas contra a COVID-19, o *Access to COVID-19 Tools* (ACT-A), com o objetivo de facilitar o trabalho de execução e intercâmbio transversal de conhecimento. O ACT-A é dirigido em conjunto pela OMS juntamente com a CEPI, Aliança para Vacinas (GAVI), Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária (Fundo Global), Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos (UNITAID), Fundação para Novos Diagnósticos Inovadores, Grupo Banco Mundial e *The Bill & Melinda Gates Foundation* (BMGF) (OPAS, 2021f).

Constitui-se de quatro pilares: diagnóstico, tratamento, imunização e fortalecimento dos sistemas de saúde. O ACT-A possui o objetivo de reduzir a mortalidade e formas graves da COVID-19, facilitando o acesso a testes, tratamentos e vacinas para a doença. O ACT-A é um dos pilares do mecanismo de acesso mundial às vacinas contra a COVID-19 (COVAX). O mecanismo é uma plataforma lançada em junho de 2020, liderado pela OMS, GAVI e CEPI. Possui a finalidade de garantir pesquisas, desenvolvimento e a produção de vacinas contra a COVID-19, respeitando sua qualidade e segurança, assim como sua distribuição a quem mais precisa. Sendo responsável ainda pela negociação de preços justos para todos os países participantes, independentemente de sua renda (OPAS, 2021f).

Logo em seguida, também foi criado pela OMS e outros parceiros, a ferramenta de avaliação para a introdução da vacina contra a COVID-19 (VIRAT). O Banco Mundial, logo

em sequência, criou o Quadro de Avaliação da Prontidão da Vacina (VRAF), com o objetivo de ajudar os países a se programarem financeiramente para a alocação das vacinas. Desta forma, para evitar a duplicação da coleta de informações as duas ferramentas foram combinadas, se transformando em VIRAT-VRAF 2.0 (OPAS, 2021f).

Para a implantação da vacinação, a ferramenta VIRAT-VRAF cria um roteiro e monitora as atividades de implantação considerando dez áreas:

Administração, estrutura, promoção da causa e recursos; estratégia de vacinação nacional informada por valores éticos; marco legal e regulador para facilitar a operacionalização das vacinas; modalidades de prestação de serviços de imunização; gestão de vacinas e cadeia de suprimento; recursos humanos e segurança; dados de vacinação e gestão da informação; monitoramento da segurança das vacinas; injeção segura e gerenciamento de resíduos; e geração de demanda, participação comunitária e comunicação (OPAS, 2021f, p. 4).

Segundo Koirola et al. (2021), em junho de 2020 haviam sido desenvolvidas 124 vacinas e, deste número, 10 estavam em fase de ensaios clínicos em adultos. Para o site News Network Brasil (CNN Brasil, 2020a), após sete meses da descoberta do novo coronavírus, no dia 11 de agosto de 2020 a Rússia anunciava a primeira vacina contra a COVID-19. A Sputnik V é uma vacina de vetor viral que contém um adenovírus do SARS-CoV-2 e foi produzida pelo Instituto Gamaleya de Moscou.

O Reino Unido, em 8 de dezembro de 2020, foi o primeiro país a iniciar a vacinação em massa de sua população. A vacina utilizada BNT162b2 era das empresas Pfizer/Biontech, aprovada para uso emergencial (CNN BRASIL, 2020a; JORNAL DA UNICAMP, 2020). Em dezembro, diversos países iniciaram a vacinação em massa, entre eles estão: Alemanha, Croácia, Espanha, Dinamarca, Chipre, Bélgica, Irlanda, Holanda, Letônia, Eslovênia, Estônia, Finlândia, Malta, Romênia, Lituânia, Suécia, República Tcheca, Portugal, Vaticano, Itália, Grécia, França, Áustria, Hungria, Noruega, Islândia, Sérvia, Rússia, Suécia, EUA, México, Chile, Argentina, Costa Rica, Israel, Catar e China (CNN BRASIL, 2020b).

Segundo a OPAS (2021f) em 10 de fevereiro de 2021, existiam 240 vacinas, destas 177 estavam em fase pré-clínica e 63 em fase clínica. E 10 estavam aprovadas por alguma agência reguladora. No Brasil a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), aprovou a primeira vacina para uso emergencial, Coronavac - Butantan no dia 17/01/2021; vacina com uso de tecnologia de antígeno viral inativado (BRASIL, 2021a). No dia 21 de março de 2021, o Brasil havia recebido o primeiro lote de 1.022.400 doses das vacinas da AstraZeneca/Oxford, fabricadas pela SK Bioscience, da Coreia do Sul. A distribuição ocorreu por meio do mecanismo COVAX (OPAS, 2021a).

Posteriormente foi aprovada a *Corminaty* da empresa Pfizer para uso no dia 23/02/2021, que possui a tecnologia de RNA mensageiro sintético, sendo a única vacina aprovada no país para uso em menores de 18 anos. No mês seguinte foi aprovada as vacinas Oxford/Covishield produzida pelas empresas FioCruz e SK *Bioscience*, que usa a tecnologia de vetor adenovírus recombinante e a Janssen *Vaccine* de vetores de adenovírus sorotipo 26 (Ad26) (BRASIL, 2021c).

Com a necessidade, várias vacinas foram desenvolvidas e analisadas, incluindo vacinas baseadas em DNA, RNA, vetor viral, vacina inativada, vacinas de partículas semelhantes ao vírus e vacinas de subunidade de proteína (AZEVEDO et al., 2021). As vacinas genéticas de ácido nucléico que utilizam DNA e RNA em sua produção podem ser desenvolvidas rapidamente por não exigir fermentação ou cultura, liberando nas células humanas um gene do coronavírus com o objetivo de provocar uma resposta imunológica no corpo, semelhante à infecção natural causada pela doença. São exemplos de vacinas Cominarty - Pfizer, BioNTech -Moderna, e a CVnCoV - Curevac (LURIE et al., 2020; AZEVEDO et al., 2021; KOIROLA et al., 2021).

A OMS definiu a meta de atingir 40% de vacinação em todos os países até 2021 com o auxílio do mecanismo COVAX, ampliando essa meta para 70% até 2022. Porém com a baixa disponibilidade de vacinas, aceitação inadequada por parte da população e diversos outros fatores, essa meta não foi alcançada (WATSON et al., 2022).

Em relação aos óbitos, muitos países não tinham a disponibilidade de um sistema de registro vital, o que torna as estimativas de óbitos incertos para o período. Estimativas realizadas pela OMS referem que 40% dos óbitos que ocorreram em 2020 não foram contabilizados. Atualmente muitos países ainda não possuem um sistema de registro fidedigno, sendo registrado apenas uma parte dos óbitos que ocorrem rotineiramente. Ainda deve se levar em consideração a dificuldade de afirmar a causa de morte de pessoas que possuem diversas comorbidades (WATSON et al., 2022).

Estudos realizados com a vacina da Astrazeneca mostraram eficácia de 70,4% após o esquema de doses estar completo. Com apenas uma dose a eficácia baixou para 64.1%. A vacina inativada do Coronavac apresentou eficácia de 78% para casos leves e 100% para casos graves na Turquia. Porém, a mesma vacina foi aprovada no Brasil com eficácia de 50,39% (AZEVEDO et al., 2021).

Segundo Zhai et al. (2020) o desenvolvimento de vacinas para a COVID-19 ocorreu de forma rápida, tendo implicações importantes na saúde mundial. Para Frankel et al. (2021) a disponibilidade resultou na redução do número de casos agudos, melhorando a sobrevivência da

população. Ainda na visão de Cognetti e Miller (2021), as vacinas produzidas apresentaram excelentes resultados na indução de imunização, produzindo anticorpos específicos, células B e T.

No quadro 7 a seguir apresenta-se a relação de casos, óbitos acumulados e vacinação em nível mundial, nacional, estadual e municipal.

QUADRO 7- BALANÇO VACINAL

	Casos confirmados	Óbitos	Vacinas administradas	1ª dose	2ª dose ou dose única*
Mundo	627.573.579	6.570.363	12.830.378.906	5.403.359.787 (68%)	4.964.286.815
Brasil	34.824.866	688.092	533.034.032	182.080.932 (84%)	171.537.141 (79%)
Santa Catarina	1.885.294	22.409	16.311.316	6.328.482 (85%)	6.016.142 (81%)
Itapiranga	2.724	23	44.218	15.021 (94%)	11.380 (85%)

Fonte: Adaptado de World Health Organization (2022c) e Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina (2022b).

\*São consideradas imunizadas as pessoas que receberam a segunda dose ou dose única.

Segundo Watson et al. (2022), o impacto do primeiro ano de vacinação resultou em uma estimativa de 19.8 milhões de vidas poupadas no mundo. Em Israel a campanha de vacinação apresentou uma estimativa de 91% de óbitos evitados em pessoas acima de 65 anos. E ainda diminuiu o número de hospitalizações e transmissões ocasionadas pela doença (HAAS et al., 2022). Em concordância, Polack et al. (2020) e Bernal et al. (2021) relatam um estudo realizado com as vacinas Janssen, Moderna e Pfizer-BioNTech que constatou a eficácia de proteção contra a infecção por SARS-CoV-2 e ainda proteção contra as variantes mais recentes.

Após o início da vacinação em massa, provou-se que a imunização da população foi altamente eficaz, resultando na diminuição significativa dos casos graves, diminuindo a hospitalização e morte. Observou-se ainda diferença relativa entre indivíduos vacinados com apenas uma dose e indivíduos vacinados com mais doses, onde ocorre a diminuição da probabilidade de transmissão para demais pessoas. Outro fator importante a ser salientado é que a eficácia da vacina contra a transmissão é alta após duas semanas de inoculação e vai diminuindo com o tempo (WHO, 2022b).

### 3.2 COVID – 19: TRAÇANDO UMA LINHA DO TEMPO

A seguir, no quadro 8, apresenta-se a linha do tempo traçada destacando o surgimento da doença e os eventos mais importantes relacionados a ela. A doença COVID-19 representa

uma crise de saúde pública de proporções globais que causa mortalidade e morbidade substancial, sobrecarregando os sistemas de saúde em todo o mundo (DIAZ et al., 2021). Nas tabelas, 1, 2 e 3, apresenta-se o número de casos e óbitos no Mundo, Região das Américas, Brasil, Santa Catarina e Itapiranga no transcorrer dos anos desde o início da pandemia. E ainda, a ocupação dos leitos de UTI no estado de Santa Catarina. Os dados mencionados se referem aos boletins epidemiológicos lançados nos anos de 2020, 2021 e 2022.

QUADRO 8 -LINHA DO TEMPO DA DOENÇA COVID-19

DATA	EVENTO
31/12/2019	Identificação de uma doença desconhecida.
16/01/20	OPAS fez uma das primeiras publicações sobre o alerta epidemiológico do novo coronavírus.
11/02/20	OMS anunciou que a doença era causada pelo novo coronavírus e foi denominada de COVID-19.
26/02/20	Primeiro caso de COVID identificado no Brasil.
11/03/20	Declaração oficial da nova pandemia.
12/03/20	Primeiro óbito por COVID no Brasil.
05/2020	Identificação da variante <i>Beta</i> na África do Sul.
08/08/20	Primeiro óbito por COVID em Itapiranga/SC.
09/2020	Identificação da variante <i>Alpha</i> no Reino Unido.
10/2020	Identificação da variante Delta na Índia.
11/2020	Identificação da variante <i>Gamma</i> no Brasil.
08/12/20	Primeiro país a iniciar vacinação contra a COVID (Reino Unido).
17/01/21	Aprovação da vacina Coronavac – Butantan para uso emergencial no Brasil e início da campanha de vacinação.
20/01/21	Início da vacinação em Itapiranga/SC.
11/2021	Identificação da variante <i>Ômicron</i> na África do Sul e Botsuana.
?	<b>Fim da pandemia.</b>

Fonte: Adaptado de Araujo et al. (2020); Castro (2021); Melo et al. (2021); OPAS (2021a, 2021d, 2022a); Khan et al. (2021); Prefeitura Municipal de Itapiranga (2021) e WHO (2021a).

TABELA 1 - CASOS DE COVID-19 NO MUNDO E NA REGIÃO DAS AMÉRICAS ANOS DE 2020, 2021 E 2022

MÊS/ANO	DADOS EM NÍVEL MUNDIAL				REGIÃO DAS AMÉRICAS			
	Casos confirmados acumulados	Casos Novos*	Óbitos acumulados	Óbitos Novos*	Casos confirmados acumulados	Casos Novos*	Óbitos acumulados	Óbitos Novos*
<b>CASOS COVID-19 NO MUNDO E NA REGIÃO DAS AMÉRICAS NO ANO DE 2020</b>								
Janeiro/2020	1.997	-	56	-	03	-	-	-
Fevereiro/2020	81.147	79.150	2.756	2.700	26	23	-	-
Março/2020	468.111	386.964	19.769	17.013	81.139	81.113	19.769	19.769
Abril/2020	3.136.174	2.668.063	228.414	117.219	1.179.620	1.098.481	66.608	46.839
Maió/2020	5.447.754	2.311.580	345.633	143.750	2.495.924	1.316.304	145.810	79.202
Junho/2020	9.580.081	4.132.327	489.383	155.483	4.816.794	2.320.870	238.762	92.952
Julho/2020	16.009.965	6.429.884	644.866	174.270	8.610.134	3.793.340	337.439	98.677
Agosto/2020	23.877.651	7.868.570	819.136	169.668	12.734.213	4.124.079	450.814	113.375
Setembro/2020	32.556.231	8.678.580	988.804	165.241	16.233.110	3.498.897	546.864	96.050
Outubro/2020	43.073.560	10.517.329	1.154.045	264.609	19.737.794	3.504.684	625.973	79.109
Novembro/2020	60.166.976	17.093.416	1.418.654	331.661	25.552.814	5.815.020	711.358	85.385
Dezembro/2020	79.005.145	18.838.169	1.750.315	389.932	34.403.371	8.850.557	840.247	128.889
<b>CASOS DE COVID-19 NO MUNDO E NA REGIÃO DAS AMÉRICAS NO ANO DE 2021</b>								
Janeiro/2021	99.575.050	20.569.905	2.140.247	367.503	44.197.482	9.794.111	1.015.534	175.287
Fevereiro/2021	112.836.749	13.261.699	2.507.750	246.483	50.246.580	6.049.098	1.200.325	184.791
Março/2021	125.381.756	12.545.007	2.754.233	353.664	55.022.885	4.776.305	1.325.048	124.723
Abril/2021	146.973.381	21.591.632	3.107.897	379.748	61.284.892	6.262.007	1.490.187	165.139
Maió/2021	167.674.892	20.701.511	3.487.645	416.316	66.597.170	5.312.278	1.630.109	139.922
Junho/2021	179.869.762	12.194.870	3.903.961	260.028	71.633.390	5.036.220	1.883.147	253.038
Julho/2021	194.171.564	14.301.802	4.163.898	300.565	76.182.529	4.549.139	1.993.599	110.452
Agosto/2021	214.033.757	19.862.193	4.464.463	284.714	82.868.668	6.686.139	2.088.341	94.742
Setembro/2021	231.823.391	17.789.634	4.749.177	284.714	89.389.837	6.521.169	2.199.813	111.472
Outubro/2021	242.001.997	10.178.606	4.923.127	173.950	92.640.794	3.250.957	2.272.988	73.175
Novembro/2021	261.674.656	19.672.659	5.209.833	286.706	97.016.540	4.375.746	2.350.543	77.546
Dezembro/2021	282.334.451	20.659.885	5.414.289	204.456	102.333.991	5.317.451	2.404.442	53.899
<b>CASOS DE COVID-19 NO MUNDO E NA REGIÃO DAS AMÉRICAS NO ANO DE 2022</b>								
Janeiro/2022	373.819.859	91.485.408	5.662.449	248.160	135.673.906	33.339.915	2.506.821	102.379
Fevereiro/2022	445.129.499	71.309.640	5.995.245	332.796	145.283.655	9.609.749	2.600.596	93.732
Março/2022	490.664.062	45.534.563	6.151.255	156.010	150.335.637	5.051.982	2.694.328	25.234
Abril/2022	513.543.687	22.879.625	6.235.644	84.389	152.533.748	2.198.111	2.719.562	18.301
Maió/2022	528.720.932	15.177.245	6.287.246	51.602	155.877.294	3.343.456	2.737.863	23.445

MÊS/ANO	Casos confirmados acumulados	Casos Novos*	Óbitos acumulados	Óbitos Novos*	Casos confirmados acumulados	Casos Novos*	Óbitos acumulados	Óbitos Novos*
Junho/2022	543.325.844	14.604.912	6.328.556	41.310	162.064.197	6.186.903	2.758.857	23.451
Julho/2022	576.816.688	33.490.844	6.399.498	70.942	168.908.707	6.844.510	2.782.308	32.883
Agosto/2022	595.675.655	18.589.000	6.462.759	63.261	175.391.153	6.482.446	2.815.191	19.446
Setembro/2022	611.621.334	15.945.679	6.525.419	62.660	177.970.746	2.579.593	2.834.637	18.579
Outubro/2022	624.407.708	12.786.374	6.566.866	41.447	179.627.426	1.656.680	2.853.216	18.579
Novembro/2022	637.737.550	13.329.842	6.611.874	45.008	181.861.099	2.233.673	2.869.470	16.254
Dezembro/2022	649.244.427	11.506.877	6.646.562	34.688	184.429.273	2.568.174	2.881.884	12.414

FONTE: Adaptado de Brasil/MS (2022a, 2022c, 2022d, 2022e, 2022f, 2022g, 2022h); PAHO/WHO (2020a, 2020b, 2020c, 2020d, 2020e, 2020f, 2020g, 2020h, 2020i, 2020j, 2020k; 2021a, 2021b, 2021c, 2021d, 2021e, 2021f, 2021g, 2021h, 2021i, 2021j, 2021k, 2021l, 2021m, 2021n, 2021o, 2021p, 2021q, 2021r, 2021s, 2021t, 2021u, 2021v, 2021w, 2021x, 2021y, 2021z, 2022a, 2022b, 2022c, 2022d, 2022e, 2022f, 2022g, 2022h, 2022i, 2022j, 2022k, 2022m, 2022n).

Nota: O número de casos e óbitos novos pode apresentar uma pequena variação conforme a data de publicação do último boletim epidemiológico de cada mês.

TABELA 2- CASOS DE COVID-19 NO BRASIL, SANTA CATARINA E ITAPIRANGA EM 2020, 2021 E 2022

MÊS/ANO	BRASIL				SANTA CATARINA				ITAPIRANGA			
	Casos confirmados acumulados	Casos novos confirmados	Óbitos acumulados	Óbitos novos	Casos confirmados acumulados	Casos novos confirmados	Óbitos acumulados	Óbitos novos	Casos confirmados acumulados	Casos novos confirmados	Óbitos acumulados	Óbitos novos
	ANO DE 2020											
Janeiro/2020	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fevereiro/2020	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Março/2020	2.433	2.432	57	57	219	219	1	1	0	0	0	0
Abril/2020	78.162	75.729	5.466	5.409	1.337	1.118	43	42	1	1	0	0
Mai/2020	374.898	29.736	23.473	18.007	7.016	5.679	121	78	5	4	0	0
Junho/2020	1.228.114	853.216	54.971	31.498	22.947	15.931	298	177	25	20	0	0
Julho/2020	2.394.513	1.166.399	86.449	31.478	68.730	4.783	907	609	200	175	0	0
Agosto/2020	3.669.995	1.275.482	116.580	30.131	137.560	68.830	2.142	1.235	405	205	2	2
Setembro/2020	4.689.613	1.019.618	140.537	23.957	212.091	74.531	2.736	594	477	72	4	4
Outubro/2020	5.394.128	704.515	157.134	16.597	247.477	35.386	3.041	305	512	35	4	4
Novembro/2020	6.166.606	772.478	170.769	13.635	343.007	95.530	3.608	567	566	54	4	4
Dezembro/2020	7.448.560	1.281.954	190.488	19.719	478.242	135.235	5.007	1.399	644	78	4	4
	ANO DE 2021											
Janeiro/2021	8.871.393	1.422.833	217.664	27.176	564.163	85.921	6.205	1.198	681	37	4	4
Fevereiro/2021	10.390.461	1.519.068	251.498	33.834	663.699	99.536	7.242	1.037	1.158	477	9	9
Março/2021	12.320.169	1.929.708	303.462	51.964	790.362	126.663	10.318	3.076	1.919	761	15	15
Abril/2021	14.340.787	2.020.618	390.797	87.335	874.770	84.408	13.190	2.872	2.066	147	17	17
Mai/2021	16.194.209	1.853.422	452.031	61.234	956.526	81.756	15.006	1.816	2.398	332	17	17
Junho/2021	18.243.483	2.049.274	509.141	57.110	1.044.522	87.996	16.673	1.667	2.573	175	17	17
Julho/2021	19.688.663	1.445.180	549.924	40.783	1.104.454	59.932	17.822	1.149	2.768	195	19	19
Agosto/2021	20.645.537	956.874	576.645	26.721	1.150.649	46.195	18.607	785	2.803	35	19	19
Setembro/2021	21.351.972	706.435	594.443	17.798	1.188.580	37.931	19.199	592	2.806	3	20	20
Outubro/2021	21.680.488	328.516	604.228	9.785	1.209.470	20.890	19.549	350	2.841	35	20	20
Novembro/2021	22.084.749	404.261	614.376	10.148	1.232.912	23.442	19.992	443	2.850	9	20	20
Dezembro/2021	22.246.276	161.527	618.534	4.158	1.243.535	10.623	20.186	194	2.859	9	21	21
	ANO DE 2022											
Janeiro/2022	25.348.797	3.102.521	626.854	8.320	1.439.607	196.072	20.550	364	3.175	316	21	21
Fevereiro/2022	29.033.052	3.684.255	651.927	25.073	1.615.073	175.466	21.368	818	3.413	238	21	21
Março/2022	29.992.227	959.175	660.108	8.181	1.676.215	61.142	21.662	294	3.430	17	21	21
Abril/2022	30.448.236	456.009	663.497	3.389	1.703.276	27.061	21.776	114	3.450	20	21	21
Mai/2022	30.945.384	497.148	666.391	2.894	1.741.234	37.958	21.855	79	3.464	20	21	21
Junho/2022	32.061.959	1.116.575	670.369	3.978	1.794.189	52.955	22.029	174	3.501	14	22	22

MÊS/ANO	BRASIL			SANTA CATARINA			ITAPIRANGA (conclusão)		
	Casos confirmados acumulados	Casos novos confirmados	Óbitos acumulados novos	Casos confirmados acumulados	Casos novos confirmados	Óbitos acumulados novos	Casos confirmados acumulados	Casos novos confirmados	Óbitos acumulados
Julho/2022	33.813.587	1.751.628	678.486	1.839.246	45.057	22.223	3.566	65	22
Agosto/2022	34.279.785	466.198	682.502	1.863.980	24.734	22.359	3.587	21	22
Setembro/2022	34.582.063	320.278	685.334	1.876.415	12.435	22.403	3.593	6	22
Outubro/2022	34.748.678	166.615	687.153	1.884.803	8.388	22.409	3.594	1	22
Novembro/2022	35.266.159	517.481	689.801	1.908.148	23.345	22.461	3.602	8	22
Dezembro/2022	36.331.281	1.065.122	693.853	1.957.077	48.929	22.586	3.714	112	22

FONTE: Adaptado de Brasil/MS (2020a, 2020b, 2020c, 2020d, 2020e, 2020f, 2020g, 2020h, 2020i, 2020j, 2020k); Estado de Santa Catarina (2020a, 2020b, 2020c, 2020d, 2020e, 2020f, 2020g, 2020h, 2020i, 2020j, 2020k, 2020l, 2020m, 2020n, 2020o, 2020p, 2020q, 2020r, 2020s, 2020t, 2020u, 2020v, 2020w, 2020x, 2020y, 2020z, 2021a, 2021b, 2021c, 2021d, 2021e, 2021f, 2021g, 2021h, 2021i, 2021j, 2021k, 2021l, 2021m, 2021n, 2021o, 2021p, 2021q, 2021r, 2021s, 2021t, 2021u, 2021v, 2021w, 2021x, 2021y, 2021z, 2022a, 2022b, 2022c, 2022d, 2022e, 2022f, 2022g, 2022h, 2022i, 2022j, 2022k, 2022l) e Prefeitura Municipal de Itapiranga (2021; 2022).

Nota: O número de casos e óbitos novos apresentados entre um mês e outro pode apresentar uma pequena variação conforme a data de publicação do último boletim epidemiológico de cada mês.

TABELA 3- OCUPAÇÃO DE LEITOS SUS DE UTI ADULTO NO ESTADO DE SANTA CATARINA NOS ANOS DE 2020, 2021 E 2022.

Mês/Ano	Leitos de UTI SUS ativos	Ocupados por COVID	Ocupados por outras doenças	Percentual de ocupação
Janeiro/2020		Sem registro de casos no Estado		
Fevereiro/2020		Sem registro de casos no Estado		
Março/2020		Sem registro de ocupação no boletim epidemiológico		
Abril/2020	421 reservados para COVID	66	-	15.7%
Maio/2020	1.210	140	634	64.0%
Junho/2020	1.316	241	639	66.6%
Julho/2020	1.347	474	616	80.9%
Agosto/2020	1.489	455	614	71.8%
Setembro/2020	1.556	241	708	61%
Outubro/2020	1.495	214	667	58.9%
Novembro/2020	1.433	531	677	84.3%
Dezembro/2020	1.495	596	638	82.5%
<b>OCUPAÇÃO DE LEITOS DE UTI ADULTO SUS NO ANO DE 2021</b>				
Janeiro/2021	1.523	480	672	75.6%
Fevereiro/2021	1.568	799	623	90.7%
Março/2021	1.417	1.012	393	99.2%
Abril/2021	1.535	998	465	95.3%
Maio/2021	1.542	964	503	95.1%
Junho/2021	1.516	920	493	93.2%
Julho/2021	1.547	644	527	75.7%
Agosto/2021	1.534	443	576	66.4%
Setembro/2021	1.493	321	567	59.5%
Outubro/2021	1.362	314	550	63.4%
Novembro/2021	1.230	195	573	62.4%
Dezembro/2021	1.212	110	566	55.8%
<b>OCUPAÇÃO DE LEITOS DE UTI ADULTO SUS NO ANO DE 2022</b>				
Janeiro/2022	1.058	290	597	83.8%
Fevereiro/2022	1.032	195	580	75.1%
Março/2022	857	41	639	79.3%
Abril/2022	786	30	694	92.1%
Maio/2022	771	31	712	96.4%
Junho/2022	788	41	703	94.4%
Julho/2022	1.112	48	989	93.3%
Agosto/2022	1.132	24	989	89.5%
Setembro/2022	1.147	16	997	88.3%
Outubro/2022	1.163	13	1.009	87.9%
Novembro/2022	1.163	13	1.009	87.9%
Dezembro/2022	1.169	32	898	79.6%

Fonte: Adaptado de Estado de Santa Catarina (2020a, 2020b, 2020c, 2020d, 2020e, 2020f, 2020g, 2020h, 2020i; 2021a, 2021b, 2021c, 2021d, 2021e, 2021f, 2021g, 2021h, 2021i, 2021j, 2021k, 2021l; 2022a, 2022b, 2022c, 2022d, 2022e, 2022f, 2022g, 2022h, 2022k, 2022l).

### 3.3 OS SERVIÇOS E O CUIDADO À PESSOA COM COVID-19

Com o início da pandemia, os sistemas de saúde foram colocados à prova. A falta de políticas e processos estabelecidos para o enfrentamento de pandemias ficou evidente e veio à tona a insuficiência de equipamentos, profissionais, leitos e sobrecarga do sistema de forma geral (SASANGO HAR et al., 2020; ESTALELLA et al., 2021).

Os serviços tiveram seus fluxos reestruturados com objetivo de atender a demanda de pacientes. A instalação de uma triagem eficiente para o direcionamento dos casos tornou-se necessária. Leitos de enfermarias e de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) sofreram sobrecarga com o grande número de pacientes infectados que necessitavam de atendimento. A alocação de recursos com o objetivo de equilibrar o sistema tornou-se um grande desafio (SHARMA et al., 2021; WAHLSTER et al., 2021).

A situação emergente e crítica exigiu uma reorganização dos serviços sanitários do país e principalmente dos serviços de saúde hospitalares, decorrente da rápida evolução da doença, que até então tinha seus mecanismos de ação desconhecidos. Os leitos de UTI sofreram sobrecarga de atendimento de 300%, gerando uma defasagem de cuidado e impactos enormes na logística de leitos (FERRER, 2020).

Para Gimeno et al. (2021), além da rápida reestruturação e compra de suprimentos, necessitou-se ainda da criação de protocolos gerenciais e assistenciais, devido às mudanças no cuidado prestado a esses pacientes, dadas as características clínicas e epidemiológicas. Como as evidências sobre o tratamento eram insuficientes, houve a falta de ventiladores mecânicos nas UTIs, escassez de medicamentos, principalmente sedoanalgésicos, equipamentos de proteção individual (EPIs) e insuficiência de funcionários nas unidades de saúde.

O que resultou em uma sobrecarga de trabalho para os profissionais de saúde devido ao grande volume de pacientes e alta mortalidade, a defasagem na qualidade dos cuidados acabou sendo imensurável. O alto fluxo de pacientes, o uso de equipamentos de proteção onde o profissional ficava todo encoberto sem haver contato humano, medidas rígidas de isolamento e distanciamento impactaram negativamente no fornecimento de um cuidado humanizado (FERNÁNDEZ et al., 2021).

Diante dessa perspectiva Lee, Jose e Lakhani (2020) questionam em seu estudo como pode ser possível prestar um atendimento humanizado diante da situação atual, pois a enfermagem é baseada no cuidado humano, porém, com a pandemia, a interação entre seres humanos foi dificultada com as questões de isolamento, distanciamento, falta de profissionais e uso de EPIs.

Os profissionais de saúde necessitaram priorizar o seu cuidado pessoal com o uso de EPIs, evitando a exposição desnecessária, principalmente por estar em contato direto com os pacientes infectados (ORTEGA et al., 2020; DEITRICK, ADAMS; DAVIS, 2020). A alta virulência e propagação facilitada por meio de gotículas e aerossóis fez com que a equipe de enfermagem tivesse um alto risco de se infectar e desenvolver a doença justamente por estar em contato direto com o paciente na assistência à saúde (FERNANDEZ et al., 2020).

Segundo Wahlster et al. (2021), a alocação de recursos e leitos nas unidades de saúde precisavam visar o atendimento dos pacientes com COVID-19 e os demais que não podiam ter seu cuidado comprometido. Para colaborar com a necessidade do momento, muitos profissionais aposentados voltaram à ativa, estudantes dos cursos da área da saúde que estavam em fases finais foram autorizados a assumir cargos com o objetivo de suprir a necessidade de funcionários (SCHROEDER et al., 2020).

Apesar de a pandemia apresentar muitas implicações nos cuidados de enfermagem, a equipe concentrou-se em evitar a exposição desnecessária e não limitar esforços para evitar a disseminação do vírus. O atendimento consiste em fornecer suporte terapêutico, podendo incluir pronação precoce, administração de medicamentos, oxigênio suplementar, intubação, prevenção de lesões por pressão, entre outros (DEITRICK; ADAMS; DAVIS, 2020).

Segundo Sharma et al. (2020), pacientes com quadros leves ficavam hospitalizados em salas de isolamento com pressão negativa ou bem ventiladas, com suporte de medidas terapêuticas, como administração de oxigênio, medicamentos e suplementação nutricional. E paciente graves ocupam os leitos de UTIs com medidas de suporte mais avançadas, como ventilação mecânica, oxigênio em alto fluxo, terapia nutricional, oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO), entre outros.

Tendo em vista a complexidade dos pacientes graves, Ramalho et al. (2021) citaram, em seu estudo, que o perfil do paciente com COVID-19 é diferente dos demais. Chamando atenção para a fisiopatologia da doença de evolução rápida, o que corrobora para falência múltipla de órgãos, coagulopatias, hipercatabolismo, desenvolvimento de lesões por pressão, instabilidade hemodinâmica e déficit nutricional, necessitando de um nível de atenção muito maior, com utilização de múltiplos dispositivos para manutenção da vida e necessidade de pronação e mudança de decúbito constante.

Cuidar de pessoas afetadas pela COVID-19 acaba gerando intensa pressão e angústia nos profissionais da saúde, considerando que as mudanças necessárias para atender a demanda são muitas (FERNANDEZ et al., 2020). Diante do cenário caótico que o mundo está vivendo, e pelo fato dos profissionais da saúde estarem diretamente expostos ao vírus, a experiência de

cuidar de pacientes infectados no transcorrer da pandemia acabou gerando muitos sentimentos como medo, orgulho e incerteza, fatores estes que segundo Schroeder et al. (2020) e para Galánis et al. (2021) interferem na realização de um cuidado holístico.

Galánis et al. (2021) descreveram em seu estudo realizado na fase inicial da pandemia, com profissionais da saúde, que os sintomas mais apresentados por eles na assistência à saúde foram desespero, sensação de desamparo, impotência, temor de ter perdido o controle da situação e que seus conhecimentos e habilidades adquiridos anteriormente não eram eficazes.

Na visão de Deitrick, Adams e Davis (2020), os cuidados de enfermagem aos pacientes com COVID-19 devem ter um forte enfoque na mitigação da disseminação da doença, principalmente para familiares, outros profissionais e comunidade. Portanto, segundo os autores, os cuidados de enfermagem devem incluir o paciente e a sua família, mesmo que a comunicação seja mantida por meios tecnológicos, principalmente quando se trata de pacientes sem chances de sobrevida.

Para Ramalho et al. (2021), a enfermagem enquanto campo profissional na linha de frente, tem sido protagonista do cuidado. Estalella et al. (2021) destaca que os enfermeiros em especial possuem um papel fundamental na gestão dos serviços de saúde, principalmente durante a pandemia, atuando de forma transversal com as demais áreas do conhecimento, gerenciando a qualidade do atendimento de forma que garantam a segurança do paciente e a de seus profissionais.

### 3.4 COMORBIDADES E COMPLICAÇÕES AGUDAS E TARDIAS DA COVID-19

A gravidade da doença parece estar diretamente ligada a características específicas do indivíduo e da população, o que aumenta a vulnerabilidade ao vírus. Segundo Deitrick, Adams e Davis (2020), os fatores de risco para a doença ainda não foram totalmente desvendados. Porém é sabido que a mortalidade é mais alta entre pacientes idosos e com condições crônicas (AGGARWAL et al., 2020).

Para Miesbach e Makris (2020), Iman et al. (2020) e Rosenthal et al. (2020), pacientes idosos e com comorbidades estão mais sujeitos a infecções e complicações, sendo a idade avançada um fator de risco importante que está associado ao óbito em nível global. Pacientes com insuficiência cardíaca, Diabetes Mellitus (DM) tipo 2, HAS, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), obesidade, asma e idade maior que 60 anos, apresentam um risco maior de complicações (NUNES et al., 2020).

A hipertensão, diabetes, doenças cardíacas e câncer ativo ou em remissão são fatores que afetam o prognóstico do paciente. A doença cardíaca é uma condição que agrega risco maior quando comparada a doenças pulmonares (VARDAVAS; NIKITARA, 2020; AGGARWAL et al., 2020). O tabagismo, segundo Yang et al. (2020), demonstrou em diversos estudos ser um fator de risco menor quando comparado aos demais.

Pacientes mais jovens parecem ter um prognóstico melhor em relação aos idosos, considerando que taxas baixas de infecção foram apresentadas em crianças (VERITY et al., 2020). Porém, segundo o CDC (2021b), embora a maioria das crianças não tenham sido afetadas, houve relatos de complicações tardias graves em crianças, como a Síndrome Inflamatória Multissistêmica (MISC).

Pneumonia, síndrome do desconforto respiratório agudo, lesão cardíaca aguda, manifestações neurológicas como Acidente Vascular Cerebral (AVC) são as complicações agudas frequentemente encontradas. As implicações da COVID-19 no sistema cardiovascular incluem lesão do miocárdio, miocardite, insuficiência cardíaca, arritmias e infarto agudo do miocárdio (ADAMS; BROCE; MOUSA, 2021; BARRETO et al., 2021).

Inciardi et al. (2020) referem que casos de miocardite e insuficiência cardíaca foram encontrados em pacientes que não apresentaram pneumonia prévia e alerta sobre a probabilidade desses pacientes apresentarem um início tardio de complicações cardiovasculares, independente de terem apresentado sintomas leves ou graves. Lesão miocárdica foi relatada em 20%-30% dos pacientes hospitalizados com COVID-19 e pacientes com HAS, DM, insuficiência cardíaca e doença arterial coronária (DAC) apresentaram um risco aumentado para lesão miocárdica (HE et al., 2020; HAN et al., 2020).

Ao se tratar de complicações agudas em pacientes que foram a óbito, Rosenthal et al. (2020) referem que insuficiência respiratória (30,8%) foi a complicação aguda mais encontrada em seu estudo, seguida de insuficiência renal (18,8%) e sepse (18,6%). Entre os pacientes que ainda estavam internados 8,1% tiveram SDRA, 11,4% apresentaram choque, 8,1% foram acometidos por doença cardíaca isquêmica aguda, 7,4% apresentaram distúrbios neurológicos e 2,3% apresentaram doença cerebrovascular. Luo et al. (2020) referem achados de microtrombos, êmbolos pulmonares e trombose venosa profunda (TVP) em pacientes que passaram por autópsia.

Pacientes com quadros graves e prognóstico ruim podem evoluir para falência múltipla de órgãos, o que possivelmente ocasionará o óbito. Pacientes que apresentam insuficiência renal podem necessitar de terapia de substituição renal, outros, que evoluem para cardiomiopatias

decorrentes da doença podem necessitar de oxigenação por membrana extracorpórea (BEMTGEN et al., 2020; MACLAREN; FISHER; BRODIE, 2020).

Para Vehar et al. (2021) as pessoas que mantêm sintomas por longo prazo, após a fase aguda, podem apresentar uma condição denominada de sequelas pós-agudas de infecção por SARS-CoV-2 (PASC) ou também chamados de “*long-haulers*”. Segundo o CDC (2022) as condições pós-COVID podem ser denominadas na literatura por diversos nomes diferentes, incluindo; COVID de longa distância, COVID de longa duração, COVID-19 pós-agudo, longo prazo do COVID, doenças crônicas COVID e sequelas pós-agudas da infecção por SARS CoV-2 (PASC).

Para a OMS (2021b), a COVID longa não pode ser explicada por diagnósticos alternativos e se inicia três meses após o início dos sintomas primários, permanecendo por pelo menos dois meses. Segue definição oficial de caso clínico de “*long COVID*” realizada por pacientes, pesquisadores e representantes das regiões da OMS:

A condição pós-COVID-19 ocorre em indivíduos com histórico de infecção por SARS CoV-2 provável ou confirmada, geralmente 3 meses após o início da COVID-19 com sintomas que duram pelo menos 2 meses e não podem ser explicados por um diagnóstico alternativo. Os sintomas comuns incluem fadiga, falta de ar, disfunção cognitiva, mas também outros e geralmente têm impacto no funcionamento diário. Os sintomas podem ser um novo início após a recuperação inicial de um episódio agudo de COVID-19 ou persistir desde a doença inicial. Os sintomas também podem flutuar ou recair ao longo do tempo (OMS, 2021b, p.11).

A manifestações pós-COVID, em alguns casos, causaram dificuldades no funcionamento de uma vida normal, afetando a capacidade de execução de atividades diárias. Os sintomas mais comuns da condição incluem: fadiga, falta de ar, problemas de memória e concentração, tosse persistente, dor no peito, depressão, ansiedade, dores musculares, problemas de fala, perda de olfato e paladar e até mesmo febre (WHO, 2021b).

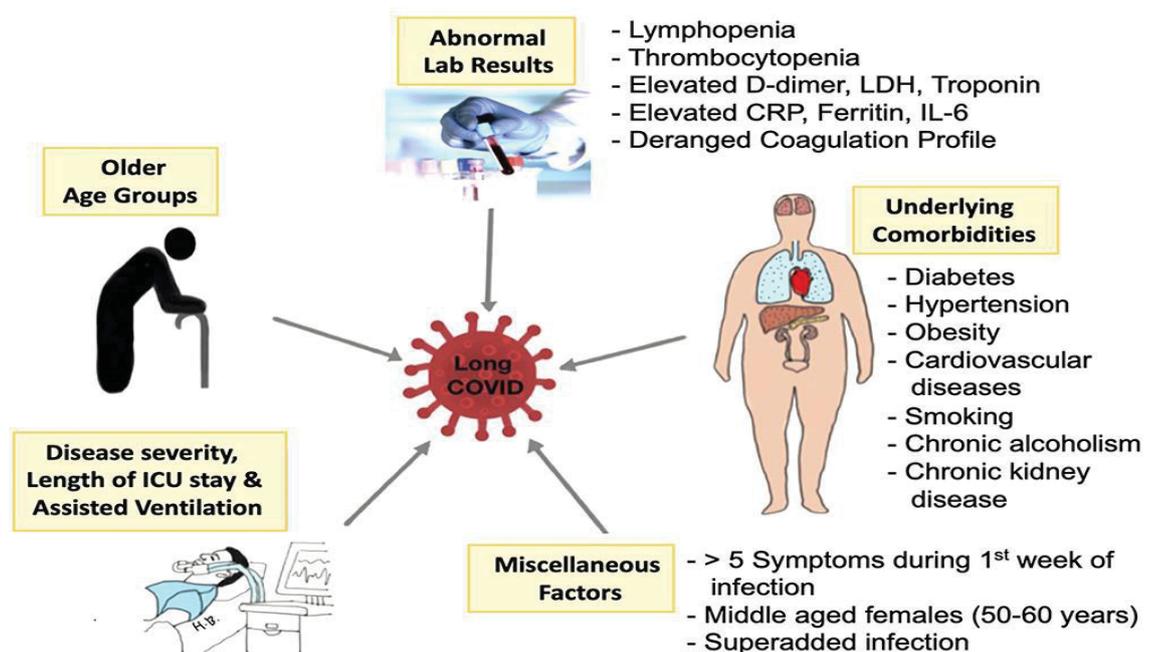
Foi observada em diversas pessoas a presença de sintomas persistentes que não são resolvidos após a fase aguda da doença, desta forma, as sequelas podem ser sintomas que mesmo após a alta ou quarentena permanecem e não são explicados por diagnósticos alternativos. O desenvolvimento de sequelas pode estar relacionado a eventos multifatoriais. Na fase aguda da doença pode ocorrer a agressão aos tecidos de um ou mais órgãos do corpo, assim como pode ocorrer reservatórios do vírus em certos tecidos, ocorrendo reativação posterior, principalmente quando houver desordens imunológicas (KASHYAP; LUTHRA; AHMED, 2022).

Sabe-se que humanos abrigam uma grande quantidade de vírus latentes armazenados em tecidos, nervos, saliva e reservatórios que permanecem dormentes sob controle do sistema

imunológico do hospedeiro. Da mesma forma, em pacientes com PASC, o vírus pode permanecer alojado em partes do corpo ou reservatórios sendo ativado sob condições de estresse e imunossupressão. Estudos demonstram que alguns pacientes infectados não eliminam o vírus do SARS-CoV-2 por longos períodos. Desta forma, tanto o SARS-CoV-2 como demais vírus latentes podem ser ativados perante desregulação imunológica, assim como, a COVID em fase aguda pode desencadear a manifestação de outros vírus que estavam em fase latentes, fazendo com que gerem novos sintomas (PROAL; VANELZAKKER, 2021).

Pacientes com sintomas crônicos de PASC após hospitalização por COVID apresentam maior probabilidade de lesões em um ou mais locais do corpo. Assim como pessoas que foram infectadas por SARS-CoV-2 e se mantiveram assintomáticos que passaram a apresentar sintomas de PASC crônicos recorrentes ou intermitentes apresentam chances maiores de abrigar reservatórios persistentes do vírus em tecidos (PROAL; VANELZAKKER, 2021).

FIGURA 5- FATORES DE RISCO PARA COVID LONGA



Fonte: GARG et al., 2021.

Mendelson et al. (2021) descrevem que pessoas com mais de cinco sintomas na primeira semana da doença apresentavam quatro vezes mais chances de apresentar sequelas a longo prazo. Sendo que os sintomas mais apresentados na primeira semana foram fadiga, cefaleia, falta de ar, mialgia e voz rouca. Destaca ainda a probabilidade maior de ocorrer em mulheres, pessoas obesas e idosos.

Os fatores de risco para doença também são fatores de risco para a COVID longa, sintomas prolongados foram encontrados em mais de dois terços dos pacientes que permaneceram com sintomas por mais de seis meses após a recuperação aguda (CARFI et al., 2020; SCHNEIDER et al., 2021).

Singal, Jaiswal e Seth (2020) lembram que o SARS-CoV-2 também pode afetar o sistema nervoso central (SNC) e o sistema nervoso periférico (SNP), com permanência de sintomas de forma permanente. Para Mendelson et al. (2021) evidências apontam para comprometimento cognitivo persistente, mesmo em pacientes que apresentaram sintomas leves.

Huang et al. (2021) constataram que seis meses após o início dos sintomas 63% dos pacientes mantiveram fadiga, 24% apresentaram dificuldade para dormir e 23% referiram ansiedade e depressão. Segundo Puntmann et al. (2020), em um estudo realizado na Alemanha com 100 pacientes, 10 semanas após a infecção primária, constatou-se inflamação miocárdica contínua em pacientes que não apresentavam histórico de comorbidades prévias. Para Shchendrygina et al. (2021) pacientes com histórico de COVID-19 estão susceptíveis a desenvolver lesão cardíaca residual e insuficiência cardíaca a longo prazo, independente da gravidade dos sintomas e idade.

Manifestações tromboembólicas e dermatológicas foram descritas em um estudo multinacional, onde 103 pacientes apresentaram “dedos do pé COVID”, condição que persistiu por 60 dias após o diagnóstico primário. Palpitações, cefaleia, alopecia, depressão, ansiedade, dificuldade de concentração, dispneia, tosse e disfunção olfativa e gustatória são sintomas habitualmente encontrados (SUDRE et al., 2020; MCMAHON et al., 2021).

Alterações de exames de imagem pulmonares pós-COVID normalmente se resolvem espontaneamente entre duas a quatro semanas, sendo a melhora completa em torno de doze semanas. Dados apontam a permanência de alterações radiológicas em 50% dos pacientes mesmo não sendo casos graves por até 6 meses ou mais (BRASIL, 2022).

Em relação às complicações tardias causadas pela doença ou complicações da hospitalização prolongada, é difícil identificar as sequelas que ficarão a longo prazo, considerando que o vírus infectou milhões de pessoas no mundo todo. Com os sintomas individualizados causados pela PASC se fazem necessárias abordagens terapêuticas diferentes no âmbito da saúde pública. Torna-se de suma importância o desenvolvimento de estratégias para intervir na saúde da população futuramente com o objetivo de não sobrecarregar os sistemas de saúde com as sequelas deixadas pela doença (WANG; KREAM; STEFANO, 2020; TIAN et al., 2020; PROAL; VANELZAKKER, 2021).

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção será apresentado o referencial teórico sustentado nos sistemas de cuidado de Arthur Kleinman. Para Creswell (2021), a utilização de um referencial teórico na pesquisa qualitativa se baseia na explicação de comportamentos, culturas e atitudes compartilhadas por pessoas que podem nos ajudar a compreender as práticas em saúde adotadas.

### 4.1 SISTEMAS DE CUIDADOS À SAÚDE - ARTHUR KLEINMAN

Arthur Kleinman, antropólogo e psiquiatra, autor dos sistemas de cuidado em saúde apresentados no livro *Pacients and healers in the context of culture* (1980), refere que as pessoas têm comportamentos distintos entre si quando se fala em cuidados relacionados à saúde. Mesmo dentro da mesma localidade, as concepções são diferenciadas, pois derivam de maneiras de pensar, experimentar e vivenciar. As atividades em saúde estão inter-relacionadas dentro de todas as sociedades e em cada cultura a doença, as respostas a ela, a forma de vivenciar e as instituições sociais estão sistematicamente interconectadas.

Para Kleinman e Benson (2006) a cultura é muitas vezes considerada como sinônimo de etnia, nacionalidade e idioma, pois considera-se que pessoas de uma determinada etnia compartilhem de crenças em comum, derivadas de seus traços étnicos. No entanto os autores salientam que a cultura não é a única variável, ela não é estática, pois deriva de diversos fatores, afetando vários aspectos da experiência vivenciada, criando um tom emocional e atribuindo significado moral à experiência. Dentro de uma mesma etnia ou sociedade, a cultura pode divergir devido às diferenças de idade, gênero, classe, religião, personalidade. Sendo que ela é indissociável dos fatores políticos, econômicos, religiosos, psicológicos e biológicos.

A forma como nos comunicamos e expressamos, quem e onde procuramos o atendimento, a maneira como apresentamos os nossos sintomas, o tempo que permanecemos no sistema buscando, a forma como percebemos a nossa doença e lidamos com ela, são comportamentos afetados por crenças culturais. Dessa forma, a doença é moldada por aspectos culturais (KLEINMAN; GOOD, 1978).

Para Kleinman (1980), ao investigar precisamos deixar de lado nossas concepções pessoais, desviando de crenças, comportamentos e envolvimento com a saúde. Caso contrário, corre-se o risco de contaminar o estudo com o nosso próprio sistema de saúde. Os subsistemas de saúde incluem as crenças e padrões de comportamento (mesmo que inconscientes), que são

regidos pelas regras culturais, seus modelos de sistemas de saúde derivam da maneira como a pessoa reage, percebe, explica e trata a doença.

Os diversos sistemas de saúde criados são influenciados por experiências anteriores, classe socioeconômica, educação, ocupação, religião, etnia e filiação. E essa diferença é expressa pelas respostas e não compartilhamento das mesmas percepções em relação à doença e suas práticas, interferindo na forma como a pessoa avalia e escolhe as práticas de saúde que estão disponíveis para ela (KLEINMAN, 1980).

O estudo dos sistemas de saúde pode ocorrer por localidades como bairros, comunidades ou grupos familiares, pois eles existem e funcionam regidos por normas socialmente legitimadas que acabam ditando como determinado grupo ou indivíduo reage à doença, qual a sua percepção, e ainda a forma como vai usufruir dos recursos de saúde disponíveis em seu local de vivência. Em outras palavras, os sistemas de saúde fazem parte de uma visão coletiva, porém de uso compartilhado, operando em nível local, pode ser visto e usado de formas distintas entre diferentes famílias, indivíduos e grupos (KLEINMAN, 1980).

Kleinman (1980), apresenta alguns conceitos importantes — o conceito de realidade psicológica — abordado como sendo o mundo interior da pessoa; o conceito de realidade física, como sendo as estruturas e espaços materiais. Descreve ainda a realidade social, que é vista como o mundo social e cultural em que a pessoa vive, sendo que os dois mundos criam uma ponte de ligação entre a realidade psicológica e biológica que foi denominada pelo autor de realidade simbólica. E descreve ainda a realidade clínica que é abordada como contexto que influencia a doença e o cuidado clínico, influenciados pelas realidades psicológicas, biológicas, social e simbólica.

A construção cultural da experiência de adoecimento é geralmente uma resposta pessoal e adaptativa, sendo normalmente a mais precoce. Portanto destaca inicialmente a importância de compreender a dicotomia entre *disease* e *illness*;

- *Disease* (doença): compreendida como funcionamento inadequado dos processos biológicos e psicológicos normais do corpo humano, sendo uma disfunção no funcionamento de órgãos ou sistemas do corpo (KLEINMAN, 1980; PALMA et al., 2015).
- *Illness* (enfermidade): é entendida como uma resposta à experiência psicossocial e ao significado que a doença traz para o paciente, derivando de uma resposta pessoal, social e cultural (somatização de fatores) secundária ao mau funcionamento que a doença causou, sendo uma resposta subjetiva ao quadro inicial. Uma resposta que engloba em

vários aspectos a experiência de estar e se sentir doente (KLEINMAN, 1980; PALMA et al., 2015).

*Disease* (doença) e *illness* (enfermidade) são construções particulares da realidade social, que podem ser apenas compreendidos dentro do contexto social de cada pessoa. Sendo que a enfermidade geralmente começa pela atenção e percepção dos primeiros sintomas, que também pode iniciar pela rotulagem (KLEINMAN, 1980).

A rotulagem ocorre quando um indivíduo é rotulado de doente por outras pessoas, mesmo não tendo queixas ou sintomas, fazendo com que a pessoa se sinta doente, mesmo não estando. Desta forma, o rótulo aplicado gera sentimentos subjetivos que exercerão uma influência poderosa sobre a pessoa e sua família, que buscarão relatos semelhantes em seu contexto social. Através da rotulagem e dos processos cognitivos, sintomas são construídos, podendo ser chamado de *illness* (enfermidade) (KLEINMAN, 1980).

Segundo o autor, em distúrbios crônicos é difícil distinguir enfermidade de doença, visto que a enfermidade pode estar presente quando a doença está em remissão, ou ainda pode ocorrer a recorrência da doença devido à enfermidade. Mas normalmente as duas andam juntas, pioram e melhoram juntas. Ao contrário dos distúrbios agudos, onde a doença pode existir sem ter enfermidade, pois não se desenvolve uma experiência de estar enfermo, devido ao pequeno intervalo de tempo da doença (KLEINMAN, 1980).

A relação entre doença e enfermidade é complexa, visto que as duas se inter-relacionam não podendo ser tratadas de forma separada. Porém destaca que a utilidade da distinção entre doença e enfermidade se deve ao fato de que a doença envolve uma reação psicológica, social e cultural que é a enfermidade (*illness*). Ambas são afetadas pela cultura, pois sofrem influência de interações sociais, significados simbólicos e normas (KLEINMAN, 1980).

Os sistemas de cuidado à saúde apresentados pelo autor são um modelo teórico definido por dois conceitos importantes (KLEINMAN, 1980; CABRAL et al., 2011);

- “Modelo Explicativo” — são as concepções sobre a doença e as formas de tratamento utilizadas pelas pessoas envolvidas no processo clínico, através do qual será definido qual sistema de atenção à saúde será buscado.
- “Sistemas de Atenção à Saúde” — representado pelos locais que as pessoas buscam para resolver determinado problema de saúde. Representados por três setores: popular, profissional e folclórico (*folk*).

## 4.2 MODELO EXPLICATIVO

O modelo explicativo serve de base para compreender como determinado ser humano está inserido em seu contexto social, o que pensa e sente sobre os cuidados em saúde. O pesquisador utiliza crenças, decisões pessoais em relação ao adoecimento, significados simbólicos, expectativas, tipos de atendimento que procurou, com o objetivo de montar o sistema de atenção à saúde do paciente (KLEINMAN, 1980).

Segundo Kleinman (1980), além de lançar um significado pessoal e social na experiência da doença, os modelos explicativos se diferem à medida que vão respondendo questões baseadas em cinco itens importantes: etiologia, tempo e modo de início dos sintomas, fisiopatologia, tratamento e curso da doença (incluindo o papel de doente que é assumido — agudo ou crônico).

Envolve conhecimento tácito, principalmente na cultura popular, onde ocorre a inter-relação com crenças, experiências e normas, que acabam funcionando como um guia para as decisões clínicas. Como exemplo cita que por meio do modelo explicativo do paciente conseguimos compreender como ele enxerga e percebe sua condição de saúde, além de avaliar os tratamentos disponíveis. Assim como, no modelo explicativo do médico, podemos compreender como ele compreende, avalia e trata a condição da pessoa doente. Portanto, a interação dos modelos explicativos de ambos sofre interferência da comunicação, cultura e relação social (KLEINMAN, 1980).

O modelo explicativo é facilmente elucidado na casa do paciente pois apresenta uma versão mais completa e precisa do que se fosse explorado em um ambiente clínico por exemplo, pois o paciente se sente mais à vontade para expor suas crenças e percepções pessoais. No entanto o modelo explicativo do profissional responde a maioria das questões, enquanto o modelo do paciente e de seu familiar abordam apenas o que é importante para eles, como por exemplo seu problema de saúde e o objetivo do tratamento (KLEINMAN, 1980).

Desta forma, para Kleinman (1980) o modelo explicativo é visto como a principal ponte para construção da realidade clínica, pois através dela as particularidades da cultura e história que foram construídas são reveladas. Destaca ainda que é através do modelo explicativo que conhecemos a transação comunicativa e cognitiva dos cuidados em saúde e quando juntamos o modelo explicativo com a rede semântica do adoecimento produzimos a história natural da doença.

A rede semântica é formada ao se juntar as concepções de saúde e doença aos valores culturais construídos ao longo do trajeto. É através da rede semântica que o comportamento e

discurso do profissional e paciente são amparados, enquanto sintomas, situações e sentimentos que estão atrelados à doença acabam denotando sentido próprio a pessoa e profissional (dentro do sistema de saúde escolhido) envolvidos na prestação de cuidados (KLEINMAN; BENSON, 2006). A seguir o conceito de Sistema de Atenção à Saúde.

#### 4.3 SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os sistemas de cuidado à saúde são descritos como um sistema cultural local que se divide em três subsistemas ou esferas como serão denominados aqui: esfera popular, profissional e folclórica (*Folk*). As estruturas internas das três esferas são semelhantes entre si, porém seu conteúdo varia conforme as circunstâncias culturais, sociais e ambientais de cada uma. A interligação entre as três esferas de saúde ocorre porque os pacientes passam de uma para a outra. Sendo que as linhas de fronteira entre os setores funcionam como pontos de entrada e saída, onde as pessoas vão percorrendo sua trajetória dentro dos sistemas (KLEINMAN, 1980).

São três os subsistemas apresentados a seguir:

Esfera Popular: é descrita como a maior, porém menos compreendida, podendo ser retratada como a cultura popular não profissionalizante, leiga, onde os primeiros cuidados são iniciados. A maioria dos cuidados em saúde acontecem na esfera popular (70-90%). Ela pode ser vista através de vários níveis, o individual, familiar, rede social, crenças e atividades comunitárias. O setor popular é descrito como a principal fonte de cuidado imediato, além de ser o elo de ligação entre os três setores, interagindo com cada setor, embora estejam isolados entre si (KLEINMAN; GOOD, 1978).

É na esfera popular que as pessoas encontram a doença inicialmente, percebendo sintomas e aplicando auto tratamentos, utilizando-se de crenças e valores da cultura popular. No entanto, a pessoa e sua família podem desconsiderar a doença, percebendo os seus sinais e sintomas como comuns, ou podem autenticar de fato que a pessoa está doente. Ainda, nesta modalidade, busca-se instituir terapias conhecidas por familiares, amigos, vizinhos ou leigos, ou ainda podem sair da esfera popular e partir para a esfera profissional.

Esfera Profissional: é caracterizada pela forte institucionalização, em que a doença é interpretada e rotulada conforme o cenário e um cuidado específico é aplicado, compreendendo as profissões de cura organizada, como a biomedicina propriamente dita. É a esfera predominante em alguns países, devido seu aparato tecnológico e poder, fazendo com que se

destaque em relação às demais esferas. Nessa área a pessoa doente pode encontrar linguagens médicas diferentes, ao ponto em que se movimenta dentro do sistema de saúde. A responsabilidade e decisões sobre os cuidados em saúde adotados começam a passar da pessoa e família para os profissionais de saúde (KLEINMAN, 1980; PALMA et al., 2015).

Segundo o autor, os profissionais de saúde normalmente apresentam insensibilidade em relação às crenças dos pacientes, como se a realidade clínica imposta por eles fosse a mais legítima. Desta forma, a biomedicina apresenta interesse maior no tratamento (cura) da doença, desconsiderando muitas vezes a “experiência da doença” como objeto de preocupação clínica. Em algumas sociedades, além da medicina científica moderna, existem também os sistemas médicos indígenas profissionalizados, medicina tradicional chinesa e a medicina galênica-árabe, que são formas tradicionais de cura que acabaram se profissionalizando sendo semelhantes à medicina moderna (KLEINMAN; GOOD, 1978; KLEINMAN, 1980).

Esfera Folclórica (*Folk*): é considerada pelo seu cuidado “não profissional, não burocrático, especializado” mesclando-se ao popular e profissional. Abrange diversas práticas de saúde não oficiais como benzedeadas, erveiros, práticas religiosas e místicas e outras formas alternativas de cura. Na área folclórica existe a classificação entre as partes sagradas e seculares, porém normalmente as duas se sobrepõem. Sendo uma mistura de vários componentes, em que alguns se relacionam mais à esfera popular e outros à esfera profissional (KLEINMAN, 1980; CABRAL et al., 2011; PALMA et al., 2015).

Segundo Kleinman (1980), as práticas do *folk* estão recebendo cada vez mais a atenção dos antropologistas, pois é considerada um sistema de saúde mais amplo, onde a cura é uma questão importante para a pesquisa transcultural. Sendo que os curandeiros buscam explicações para questões pessoais, familiares e comunitárias que estão ligadas à doença. Ainda cita como exemplo o xamanismo que é composto por crenças espirituais e religiosas. Em algumas sociedades a profissionalização é escassa, sendo a esfera popular e folclórica as representantes do sistema de saúde.

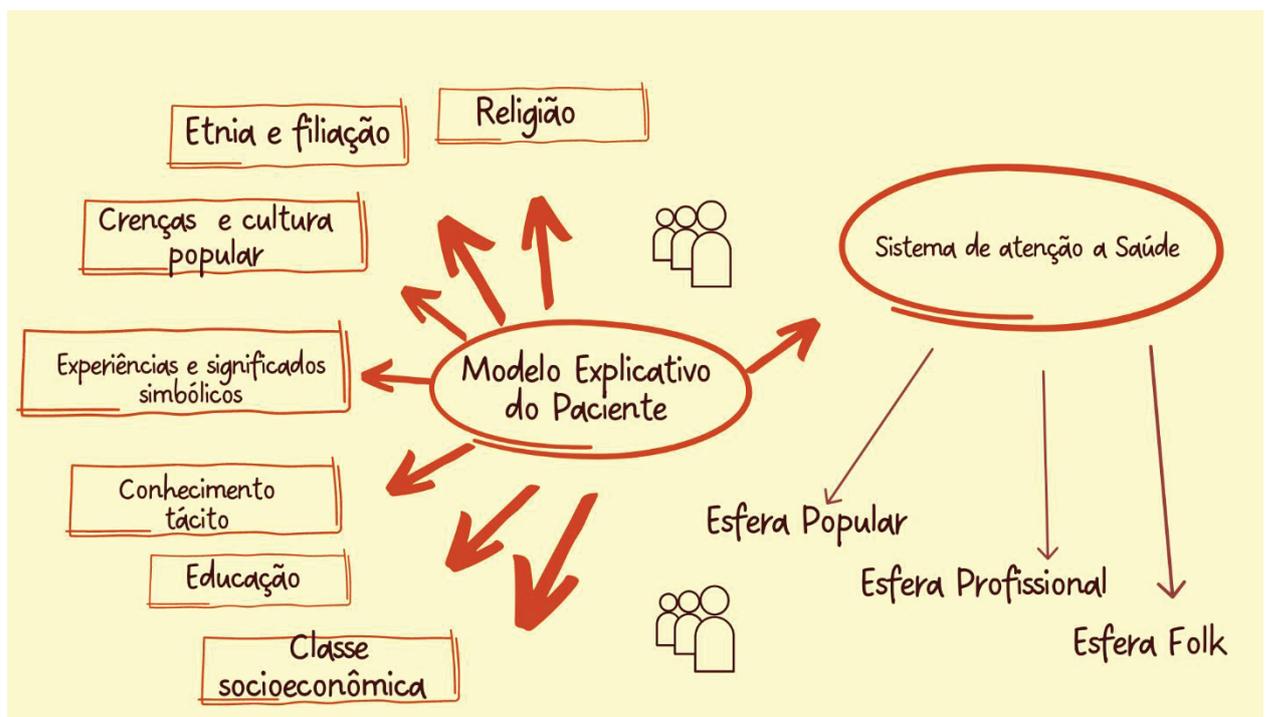
Em cada esfera, seus representantes possuem modelos explicativos diferentes para etiologia, sintomas, fisiopatologia e tratamento da doença. Possuindo normas de conduta, crenças, valores e expectativas específicas. Por exemplo, na esfera popular o doente é um amigo ou familiar, na esfera profissional esse mesmo doente passa a ser um paciente específico, e na esfera *folk* ele pode passar a ser um cliente específico. Os papéis são alterados conforme a pessoa passa pelos sistemas de cuidado à saúde. (KLEINMAN; GOOD, 1978; KLEINMAN, 1980).

Assim, à medida que as pessoas se movem de um sistema para outro, elas carregam consigo suas próprias crenças, normas e valores mesmo que seja de forma inconsciente, e acabam se deparando com outras crenças, normas e valores que podem alterar a sua experiência de doença. E é por meio das estruturas de relevância (importância que se dá a um certo problema) que os indivíduos decidem a importância do seu problema de saúde, onde avaliam a eficácia e o momento certo para ir em busca de outras medidas terapêuticas (KLEINMAN, 1980).

Os três setores citados pelo autor contribuem de formas diferentes nas respostas terapêuticas dos pacientes, desta forma, a cura, a doença crônica, a deficiência, a morte, a recorrência de doença e falha no tratamento são funções desempenhadas por todos os sistemas, sendo os cuidados em saúde vistos como um somatório das atividades desempenhadas (KLEINMAN, 1980).

Na figura 6, apresentam-se as bases para construção do modelo explicativo e a busca pelos Sistemas de Atenção à Saúde:

FIGURA 6- FORMAÇÃO DO MODELO EXPLICATIVO E A BUSCA PELOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE.



Fonte: A autora (2022).

Neste estudo a esfera popular foi caracterizada pelas medidas iniciais de alívio dos sintomas, onde as práticas de autocuidado foram iniciadas como uso de chás, automedicação,

massagem, uso de mel e amarração de um pano na cabeça para alívio da dor. As concepções de rotulagem da doença também foram identificadas. Visto que as decisões sobre o momento certo de buscar auxílio em outra esfera geralmente são derivas da esfera popular.

A esfera profissional se caracterizou pela busca de atendimento dos sistemas profissionais de cura, iniciando a busca pelo diagnóstico na atenção primária e consultórios particulares. A ida e vinda ao serviço de pronto socorro até a hospitalização, transferência inter hospitalar, intubação e hospitalização em leito de UTI representaram essa esfera durante a fase aguda da doença. Após a alta hospitalar a busca por cuidados profissionais se manteve com objetivo de melhora, recuperação e amenização de sequelas.

A esfera *folk* foi marcada pela presença constante de orações e devoção a Deus na busca pela sustentação espiritual durante o processo de hospitalização. Deus foi visto como fonte de cura e alento em situações de doença grave que rompem com a proteção familiar. A busca por padres e igrejas não foi evidente, o que nos leva a crer que o isolamento e possibilidade de disseminação da doença tenha sido um empecilho. Após a alta hospitalar a busca pela esfera *folk* se manteve como forma de agradecimento.

## 5 METODOLOGIA

Nesta seção serão apresentados os métodos utilizados para o desenvolvimento desta pesquisa, incluindo tipo de estudo, caracterização dos locais onde o estudo foi realizado, participantes, coleta e análise dos dados e aspectos éticos.

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e exploratória. A pesquisa qualitativa, segundo Creswell (2021), é uma abordagem voltada para a exploração e compreensão que indivíduos ou grupos atribuem a determinado problema social ou humano. Os pesquisadores que utilizam esse tipo de investigação valorizam um estilo indutivo, focando no significado individual e importância do relato da complexidade da situação. Segundo o autor, a pesquisa envolve perguntas e procedimentos de coleta de dados geralmente realizadas no ambiente do participante.

Em concordância Stake (2016) lembra que o raciocínio da pesquisa qualitativa se baseia essencialmente no conhecimento e percepção humana. Sendo a investigação qualitativa uma proposta interpretativa, baseando-se nas relações humanas, experiencial com foco no empírico, situacional com uma abordagem mais holística defendendo que cada momento é único buscando compreender as percepções individuais, unindo o conhecimento prático, clínico e profissional.

A abordagem da pesquisa exploratória consiste em uma das etapas iniciais em que o pesquisador busca descobrir se existe um fenômeno a ser estudado. Nos estudos descritivos ocorre a exploração de um fenômeno para posterior descrição de forma íntegra, com o objetivo de compará-lo com outros (CRESWELL, 2021). Segundo Pereira (2019), às vezes o objetivo da investigação acaba sendo o próprio método, onde se busca identificar pontos pouco conhecidos.

Neste estudo coletou-se informações de vida e trajetória dos participantes sobre determinado fenômeno — itinerário terapêutico dos sobreviventes pós-COVID-19 — e, alinhada à narração desses participantes, como Creswell (2021) observa, que consiste no estudo sobre a vida dos participantes, em que o pesquisador indaga sobre sua vida, utilizando as informações para criar uma ordem cronológica.

## 5.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O campo de estudo transcorreu no município de Itapiranga, localizado no Extremo Oeste do estado de Santa Catarina, conforme a figura 7, na divisa com o estado do Rio Grande do Sul e com a República da Argentina. Iniciou a colonização no ano de 1926, através da Sociedade União Popular (*Volksverein*) por famílias de descendentes alemães católicos. Na época, a colônia estava na jurisdição da cidade de Chapecó e foi denominada de “Porto Novo”. Em 1929 o nome da colônia foi modificado para Itapiranga, que significa, em tupi-guarani, “Pedra Vermelha”, ocorrendo sua emancipação político-administrativa em 14 de fevereiro de 1954 (PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIRANGA, 2020).

FIGURA 7 -IMAGEM ÁREA DA CIDADE DE ITAPIRANGA/SC



FONTE: Prefeitura Municipal de Itapiranga (2021a).

Atualmente o município conta com uma população de 17.007 habitantes, divididos entre área urbana e rural com 27 comunidades segundo o censo de 2020. A cultura alemã predomina no município, sendo a base da economia agropecuária, com destaque à avicultura, bovinocultura de leite, suinocultura, cultivo de milho, fumo e dos mais variados produtos agrícolas. Na geração de empregos está a indústria de transformação, que compreende a agroindústria, abatedouros e derivados, indústrias de móveis, estofados e marcenarias. A maior agroindústria instalada no município possui aproximadamente três mil funcionários e atua no ramo de exportação de aves. O município conta com mais de 830 estabelecimentos comerciais,

incluindo indústria, comércio e profissionais autônomos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020).

Em termos de saúde o município conta com seis postos de saúde, que abrangem as áreas rurais e urbanas. Conta com o suporte do Hospital Sagrada Família-HSF construído em 1938, que durante 70 anos esteve a cargo das Irmãs da Divina Providência e desde 2020 é administrado pelo Instituto Santé. Considerado um hospital de média complexidade, com atendimento via Sistema Único de Saúde (SUS), convênios e particular. A unidade hospitalar possui 64 leitos de internação, divididos em três andares, sendo o primeiro andar constituído pelo setor administrativo, pronto-socorro, centro cirúrgico, consultórios médicos e leitos de observação. O segundo andar com sala de pré-parto e parto, leitos de internação de clínica geral adulto e pediátrico, alojamento conjunto e leitos cirúrgicos. O terceiro andar possui 26 leitos de internação, divididos entre quartos de isolamento e internação adulto. Atende as especialidades de ortopedia, ginecologia e obstetrícia, vascular, cirurgia geral, otorrinolaringologia, urologia, anestesiologia e pediatria (INSTITUTO SANTÉ, 2020).

### 5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A população do estudo foi composta por 10 sobreviventes da COVID-19, moradores do município de Itapiranga-SC, que foram infectados pelo SARS-CoV-2 e apresentaram formas graves da doença, necessitando de leito de UTI. Para seleção dos participantes foi utilizada a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), com posterior consulta aos prontuários físicos do hospital e prontuários eletrônicos da Unidade Básica de Saúde.

#### 5.3.1 Prontuário dos sobreviventes da COVID-19

Os critérios de inclusão do prontuário dos sobreviventes foram:

- Estar sob a guarda da Unidade Hospitalar do Município e das Unidades Básicas de Saúde;
- Prontuário com o endereço completo do usuário no registro de identificação; com informações completas sobre diagnóstico positivo ou positividade pelos exames de imagem e critérios clínicos, exames realizados, medidas de suporte e transferência hospitalar.

Os critérios de exclusão foram:

- Prontuário com registro de COVID-19, porém sem histórico de hospitalização, apenas de observação;
- Prontuário com registro de confirmação para COVID-19 pós-óbito.

### 5.3.2 Grupo de pessoas sobreviventes da forma grave da COVID-19

Os Critérios de inclusão dos usuários do Serviço de Saúde foram:

- Ser maior de 18 anos;
- Ter comunicação oral preservada;
- Ter histórico de diagnóstico positivo para COVID-19 no período compreendido de abril/2020 a fevereiro/2022 e que foi hospitalizado em Unidade de terapia intensiva, por apresentar a forma grave;
- Ter acuidade auditiva que possibilite a escuta e a comunicação verbal (o déficit auditivo será verificado mediante manifestação auto relatada ou laudo do participante);
- Residir no Município de Itapiranga/SC (de acordo com o Código de Endereçamento Postal - CEP) da residência.

O critério de exclusão foi:

- Ter déficit de compreensão e capacidade cognitiva que impossibilite a comunicação oral que será verificado através da aplicação do Miniexame do Estado Mental - MEEM (ANEXO 1).

### 5.3.3 Seleção e recrutamento dos participantes

A seleção dos participantes da pesquisa respeitou os critérios de inclusão e exclusão, sendo consultados todos os prontuários de pacientes que estiveram hospitalizados por COVID-19 no período estabelecido. Posteriormente foi realizada a consulta nos prontuários das Unidades Básicas de Saúde do município, selecionando apenas os elegíveis através dos critérios já estabelecidos. O recrutamento ocorreu por meio de contato telefônico disponível no prontuário.

O agendamento para coleta de dados foi definido em comum acordo com o participante através de contato telefônico registrado no prontuário; e, sendo apresentado o projeto, objetivos do estudo e esclarecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1). A definição do local para a realização da entrevista respeitou o local escolhido pelo participante.

## 5.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados iniciou após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos (CEP), do Centro Universitário FAI, de Itapiranga/SC.

Para a coleta de dados foram construídos os seguintes instrumentos pela mestranda:

1ª Ficha de caracterização sociodemográfica e clínica do sobrevivente da COVID-19 (APÊNDICE 2).

2º Roteiro da entrevista semiestruturada para o grupo de sobreviventes da COVID-19 (APÊNDICE 3).

Para a primeira etapa da coleta de dados entrou-se em contato com o hospital do município. A instituição disponibilizou as Autorizações de Internação Hospitalar ocorridas no período de abril de 2020 a fevereiro de 2022. Após consulta nas AIHs selecionou-se os prontuários físicos. Os prontuários ficam arquivados em uma sala específica, sendo organizados em caixas identificadas por mês e ano, havendo a separação dos prontuários de pacientes atendidos no pronto-socorro e pacientes que passaram por hospitalização.

A consulta nos prontuários ocorreu durante a semana, das 13h:00min às 17h:00min com disponibilidade de ficar o tempo necessário acordado com a funcionária responsável pelo setor. Realizou-se seleção prévia dos participantes através do diagnóstico registrado na AIH e consultou-se todos os prontuários e arquivos para o período estabelecido devido à inconsistência dos registros do diagnóstico inicial e prontuários arquivados em locais errados.

A coleta de dados nos prontuários da Unidade hospitalar aconteceu no período de abril a maio de 2022, totalizando em torno de 22 dias de coleta alternados. O tempo transcorrido foi necessário para a localização de alguns prontuários, que inicialmente não haviam sido localizados devido a mudanças na sala de arquivos. Totalizando inicialmente 17 prontuários com critérios elegíveis para participação na pesquisa.

Posteriormente realizou-se contato com a enfermeira da Secretária de Saúde do Município, após elucidação dos objetivos da pesquisa, transcorreu-se para o agendamento das datas para consulta aos prontuários. Datas pré-estabelecidas para não atrapalhar o funcionamento da unidade. Para consulta aos prontuários eletrônicos utilizou-se *login* e senha para visitante, criados em momento anterior pelo setor responsável.

A consulta aos prontuários eletrônicos de atenção primária ocorreu em dois momentos com horário estabelecido das 13h:00min às 17h:00min, horário de funcionamento da unidade. Devido à facilidade de acesso aos prontuários eletrônicos não houve necessidade de mais encontros.

Após a consulta aos prontuários da atenção primária o número de participantes elegíveis reduziu para 12, pois dos 17 estabelecidos inicialmente, dois foram a óbito, dois não residiam mais no município e um foi transferido para uma casa de repouso em outro município.

A segunda etapa deu sequência ao recrutamento dos participantes através de contato prévio por meio de telefonema ou mensagem pelo *WhatsApp*. Primeiramente procedeu-se com a apresentação da mestranda e posteriormente elucidação da pesquisa e objetivos pretendidos, necessitando ainda a confirmação do participante sobre sua internação na UTI por COVID.

Antes de iniciar as entrevistas, realizou-se um teste piloto com três pessoas que foram diagnosticadas com COVID-19, mas não desenvolveram a forma grave, para o refinamento do roteiro da entrevista; e, não foram incluídos no estudo.

Após o contato inicial, a maioria dos participantes aceitou participar da pesquisa, sendo dois excluídos por não atender os critérios de internação na UTI. As entrevistas foram agendadas nas datas, horários e locais escolhidos pelos participantes. O local elegível pela maioria dos participantes foi em sua própria residência, sendo a sala de estar o local mais escolhido. Apenas um participante optou por realizar no escritório em anexo à casa.

Antes de iniciar a entrevista, a mestranda realizou a auto apresentação e as explicações sobre o projeto, elucidações de dúvidas, direito a interrupção a qualquer momento, assinatura do TCLE, acolhimento e fortalecimento da confiança para uma entrevista tranquila e fidedigna. Medidas de biossegurança para a realização das entrevistas devido à pandemia foram adotadas, como uso de máscara, fornecimento de álcool em gel e distanciamento de 1,5m do participante. Os aparelhos gravadores passaram por desinfecção com álcool 70% antes e após o uso. As entrevistas foram gravadas em áudio em formato mp3 com dois aparelhos digitais de gravação.

A duração das entrevistas apresentou variação entre 36 minutos a 1h:30 minutos. O tempo real do encontro variou entre 1h:00 e 2h:00. Após o término, a mestranda permaneceu no local para elucidar eventuais dúvidas e agradecer pela participação, deixando o local de forma respeitosa pela experiência compartilhada. Após a transcrição das entrevistas, elas foram encaminhadas aos participantes para validar as informações.

Na entrevista qualitativa, segundo Creswell (2021), o pesquisador conduz a entrevista frente a frente com o participante, fazendo perguntas geralmente abertas e em pequeno número com o objetivo de buscar a concepção e opinião do entrevistado. Desta forma, a entrevista deve levar em consideração o objetivo de melhorar a situação humana e o conhecimento científico, ocorrendo através de uma interação sensível, sem causar interferências por parte do entrevistador (CRESWELL, 2014).

## 5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise de dados foi utilizado Creswell (2021), que descreve a organização e análise como um processo no qual o pesquisador segue uma sequência de dados, do específico para o geral, realizando múltiplos níveis de análise. De forma geral, o objetivo da análise é extrair o sentido dos dados coletados, passando primeiramente por:

1. Organização e preparação dos dados para análise — consiste na etapa de transcrição da entrevista, escaneamento do material, digitação das anotações realizadas e separação em diferentes tipos. Etapa esta que, segundo Creswell (2021), oferece uma visão geral dos dados coletados. Foi realizada a transcrição na íntegra das entrevistas realizadas.

2. Leitura completa do material coletado — consiste na etapa em que o pesquisador começa a registrar seus pensamentos sobre os dados coletados, realizando anotações pessoais, podendo fazer uso de um caderno de rascunho (CRESWELL, 2021). Após a transcrição na íntegra, foi realizada a leitura completa de todas as entrevistas realizadas.

3. Codificação dos dados — etapa realizada de forma manual ou com uso de software qualitativo; processo responsável pela codificação e agrupamento das partes em blocos, ao se realizar a codificação mantém-se os dados de texto, apenas extraindo palavras ou termos semelhantes encontrados, transformando-os em uma categoria, essa categoria será descrita por um termo, que seja da linguagem original do participante (CRESWELL, 2021).

4. Descrição e temas — É uma apresentação detalhada sobre pessoas e locais, pode ser realizada através de codificação que será útil para gerar um pequeno número de temas. Os temas poderão ser usados como títulos nas seções do trabalho, considerando que devem ser validados através de evidências (CRESWELL, 2021).

5. Representação da descrição e temas — etapa em que ocorre a representação dos temas dentro da narrativa. Para Creswell (2021) esta é a fase em que se descreve a análise dos dados, podendo ser realizada por ordem cronológica dos acontecimentos ou uma discussão com vários temas interconectados, ilustrados com figuras, discussões ou citações.

Segundo o autor, a análise de dados poderá ocorrer de forma simultânea com outras fases do estudo qualitativo. Os dados devem passar por um processo de enxugamento, sendo esta etapa responsável por agrupar os dados em temas, que consiste em focar em alguns dados e esquecer outros, pois a pesquisa qualitativa é rica em texto e imagens, não tornando possível o uso de todas as informações.

A análise de dados ocorreu de forma manual, que, segundo Creswell (2021), o objetivo é extrair sentido dos dados coletados percorrendo cada linha do texto, analisando transcrições

e codificando as informações em agrupamentos de dados, para posterior descrição dos temas. O tratamento dos dados brutos ocorreu de maneira significativa, sendo os resultados utilizados para confrontação com o referencial teórico utilizado e alcance dos objetivos esperados.

## 5.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Esta dissertação foi submetida à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos do Centro Universitário FAI polo Itapiranga-SC, com o CAAE 53899221.9.0000.8064 e parecer de aprovação 5.163.229 (ANEXO 2).

O projeto respeitou os preceitos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo a participação de seres humanos. Desta forma, a pesquisa só foi iniciada após aprovação do CEP.

Aos participantes da pesquisa foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1), o qual refere sobre a participação voluntária na pesquisa, bem como, a explicitação da natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais de risco e incômodos que este possa acarretar. Além disso, os participantes foram informados do direito de desistir da pesquisa a qualquer momento, não implicando em danos, nem penalizações ou prejuízos para si (BRASIL, 2012). O TCLE foi assinado em duas vias, de igual teor, uma ficando na posse da pesquisadora responsável e outra com o participante.

Todos os materiais coletados ficarão de posse da pesquisadora principal/orientadora e mestranda, arquivados em meio digital (*pen drive*) por um período de cinco anos e depois descartados. As entrevistas, após a transcrição e validação dos participantes, foram desgravadas. Garantiu-se a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando o anonimato dos participantes da pesquisa, através da seguinte codificação: Grupo de sobreviventes: letra “P” (participante), 01 a n (número em algarismos arábicos em ordem crescente dos participantes); exemplo: P1, P2, P3.

O código foi registrado no item identificação, no instrumento de caracterização dos participantes. Os valores culturais, morais, sociais e religiosos, bem como costumes dos participantes foram respeitados.

## 6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta seção tem por objetivo apresentar os itinerários dos participantes e discutir as categorias que surgiram das entrevistas concedidas. A construção das categorias baseou-se nas narrativas dos participantes. Após a apresentação dos itinerários individuais, procedeu-se a discussão e comparação com a literatura. O agrupamento de dados gerou seis categorias descritas a seguir: Percepções do adoecimento repentino; Esfera popular e a práxis do autocuidado; Esfera profissional e a busca pela resolutividade; Esfera profissional e a vivência da COVID-19 grave; Transcendência como fonte de melhora e recuperação, e da fase aguda para as sequelas imprevisíveis.

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SOBREVIVENTES DA COVID-19 E SISTEMAS DE CUIDADO UTILIZADOS

**Participante 1:** Sexo masculino, 42 anos, católico, casado, possui um filho, trabalha como eletricitista em uma empresa privada, cor da pele parda, reside com a esposa e filho na zona urbana de Itapiranga-SC. Não possui comorbidade ou vícios, pratica atividades físicas três vezes na semana. Na época do diagnóstico não havia iniciado a vacinação contra COVID-19 no município. P1 iniciou com sintomas de cefaleia intensa e falta de apetite, na época estava em isolamento pois sua esposa positivara para SARS-CoV-2. Procurou o serviço de saúde por duas vezes, na terceira vez foi hospitalizado. Permaneceu por dois dias e foi transferido pela ambulância da Unimed para o hospital de Caçador-SC, que fica a 387km de distância da cidade onde reside. Chegando, recebeu o kit COVID-19, realizou tomografia computadorizada de tórax que apresentou 50% de comprometimento pulmonar bilateral; posteriormente foi intubado. Devido à superlotação nos hospitais e indisponibilidade de leitos de UTI, novamente foi transferido para um hospital na cidade de Brusque-SC que fica a 340km de Caçador-SC. Devido à sedação o participante apenas se recorda de ter acordado em Brusque depois de 13 dias de intubação. Após 24 dias de internação recebeu alta e retornou 746km até sua residência. Optou por não fazer fisioterapia após a alta hospitalar, praticou caminhadas diárias e utilizou a medicação prescrita na alta; realizou uma consulta clínica, exames laboratoriais e de imagem (USG); um mês após a alta hospitalar apresentava alteração nos exames que, após três meses, normalizaram. Retornou ao trabalho após três meses de afastamento. Após seis meses da internação, consultou com o pneumologista e realizou uma nova tomografia apresentando

100% de recuperação pulmonar. Atualmente realizou as imunizações contra COVID-19.

O Quadro 9 apresenta a reconstituição da trajetória realizada por P1.

QUADRO 9- RECONSTITUIÇÃO DA TRAJETÓRIA REALIZADA POR P1

24/02/21 Início dos sintomas	Sinais e sintomas: dor de cabeça e falta de apetite Fez automedicação, chá e amarrou pano na cabeça		Esfera popular
25/02/21 Atendimento n°1: Posto de Saúde	Sinais e sintomas: cefaleia, febre e mialgia há 1 dia, afebril. Spo2 98%. Iniciou uso de Azitromicina, Dipirona e Ibuprofeno.		Esfera popular
25/02/21	Início do Isolamento		↓ e ↑ profissional
27/02/21	2019-ncov antígeno test: Positivo com 3 dias de sintomas Coletou o teste na empresa onde trabalha		
02/03/21 Atendimento n°2: Pronto Socorro	Sinais e sintomas: dor no corpo, dispneia, tosse, fraqueza, tontura e cefaleia. Realizou raio-x e foi medicado com: Decadron, Dipirona, Plasil, Soro Fisiológico e Frutovitan. Liberado em seguida	Medicações prescritas e uso de chás.	
04/03/21 Atendimento n°3: Pronto socorro	Internou no 9º dia de sintomas e positivo há 6 dias. Diagnóstico: Infecção por coronavírus de localização não especificada. Sinais e sintomas na internação: cansaço, inapetência, astenia taquipnéia, Spo2 92% em ar ambiente. Dispneia, dor de garganta, tosse, coriza, cefaleia, febre. Utilizou oxigênio na admissão, medicação e pronação. Iniciou antibioticoterapia com Ampicilina+Sulbactam Realizou raio-x e coletou exames laboratoriais: HMG Completo, Creatinina, Ureia, TGO, TGP, GGT, Sódio, K, PCR		Esfera profissional
06/03/21 Data da transferência	Transferido para o Hospital da Unimed- Caçador-SC (387km). Transporte realizado pela ambulância da Unimed.		Esfera folk
06/03/21 Hospital da Unimed- Caçador/SC	Utilizou coquetel e foi intubado com 11 dias de sintomas e positivo há 8 dias. Realizou orações antes da intubação		↓ e ↑ profissional
Sem vaga de UTI, novamente transferido			
07/03/21 Transferido para Brusque-SC	Transferido por mais 340km Tomografia com 50% comprometimento pulmonar		
Ficou 13 dias intubado e recebeu alta para enfermaria.			
24/03/21 Alta hospitalar	Alta hospitalar após 13 dias na UTI, 5 dias na enfermaria e 20 dias de internação ao total. Viajou 746km para retornar pra casa		Esfera profissional

Sequelas agudas pós-COVID	Fadiga e diminuição da resistência	Esfera popular e profissional
Acompanhamento pós-COVID	Não realizou fisioterapia por opção própria, realizou caminhadas e utilizou medicação prescrita por um mês e meio. Reconsulta com clínico geral um mês após a alta (exames laboratoriais e de imagem alterados). Reconsulta com pneumologista 6 meses após a alta Realizou tomografia que apresentou 100% de recuperação pulmonar após 6 meses	
Sequelas COVID longa	Recuperação total em 3 meses com retorno ao trabalho sem sequelas relatadas.	

Fonte: A autora (2022).

**Participante 2:** Sexo masculino, 41 anos, católico, casado, possui um filho, trabalha como representante comercial, ensino superior completo, cor da pele branca, domiciliado na zona urbana de Itapiranga-SC, juntamente com sua esposa e filho. Apresenta sobrepeso e hipertensão arterial sistêmica, em uso de losartana 50mg. Não praticava atividades físicas, nega vícios e não havia sido vacinado contra a doença. Iniciou com sintomas de dor de ouvido, cansaço e febre, procurou o posto de saúde para o primeiro atendimento; posteriormente um consultório particular e até a hospitalização havia realizado mais duas consultas no pronto socorro. Internou no hospital do município e posteriormente foi transferido para o hospital regional mais próximo (70km), permanecendo na enfermaria por três dias, quando foi transferido para UTI. Não necessitou ser intubado, fez uso de ventilação não invasiva (VNI). Após 5 dias de internação na UTI retornou para a enfermaria e após 16 dias recebeu alta hospitalar. Realizou 70 sessões de fisioterapia e após quatro meses uma tomografia computadorizada de tórax apresentou 100% de recuperação pulmonar, porém refere ter ficado com sequelas relacionadas à memória. Realizou imunização contra COVID-19 posteriormente.

O Quadro 10 apresenta a reconstituição da trajetória realizada por P2.

QUADRO 10- RECONSTITUIÇÃO DA TRAJETÓRIA REALIZADA POR P2

03/04/21	Início dos sintomas	Dor de ouvido, cansaço, febre. Não fez uso de medidas terapêuticas.	
05/04/21	Atendimento nº1: Posto de saúde	Queixas de dor de ouvido e febre.	
05/04/21		Teste laboratório particular: Antígeno positivo com 2 dias de sintomas.	

05/04/21	Atendimento n°2: Consultório particular	Kit COVID: vitaminas, zinco, Ivermectina, Cloroquina e antibiótico.	Esfera profissional
06/04/21		Início do isolamento	
09/04/21	Atendimento n°3: Pronto-socorro.	6º dia de sintomas e 4º dia de positividade. Consultou, fez medicação endovenosa e foi liberado. Manteve febre a noite, utilizou toalhas molhadas para controle de temperatura.	Esfera Popular e profissional
10/04/21	Atendimento n°4: Pronto-socorro	Febre e dor no corpo. Medicado e liberado.	Esfera profissional
12/04/21	Hospital e consultório particular	Realizou raio-x no hospital devido à piora dos sintomas. Apresentou raio-x no consultório médico particular e foi encaminhado para hospitalização.	
12/04/21	Internação no hospital do município	COVID positivo há 7 dias, sintomas há 9 dias. Sinais e sintomas: dispneia e febre por períodos. Diagnóstico: Infecção por coronavírus de localização não especificada. Iniciou oxigenoterapia na admissão, coletou exames laboratoriais: HMG, VHS, ureia, creatinina, parcial de urina, PCR, creatina fosfoquinase.	
12/04/21	Encaminhado para tomografia	Conduzido com ambulância da prefeitura por 70km para realizar tomografia. Após o exame retornou para o hospital de origem.	
12/04/21	Data da transferência	Foi transferido para o Hospital Regional Terezinha Gaio Basso (70km distância). Tomografia com 70% de comprometimento pulmonar. Permaneceu 3 dias na enfermaria e foi transferido para UTI. Realizava orações para sua melhora.	
16/04/21		Permaneceu na UTI por 5 dias, não necessitou de intubação. Ventilação não invasiva, pronação, medicação, fisioterapia. TC 80% comprometimento pulmonar.	Esfera <i>folk</i> e Profissional
21/04/21		Alta da UTI. Retornou para enfermaria.	Esfera Profissional
27/04/21		Ficou 5 dias na UTI e 16 internado. Alta hospitalar.	
	Sequelas agudas pós-COVID	Fadiga e lapsos de memória.	
	Acompanhamento pós-COVID	30/04/22 realizou sessões de fisioterapia pelo posto de saúde até 06/21. Não fez uso de medicamentos.	Esfera Profissional

	Acompanhamento pelo posto e reconsulta com pneumologista. TC 4 meses após a alta 100% recuperação pulmonar	
03/05/21 Consultou no posto de saúde	Queixas de febre, saturando 95% e presença de sibilos na ausculta. Solicitado Raio-x.	
17/05/21 Consulta no Posto de saúde	Apresentou Raio-x.	
Sequelas COVID longa	Lapsos de memória.	

Fonte: A autora (2022).

**Participante 3:** Sexo masculino, 26 anos, casado, pai de dois filhos, católico, trabalha em uma indústria alimentícia, cor da pele parda, ensino médio completo, domiciliado na zona rural de Itapiranga-SC juntamente com sua esposa e um filho, o outro reside com a mãe. Não possui comorbidades ou vícios, joga futebol uma vez por semana. Na época não havia iniciado a vacinação contra a COVID-19 no município. Iniciou com sintomas e foi procurar o primeiro atendimento quatro dias depois no posto de saúde, referindo tosse, febre, perda de olfato e dor de garganta. No primeiro atendimento foi encaminhado ao hospital do município, realizou o teste e positivou. Ficou internado por quatro dias. Foi transferido pela ambulância da prefeitura municipal para o hospital regional mais próximo (70km). Realizou exames, foi estabilizado e encaminhado para enfermaria, após dois dias apresentou piora e foi encaminhado para emergência, sendo transferido para UTI e intubado. Após a intubação ficou alguns dias na UTI e posteriormente recebeu alta para enfermaria permanecendo por três dias e recebeu alta hospitalar. Retornando para sua residência não fez acompanhamento pós-COVID; retornou ao trabalho em 45 dias, e quanto às sequelas refere que ficou com raciocínio lento e memória afetada, referindo lapsos de memória. Realizou as imunizações contra a COVID-19 em momento oportuno.

O Quadro 11 apresenta a reconstituição da trajetória realizada por P3.

QUADRO 11- RECONSTITUIÇÃO DA TRAJETÓRIA REALIZADA POR P3

18/07/21 Início dos sintomas	Sinais e sintomas: Febre, perda do olfato, dor de garganta e tosse. Utilizou mel com limão, chá de marcela, camomila e fez automedicação	Esfera popular
22/07/21 Atendimento nº1: Posto de saúde	Febre, tosse, dispneia, dificuldade respiratória, mal-estar, murmúrios vesiculares diminuídos, saturação 93%. Iniciou tratamento com Azitromicina, Ibuprofeno, Dipirona, Carbocisteína, Loratadina e Sorine.	

	Encaminhado ao hospital.	Esfera profissional
22/07/21	Início do isolamento	
22/07/21 Atendimento n°2: Pronto socorro	Encaminhado para hospitalização com 4 dias de sintomas. Queixas de febre, perda de olfato e paladar, cefaleia, tosse seca, sibilos a ausculta e MV diminuídos. Diagnóstico: Infecção por coronavírus de localização não especificada. Realizou Raio-x, medicação, pronação e coletou exames laboratoriais: HMG, ureia, creatinina, K, NA, PCR	
23/07/21	Coleta do teste para COVID, realizado no hospital SARS-CoV-2 antigen test positivo com 5 dias de sintomas.	
24/07/21	Iniciou oxigenoterapia	
26/07/21 Data da transferência	Transferido com ambulância da prefeitura para o hospital regional de referência (70Km) Estabilizado na emergência e encaminhado para enfermaria. Realizou TC, medicação e oxigenoterapia e pronação.	Esfera <i>folk</i> ↓ e ↑ Profissional
28/07/22	Retornou ao pronto socorro, foi intubado e admitido na UTI. Intubado com 10 dias de sintomas e positivo há 5 dias. Realizou pronação, ventilação mecânica, medicação, suporte nutricional, fisioterapia.	
14/08/22 Alta da UTI	Ficou 7 dias intubado. Recebeu alta para enfermaria. Realizava orações e ouvia louvores para se acalmar.	
17/08/22 Alta hospitalar	Ficou 3 dias na enfermaria e recebeu alta hospitalar após 20 dias de internação ao total.	Esfera popular e Profissional
Acompanhamento pós-COVID	Não realizou. Recebeu massagens nas costas feita pela esposa e fez uso de medicação prescrita. Retornou ao trabalho após 45 dias.	
COVID longa	Lapsos de memória, raciocínio lento e dor de cabeça abrupta	

Fonte: A autora (2022).

**Participante 4:** Sexo masculino, 41 anos, católico, casado, possui um filho, trabalha como frentista de posto de gasolina, nível superior completo, cor da pele parda, domiciliado na zona urbana de Itapiranga-SC, juntamente com sua esposa e filho. Não possui comorbidade ou vícios, frequentava a academia três vezes na semana e realizava caminhadas duas vezes por semana. Ainda não havia recebido vacina contra a COVID-19 no momento da hospitalização. Iniciou com sintomas de tontura, dor de barriga, febre e dor nas costas, procurou o posto de saúde no dia seguinte. Entrou em isolamento no domicílio, positivou com três dias de sintomas, subsequentemente procurou atendimento em mais dois momentos no pronto socorro, sendo

medicado e liberado. Na quarta vez procurou atendimento particular, foi encaminhado para internação hospitalar no município. Devido à gravidade do quadro foi transferido no mesmo dia para o hospital regional de referência (70km), foi intubado e encaminhado para a UTI permanecendo por 10 dias em coma. Ficou internado por 16 dias e recebeu alta hospitalar. Logo após a alta realizou fisioterapia pelo posto de saúde e acompanhamento com médico particular, permanecendo de momento as sequelas de fadiga e fraqueza devido à internação. Após um ano da alta hospitalar percebeu intensificação da fadiga, procurou um médico pneumologista, e iniciou uso de medicações inalatórias pois mantém uma perda da função pulmonar de 12%.

O Quadro 12 apresenta a reconstituição da trajetória realizada por P4.

QUADRO 12- RECONSTITUIÇÃO DA TRAJETÓRIA REALIZADA POR P4

26/07/21	Início dos sintomas	Dor de barriga, tontura, dor nas costas e febre. Recebeu massagem da esposa	Esfera popular
27/07/21	Atendimento nº1: Posto de saúde	Dor de garganta, tosse, vômito e mialgia. Solicitado isolamento e teste para COVID. Iniciou com Azitromicina, Ivermectina, Paracetamol e Acetilcisteína.	Esfera profissional
27/07/21		Início do Isolamento	
29/07/21		Realizou o teste rápido antígeno com resultado positivo com 3 dias de sintomas. Teste realizado no posto de saúde. Seguiu tomando a medicação prescrita	
29/07/21	Atendimento nº2: Pronto socorro à noite	Sem registro no prontuário.	
30/07/21	Atendimento nº3: pronto socorro	Sinais e sintomas: dor no corpo e fraqueza. COVID positivo há 1 dia. Foi medicado e liberado.	
31/07/21	Atendimento nº4 Consultório particular	Encaminhado para hospitalização	Esfera <i>folk</i> e profissional
31/07/21		Internou com 6 dias de sintomas, positivo há 2 dias. Sinais e sintomas: Fraqueza, cansaço, inapetência, dispneia. Diagnóstico: Infecção por coronavírus de localização não especificada. Realizou raio-x, medicação, iniciou oxigenoterapia coletou exames laboratoriais:HMG, ureia, creatinina, K, PCR, sódio.	
31/07/21		Transferido para o hospital de referência mais próximo (70km).	

	Transferência realizada pela ambulância do SAMU. Realizava orações pela sua melhora.	<p>Esfera <i>folk</i> e profissional</p>
01/08/21	Foi intubado no 6º dia de sintomas e 3º dia de positividade. Realizou orações antes da intubação. Ficou intubado por 10 dias na UTI. Recebeu suporte nutricional, fisioterapia, medicação e ventilação mecânica. Foi extubado dia 11/08/21.	
16/08/21	Recebeu alta hospitalar após 16 dias de internação.	
Sequelas agudas COVID	Fraqueza, fadiga, lesão por pressão no joelho devido à pronação.	
Acompanhamento pós-COVID	Realizou fisioterapia motora e respiratória no posto de saúde até final de setembro/2021. Manteve tratamento medicamentoso prescrito na alta. Realizou acompanhamento com médico particular, utilizou vitaminas e anticoagulantes. Retornou ao trabalho após 3 meses. Frequentou a igreja evangélica e católica como forma de agradecimento	
Retornou ao pneumologista após um ano	Queixas de cansaço intenso, realizou expirometria e falta recuperar 12% do pulmão, iniciou uso de medicações inalatórias.	
Sequelas COVID longa	Fadiga e lapsos de memória e falta recuperar 12% da função pulmonar	

Fonte: A autora (2022).

**Participante 5:** Sexo feminino, solteira, 59 anos, católica, cor da pele branca, possui um filho adotivo de nove anos, professora aposentada, curso superior completo, reside na zona rural Itapiranga-SC com sua mãe que é acamada e um irmão. Não possui vícios e não pratica atividades físicas, refere histórico de hipertensão arterial, hipotireoidismo, sobrepeso e TVP, faz uso contínuo de Puran 75mg, Enalapril 10mg 2x dia, Pantoprazol, Domperidona e AAS. Iniciou com sintomas de tosse, após quatro dias começou com febre e cansaço, foi procurar pelo primeiro atendimento em um consultório particular. Havia entrado em contato direto com a irmã que estava positiva. No 9º dia, com a progressão do cansaço, febre e abalo emocional pela perda da irmã por COVID-19 acabou sendo hospitalizada, positivando pelo teste rápido IGM reagente. Após dois dias de internação foi transferida para o hospital de referência (70km) e intubada no dia seguinte. Ficou 23 dias na UTI, posteriormente recebeu alta e foi para enfermaria. Após 3 dias na enfermaria foi transferida para o hospital de origem, onde

permaneceu por mais três dias, recebendo alta hospitalar após 34 dias de internação. Demorou em torno de três a quatro meses para conseguir retornar às atividades diárias sozinha. Realizou as vacinas contra a COVID-19 posteriormente. Permaneceu com sequelas relacionadas à fadiga, lapsos de memória, diminuição da acuidade visual e auditiva, e falta recuperar 20% da função pulmonar, considerando que no final de 2021 apresentou trombose venosa profunda em perna direita, necessitando de tratamento e repouso por 21 dias. Mantém acompanhamento médico devido a fadiga crônica.

O Quadro 13 apresenta a reconstituição da trajetória realizada por P5.

QUADRO 13 - RECONSTITUIÇÃO DA TRAJETÓRIA REALIZADA POR P5

04/03/21	Início dos sintomas	Sinais e sintomas iniciais: Tosse. Utilizou xarope e chás de limão com laranja e mel.	Esfera popular
08/03/21	Atendimento n°1: Consultório particular	Sinais e sintomas: Tosse, febre e cansaço 4º dia de sintomas. Iniciou com medicação prescrita na consulta.	Esfera profissional
08/03/21		Início do isolamento.	
13/03/21	Data da internação	Enterro da irmã que faleceu por COVID-19. Diagnóstico: Suspeita de COVID-19. Sinais e sintomas: tosse, dispneia e ansiedade, sintomas há 9 dias. Realizou Raio-x na admissão e foi encaminhada para internação. Orações como fonte de melhora e superação da perda	Esfera <i>folk</i> e profissional  e 
14/03/22		Teste rápido realizado no hospital IGM reagente com 10 dias de sintomas.	
16/03/22	Data da transferência	Diagnóstico: Infecção por coronavírus de localização não especificada. Exames coletados: LDH, Fibrinogenio, PCR, GAMA-GT, Acido Urico, Creatinina, VHS, Glicemia, Ureia, TGO, TGP, HMG. Transferida para hospital de referência com ambulância do SAMU Orações e novena realizadas pela família	
17/03/21	Data da intubação	Diagnóstico: Infecção por coronavírus de localização não especificada/Pneumonia. Intubada e encaminhada para UTI com 13 dias de sintomas e 3 dias de positividade. Realizou traqueostomia no dia 01/04/21 Realizou antibioticoterapia com: Piperacilina/Tazobactan, Polimixina, Meropenen, Vancomicina. Utilizou antifúngico Fluconazol.	

	Realizou fisioterapia, acompanhamento nutricional, manteve alimentação via sonda, ventilação mecânica, medicação e pronação. Ficou na UTI por 23 dias.	Esfera profissional ↓ e ↑ folk
11/04/21 Alta da UTI	Encaminhada para enfermaria onde ficou por 3 dias. Retirou a traqueostomia, reintrodução da alimentação por via oral, manteve oxigenoterapia. Posteriormente recebeu alta para o hospital de origem.	
14/04/21 Transferência para hospital de origem	Estava acamada. Realizou pronação e medicação. Ficou internada por 3 dias.	
17/04/21 Alta hospitalar	Recebeu alta hospitalar após 34 dias de internação. Foi para casa do irmão pois ainda estava dependente de cuidados. Retornou para sua casa 01/05/21.	Esfera profissional, popular e folk
Acompanhamento pós-COVID	Realizou fisioterapia particular e posteriormente pelo posto de saúde até 09/21. Reconsulta com o pneumologista, cardiologista e clínico geral. Manteve tratamento medicamentoso associado ao uso de chás e vitaminas.	
Sequelas agudas da COVID	Fraqueza, fadiga, dificuldade para caminhar, devido à diminuição da força motora. Retorno das atividades normais em 3 a 4 meses.	
Sequelas COVID longa	Fadiga, lapsos de memória, recuperou 80% da função pulmonar, diminuição da visão e audição. Apresentou trombose no final de 2021.	

Fonte: A autora (2022).

**Participante 6:** Sexo masculino, 65 anos, aposentado, casado, católico, pai de 3 filhos, ensino fundamental incompleto, cor de pele branca, reside na zona rural de Itapiranga-SC juntamente com sua esposa. Refere não ter vícios, não pratica atividades físicas, histórico de hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, dislipidemia e ex-tabagista. Em uso contínuo de metformina 500mg, ciprofibrato, alopurinol, lasix 40mg, selozok 50mg, losartana 50mg, anlodipino 5mg e atorvastatina. Iniciou com sintomas de tontura, mal-estar e cansaço, procurou atendimento no posto de saúde, e foi orientado a entrar em isolamento. Recebeu solicitação para realizar o teste para COVID-19. Após positividade procurou novamente atendimento médico no posto de saúde, sendo encaminhado ao hospital para internação. Iniciou com oxigenoterapia no primeiro dia e no segundo foi transferido para hospital de referência com disponibilidade de leito de UTI (100km). Ficou internado por 13 dias, não aceitou ser intubado. Permaneceu com sequelas relacionadas a fadiga e lapsos de memória. Atualmente não realiza mais

acompanhamento para sequelas. Realizou as imunizações contra a COVID-19 após a hospitalização.

O Quadro 14 apresenta a reconstituição da trajetória realizada por P6.

QUADRO 14- RECONSTITUIÇÃO DA TRAJETÓRIA REALIZADA POR P6

31/05/21	Início dos sintomas	Sinais e sintomas iniciais: tontura, cansaço e mal-estar Comprou medicação por conta própria.	Esfera popular
08/06/21	Atendimento n°1: Posto de saúde	Sinais e sintomas: artralgia, tosse seca, cefaleia há 5 dias, nega febre e outros sintomas, spo2 95%, obeso. Liberado em seguida, iniciou isolamento e foi solicitado teste para COVID. Recebeu Dipirona, Ibuprofeno e Acetilcisteína xarope.	Esfera profissional
08/06/21		Início do isolamento	
10/06/21		Teste rápido anticorpo para detecção de SARS-COV-2 IGM+ Realizou o teste no posto de saúde.	
14/06/21	Atendimento n°2: Posto de saúde	Procurou atendimento no posto de saúde, como o médico estava de férias foi encaminhado para o hospital pela enfermeira. Sinais e sintomas: mialgia, cefaleia e cansaço Spo2 87%.	
14/06/21	Atendimento n°3: Pronto socorro	Sinais e sintomas: Tosse, cansaço e mal-estar, spo2 81%. Positivo há 4 dias e início dos sintomas há 14 dias. Encaminhado para internação hospitalar. Iniciou oxigenoterapia, realizou raio-x, medicação, não conseguia realizar pronação devido à obesidade. Iniciou antibioticoterapia com ampicilina+sulbactam. Coletou exames laboratoriais: HMG, VHS, ureia, creatinina, parcial de urina, PCR, creatina fosfoquinase.	
15/06/21	Data da transferência	Dispneia, esforço respiratório, hemoptise, oxigenoterapia a 15L/min. Encaminhado ao hospital de Maravilha-SC devido à indisponibilidade de leitos no hospital regional de referência (107km). Transporte realizado pelo SAMU. Foi encaminhado para UTI.	Esfera profissional ↓ e ↑ folk
15/06/21		Admissão na UTI onde permaneceu por 7 dias. Tomografia com 80% de comprometimento pulmonar. Não aceitou ser intubado. Manteve oxigenação por VNI. Realizava orações em busca de melhora.	
23/06/21		Alta da UTI. Permaneceu na enfermaria e posteriormente recebeu alta.	

25/06/21	Alta hospitalar com 13 dias de hospitalização.	
Sequelas agudas COVID.	Fraqueza, dificuldade para caminhar, cansaço e lapsos de memória. Retorno às atividades diárias em 30 dias.	Esfera profissional
Acompanhamento pós-COVID.	30/06/21 recebeu visita domiciliar do posto de saúde. Manteve tratamento com xarelto e duovent prescritos na alta. Consultou com o médico cardiologista e pneumologista, realizou tratamento e acompanhamento por 3 meses.	
Sequelas COVID longa.	Fadiga e lapsos de memória.	

Fonte: A autora (2022).

**Participante 7:** Sexo masculino, 42 anos, casado, católico, cor da pele branca, ensino superior completo, trabalha como coordenador de manutenção, reside na zona urbana de Itapiranga-SC juntamente com sua esposa e duas filhas, que não positivaram para COVID-19. Nega vícios e comorbidades, não praticava atividade física regularmente. Iniciou com sintomas de mal-estar, tosse, febre, mialgia e cefaleia. Procurou atendimento médico por duas vezes até internar. Ficou internado por 4 dias até ser transferido para o hospital da Unimed de Chapecó-SC, onde ficou internado por 5 dias e não precisou ser intubado. Uma semana após a alta hospitalar, internou novamente por dois dias e recebeu alta. Positivou no dia em que iria fazer a primeira dose da vacina para COVID-19. Nega sequelas no momento. Atualmente realizou as doses do imunizante para a doença.

O Quadro 15 apresenta a reconstituição da trajetória realizada por P7.

QUADRO 15- RECONSTITUIÇÃO DA TRAJETÓRIA REALIZADA POR P7

10/07/21	Início dos sintomas: mal-estar, tosse, febre, mialgia e cefaleia. Não fez uso de medidas terapêuticas.	
11/07/21 Atendimento nº1: médico do trabalho da empresa.	Consultou com o médico do trabalho da empresa. Encaminhado para realizar o teste. Recebeu receita e iniciou antibioticoterapia e medicamentos para febre, dor e broncodilatadores.	Esfera profissional
13/07/21	Início do isolamento	
13/07/21	Data da coleta do teste no posto de saúde com 3 dias de sintomas. Tipo de teste: RT-PCR positivo	
14/07/21 Atendimento nº2: médico do trabalho da empresa	Iniciou com dor lombar e hemoptise, fez reconsulta na empresa onde trabalha, iniciou com hidroxicloroquina, foi encaminhado ao hospital para administração de medicação e liberado em seguida.	

18/07/21 Atendimento nº3: Pronto-socorro	Hospitalização com 8 dias de sintomas e 5 dias de positividade. Sinais e sintomas: dispneia, fraqueza, mal-estar, tosse, inchaço, dor lombar e hemoptise. Iniciou oxigenoterapia, pronação, realizou raio-x e coletou exames laboratoriais: HMG, VHS, glicemia, ureia, potássio, sódio, PCR, creatinina, ácido úrico, D-dímero.	
22/07/21 Data da transferência	Transferido para o hospital da Unimed de Chapecó-SC com a ambulância do convênio (150km). Durante o trajeto iniciou com sangramento nasal e retal, apresentava trombocitopenia nos exames laboratoriais. Manteve orações durante o trajeto acompanhado pelo rosário que ganhou da filha. Realizou tomografia de tórax que apresentou 50% de comprometimento pulmonar. Foi encaminhado direto para UTI, onde permaneceu por 5 dias, não precisou ser intubado.	Esfera <i>folk</i> ↓ e ↑ profissional
27/07/21	Recebeu alta hospitalar e retornou para sua residência após 13 dias de internação.	
Sequelas agudas pós COVID	Fraqueza, fadiga, dificuldade para caminhar, lapsos de memória, trombose no braço	
Atendimento nº3: Pronto socorro	Procurou novamente atendimento após uma semana da alta hospitalar. Sinais e sintomas: dor torácica, tosse com sangue. Foi medicado e encaminhado para internação. Iniciou uso de enoxaparina. Após dois dias recebeu alta hospitalar.	
Acompanhamento pós-COVID	Iniciou fisioterapia particular. Consultou com médico cardiologista e recebeu anticoagulantes. Retorno das atividades normais em 2 a 3 meses. Retorno ao trabalho em 3 semanas	Esfera profissional
Sequelas COVID longa	Nega sequelas atualmente.	

Fonte: A autora (2022).

**Participante 8:** Sexo masculino, 59 anos, católico, cor da pele branca, ensino médio completo, trabalha como balanceiro numa empresa da JBS, casado pai de dois filhos, reside juntamente com a esposa e a filha na zona urbana de Itapiranga-SC. Não possui vícios e não pratica atividades físicas, porém relata ser uma pessoa ativa. Refere histórico de hipertensão arterial, dislipidemia e problemas na próstata em uso contínuo de Finasterida 5mg, Doxazosina 2mg, Atorvastatina 10mg e Metoprolol 25mg. Iniciou com sintomas de febre e dor de garganta, utilizou medidas não farmacológicas para alívio dos sintomas. Procurou atendimento médico

no pronto socorro, sendo liberado com receita médica e solicitação do teste e isolamento domiciliar. Após cinco dias de sintomas consultou no pronto socorro e foi encaminhado para hospitalização onde permaneceu por seis dias. Coletou vários testes para COVID-19 durante a internação, sem a confirmação laboratorial, sendo considerado positivo por critérios clínicos e de exames por imagem. A esposa do paciente positivou para COVID-19 na mesma época, porém não necessitou de internação. Apresentou piora do quadro e necessitou de intubação com nove dias de sintomas. Foi transferido para o hospital de referência e posteriormente transferido para outro hospital devido à indisponibilidade de leitos de UTI. Permaneceu internado por 30 dias, sendo 14 dias na UTI. Após a alta hospitalar realizou acompanhamento pós-COVID e nega sequelas tardias. Atualmente realizou todas as doses da vacina para doença, que na época ainda não estavam disponíveis.

O Quadro 16 apresenta a reconstituição da trajetória realizada por P8.

QUADRO 16- RECONSTITUIÇÃO DA TRAJETÓRIA REALIZADA POR P8

12/02/21	Início dos sintomas: dor de garganta, febre. Fez uso de chá de limão com alho e própolis em gotas.	Esfera popular
13/02/21 Atendimento médico nº1: Pronto Socorro	Consultou no pronto socorro com queixas de febre, coriza, cefaleia e dor no corpo.	Esfera Profissional
13/02/21	Início do Isolamento	
16/02/21 Atendimento nº2: Pronto socorro	Consultou e foi encaminhado para internação com diagnóstico de suspeita de COVID. Sintomático há 5 dias. Sinais e sintomas: febre, tosse, disfagia, inapetência, Spo2 92% em ar ambiente. Realizou raio-x, pronção, medicação e coletou exames laboratoriais: HMG, TGO, TGP, Ureia, Creatinina, Coagulograma, Potássio, Sódio, Gama-Gt, EQU. Iniciou antibioticoterapia com levofloxacino e azitromicina.	
20/02/21	Coletou o primeiro teste para COVID com 8 dias de sintomas IGG/IGM negativos.	

21/02/21	Coletou RT-PCR com resultado negativo. Posteriormente realizou mais 4 testes com resultados negativos. Foi considerado positivo por critérios clínicos e de imagem. Iniciou com oxigenoterapia. Relata piora da fraqueza, cansaço intenso e inapetência.	
22/02/21	Realizada intubação após 6 dias de internação e 9º dia de sintomas, transferido para o hospital de referência mais próximo (70km). Realizou orações antes de ser intubado. Transferência realizada com a ambulância do SAMU. Permaneceu em um leito de semi-UTI no hospital de referência aguardando transferência para UTI na cidade de Tubarão-SC. 22/02/21 a noite transferido para Tubarão-SC com a ambulância da Unimed (650km).	Esfera <i>folk</i> ↓ e ↑ profissional
23/02/21	Internou na UTI do hospital da Unimed em Tubarão-SC. Permaneceu por 14 dias na UTI. Tomografia com mais de 50% de comprometimento pulmonar.	Esfera Profissional
08/03/21	Alta para enfermagem, onde permaneceu por mais 9 dias, realizando acompanhamento com fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutrição, psicologia.	
16/03/21	Alta hospitalar após 23 dias de internação em Tubarão-SC. Retornou para sua casa (680km) após um total de 30 dias de internação hospitalar.	
Sequelas agudas pós-COVID	Perda de 18kg, fraqueza muscular, dificuldade de deglutição, lapsos de memória.	Esfera Popular ↓ e ↑ profissional
Acompanhamento pós-COVID	Realizou consulta com pneumologista. Tomografia de tórax dois meses após a alta, apresentou 100% de recuperação pulmonar. Realizou 30 sessões de fisioterapia pelo posto de saúde até 12/07/21. Manteve uso de medicação e vitaminas prescritas. Realizava caminhadas acompanhado pela esposa.	
Sequelas COVID longa	Recuperação total em 4 meses. Nega sequelas tardias.	

Fonte: A autora (2022).

**Participante 9:** Sexo feminino, 64 anos, casada, evangélica, cor da pele branca, ensino fundamental incompleto, aposentada, possui quatro filhos, reside na zona rural de Itapiranga-SC juntamente com seu esposo e um filho. Não pratica atividades físicas regularmente, nega vícios e comorbidades. Iniciou com sintomas de tosse e “*chiado no peito*”, procurou atendimento no posto de saúde. Iniciou antibioticoterapia e realizou a coleta do teste para COVID-19, positivando no mesmo dia. Internou após cinco dias de tratamento domiciliar, devido à gravidade do quadro foi transferida e intubada no mesmo dia, permanecendo por 24

dias na UTI, e a família foi chamada para se despedir. Após 26 dias de internação recebeu alta hospitalar, porém estava acamada e bem debilitada. Realizou acompanhamento médico, de fisioterapia e fonoaudiologia pelo posto de saúde. Após 45 dias voltou a caminhar com auxílio de um andador. Ainda mantém sequelas após-COVID. A participante perdeu seis pessoas da família para a doença. Atualmente realizou todas as doses do imunizante.

O Quadro 17 apresenta a reconstituição da trajetória realizada por P9.

QUADRO 17 - RECONSTITUIÇÃO DA TRAJETÓRIA REALIZADA POR P9

15/05/21	Sinais e sintomas: chiado no peito e tosse. Não fez uso de medidas terapêuticas.	
17/05/21 Atendimento n°1: Posto de saúde	Sinais e sintomas: vômito, diarreia, mialgia, desidratação, dispneia e dor nas costas. Iniciou o tratamento com Nimesulina, Paracetamol, Azitromicina, Dramin b6, Buscopan, soro de reidratação oral e hidróxido de alumínio.	Esfera Profissional
17/05/21	Realizou o teste rápido antígeno para COVID-19 com resultado positivo. Teste realizado no posto de saúde.	
17/05/21	Início do Isolamento	
22/05/21 Atendimento n°3: Pronto socorro	Consultou com queixas de dispneia, dor torácica com piora há 2 dias, tosse, êmese, inapetência e dor nos MMII. COVID positiva há 5 dias, início dos sintomas há 7 dias. Realizou raio-x e iniciou oxigenoterapia. Devido à gravidade do quadro, paciente foi transferida no mesmo dia.	
22/05/21	Transferida com a ambulância do SAMU para o hospital de referência (HRTGB), devido à indisponibilidade de leitos não deu entrada no hospital, foi encaminhada para hospital de Maravilha -SC (100km). Realizou orações.	Esfera <i>folk</i> e profissional  e 
22/05/21	Intubada e encaminhada para UTI onde permaneceu por 24 dias. Intubada com 5 dias de positividade e 7 dias de sintomas. Mesmo intubada, refere que falava com Deus e orava.	
15/06/21	Alta da UTI, encaminhada para enfermaria onde permaneceu por dois dias.	
17/06/21	Alta hospitalar após 26 dias de internação. Retornou para casa com ambulância da prefeitura pois ainda estava acamada.	

Sequelas agudas Pós-COVID	Perda de peso (20kg), lapsos de memória, estava acamada, dificuldade de fala e deglutição, presença de lesão por pressão na nádega esquerda, perda de cabelo. Demorou em torno de 45 dias a 2 meses para voltar a caminhar com ajuda de andador. Realizava orações como forma de agradecimento e melhora.	
Acompanhamento pós-COVID	Realizou sessões de fisioterapia particular e pelo posto de saúde. Acompanhamento com a fonoaudióloga e equipe do posto de saúde. Manteve uso de medicação e vitaminas prescrita na alta	
Sequelas COVID longa	Lapsos de memória, fraqueza nas pernas e dor lombar.	

Fonte: A autora (2022).

**Participante 10:** Sexo masculino, 32 anos, casado, católico, cor da pele branca, em estado civil completo, trabalha como representante comercial, reside na zona urbana de I... juntamente com sua esposa e dois filhos, que não positivaram para doença. Nega vícios e comorbidades, pratica atividade física regularmente. Não havia realizado nenhuma dose das vacinas para COVID-19, pois internou na mesma semana em que ocorriam as imunizações para sua faixa etária. Iniciou com sintomas de dor de barriga, diarreia, vomito e náuseas, fez uso de chá e automedicação. Após cinco dias procurou atendimento médico. Iniciou tratamento prescrito e realizou o teste, positivando no mesmo dia. Após 10 dias de sintomas e positivo há cinco dias, apresentou melhora dos sintomas iniciais, porém iniciou com hemoptise e tosse intensa, procurou atendimento médico no pronto socorro e foi encaminhado para internação. Foi transferido para um hospital de referência no dia posterior, onde internou na UTI intubado por 10 dias. Recebeu alta da UTI e foi encaminhado à enfermaria permanecendo por três dias, sendo transferido novamente para o hospital de origem, onde permaneceu por três dias e recebeu alta hospitalar. Realizou acompanhamento pós-COVID.

O Quadro 18 apresenta a reconstituição da trajetória realizada por P10.



Sequelas agudas pós-COVID	Dificuldade para caminhar, fraqueza, dificuldade para realizar atividades básicas como tomar banho.	<p style="text-align: center;">Esfera <i>folk</i>   e           profissional</p>
Acompanhamento pós-COVID	<p>Realizou fisioterapia em uma clínica particular em outra cidade por 36 dias e realizou acompanhamento com fisioterapeuta no município.</p> <p>Realizou caminhadas e atividades físicas gradativamente.</p> <p>Acompanhamento com médico pneumologista 20 dias após a alta, ainda havia 18% de comprometimento pulmonar. Manteve uso de corticoide e xarope prescritos (Prelone e Acetilcisteína).</p> <p>Realizou reconsulta com o pneumologista após 90 dias, nova tomografia com 100% do pulmão recuperado.</p> <p>Realizou acompanhamento com clínico geral.</p> <p>Retorno ao trabalho em 30 dias, atividades físicas em 60 dias.</p>	
Sequelas COVID longa	<p>Nega sequelas perceptíveis em relação à doença.</p> <p>Apresentou picos hipertensivos, ganho de peso expressivo e perda de sensibilidade na coxa após aplicação da medicação Tucilizumabe.</p> <p>Relata acordar durante a noite ouvindo som de monitores (Transtorno de Estresse Pós-Traumático).</p> <p>Visitou o santuário de Santa Paulina como forma de agradecimento.</p>	

Fonte: A autora (2022)

No quadro 19, apresenta-se a síntese dos participantes quanto à idade, tempo de hospitalização, sequelas causadas pela COVID-19 e subsistemas de saúde acessados no transcorrer do itinerário terapêutico.

QUADRO 19 – SÍNTESE DOS PARTICIPANTES, TEMPO DE HOSPITALIZAÇÃO, COVID LONGA E ESFERAS ACESSADAS

Participantes	Idade	Tempo de Hospitalização	COVID Longa	Esferas Acessadas
P1	41	13 dias intubado e 23 de hospitalização	Nega sequelas no momento da entrevista.	Popular, profissional e <i>folk</i>
P2	42	5 dias na UTI, não foi intubado, 16 dias de hospitalização	Lapsos de memória.	Profissional, popular e <i>folk</i>
P3	26	7 dias de intubação e 20 dias de hospitalização	Dor de cabeça súbita e formigamento no braço.	Popular, profissional e <i>folk</i>
P4	41	10 dias de intubação e 16 dias de hospitalização	Lapsos de memória, fadiga e sintomas pulmonares.	Popular, profissional e <i>folk</i>
P5	59	17 dias de intubação e 30 dias de hospitalização	Fadiga, lapsos de memória, redução da audição e visão. Apresentou TVP após COVID aguda.	Popular, profissional e <i>folk</i>
P6	65	13 dias na UTI não foi intubado e 16 dias de hospitalização	Lapsos de memória e fadiga.	Popular, profissional e <i>folk</i>
P7	42	2 dias na UTI e 2 na semi-UTI. Não foi intubado. 10 dias de hospitalização	Nega sequelas no momento da entrevista. Apresentou TVP após COVID aguda.	Profissional e <i>folk</i>
P8	59	14 dias de intubação e 30 dias de hospitalização	Nega sequelas no momento da entrevista.	Popular, profissional e <i>folk</i>
P9	64	24 dias de intubação e 26 dias de hospitalização	Fraqueza nas pernas e lapsos de memória.	Profissional e <i>folk</i>
P10	32	10 dias de intubação e 20 dias de hospitalização	Nega sequelas relacionadas à doença. Apresenta sintomas de Transtorno Estresse Pós-traumático relacionado ao tratamento e hospitalização	Popular, profissional e <i>folk</i>

Fonte: A autora (2022).

Em relação ao perfil dos participantes constatou-se neste estudo a predominância de sexo masculino, visto que apenas duas participantes eram de sexo feminino. A respeito da idade apresentou-se uma variação entre 26 e 65 anos, sendo a faixa etária predominante a dos 40 anos. Quanto às comorbidades, apenas P2, P5, P6 e P8 referiram apresentar alguma patologia prévia, sendo que HAS foi citada por P2, P5, P6 e P8; sobrepeso por P2, P5 e P6; dislipidemia por P6 e P8; DM e tabagismo por P6.

De acordo com a literatura, fatores individuais como idade avançada, presença de comorbidades como HAS e sexo masculino contribuem para aumento do risco de complicações (MIESBACH; MAKRIS, 2020). Um estudo realizado na China com 1.590 pacientes constatou que pelo menos 399 apresentavam histórico de doenças prévias, sendo a HAS de maior prevalência, seguida por doenças cardiovasculares, DM, doenças cerebrovasculares, DPOC, doenças renais crônicas e imunodeficiência. Pacientes com duas ou mais patologias apresentavam idade avançada e menores taxas de sobrevida (GUAN et al., 2020).

Para a OPAS (2021g), as evidências disponíveis são suficientes para afirmar que HAS aumenta o risco de quadros graves de COVID-19, internação em UTI e aumento de mortalidade.

A frequência dos fatores de risco pode variar de acordo com a população, considerando as diferenças apresentadas nas taxas de mortalidade entre os países (AGGARWAL et al., 2020).

Imam et al. (2020) citam um estudo de coorte realizado com 1.305 pacientes internados por COVID-19 e as comorbidades mais comuns foram HAS (56,2%), DM (30,1%), seguida por doença renal crônica (17,5%). Em contrapartida, destaca que 27,4% não possuíam comorbidades e que taxas altas de óbito estavam presentes em pacientes com mais de 60 anos.

No que concerne aos sintomas iniciais, a maioria dos participantes apresentou febre (P2, P3, P4, P7, P8 e P10), seguida por tosse (P3, P5, P7 e P9), cefaleia, mal-estar, sintomas gastrointestinais, dor de garganta e cansaço. A presença de mais de três sintomas associados foi evidente. Segundo Frankel et al. (2021) os sintomas mais comuns são: febre, fadiga, tosse seca, cefaleia, hipogeusia, anosmia e náuseas, destacam ainda que 15% dos pacientes desenvolvem formas graves da doença cursando inicialmente com dispneia e hipóxia.

Quanto aos sintomas de piora apresentados no momento da hospitalização, houve predomínio de dispneia e tosse referida por oito participantes, sendo os demais sintomas caracterizados por: inapetência e fraqueza, febre, cansaço, hemoptise, cefaleia e outras queixas como perda de olfato e paladar, dor torácica, dor lombar, diarreia e vômitos.

Aggarwal et al. (2020) realizaram um estudo nos EUA com 43 pacientes hospitalizados, dos quais 94% apresentaram febre, 88% tosse, 81% dispneia, 25%, cefaleia e

19% perda de olfato e paladar. Entre outros sintomas menos comuns estavam dor torácica e diarreia que foram relatados por 6,3%.

O tempo transcorrido desde o início dos sintomas até a hospitalização evidenciou que a demora para buscar atendimento ou ser hospitalizado pode ser um fator agravante. Visto que, neste estudo, o tempo de início dos sintomas até a hospitalização foi representado por uma variação de quatro dias de sintomas até o 14º dia. Sendo predominante mais de sete dias de sintomas. Quanto à positividade até a hospitalização, obteve-se a predominância de dois até sete dias.

Em relação à intubação, dos 10 participantes deste estudo apenas sete foram intubados, porém os demais estiveram hospitalizados na UTI em decorrência da COVID-19. O transcorrer da hospitalização até a intubação e transferência para UTI foi marcado por um intervalo de 1 a 6 dias. Uma das participantes foi hospitalizada e intubada no mesmo dia.

A média de permanência de intubação dos participantes foi expressa por uma variação de 7 até 24 dias. Em relação ao tempo de hospitalização, o mínimo foi de 13 dias, sendo o máximo representado por 34 dias. Os participantes que apenas foram internados na UTI e não passaram por intubação apresentaram um tempo menor de permanência na UTI (5-7 dias) e de hospitalização (13-16 dias).

Quanto às sequelas Vehar et al. (2021) estimam que 10% dos sobreviventes de COVID-19 continuam a apresentar sintomas por semanas e meses após a infecção inicial. A fisiopatologia da COVID longa ainda está sendo estudada, porém, acredita-se na possibilidade de um estado hiper inflamatório persistente, resposta inadequada de anticorpos, atividade viral contínua e danos nos órgãos resultantes da fase aguda infecciosa.

No que diz respeito às sequelas, seis participantes mantêm sequelas até o momento, visto que o intervalo de tempo transcorrido desde a hospitalização até a data atual é maior que um ano para todos os participantes. Deve-se considerar o relato de dois ou mais sintomas associados. Entre os participantes que referiram sequelas o sintoma em comum apresentado por todos foi lapso de memória. Seguido por fadiga, sequelas pulmonares, cefaleia, piora da visão e audição. Quatro participantes negaram sequelas no momento da entrevista, porém um deles apresenta Transtorno de Estresse Pós-traumático.

Segundo Carfi et al. (2020), pacientes graves que foram hospitalizados em leitos de UTI normalmente apresentam sintomas residuais de fadiga e dispneia por mais de três semanas. Manifestações importantes são vivenciadas também por pacientes que passam por internação prolongada na UTI, complicações secundárias aos procedimentos de ventilação mecânica, sedação, imobilização prolongada e bloqueio neuromuscular.

As complicações podem ser de graus diferentes e apresentam maiores chances de desenvolvimento em pacientes idosos e com comorbidades. Entre elas os problemas de deglutição, lesões de decúbito, perda de massa muscular, desnutrição, polineuropatias, descondicionamento físico e respiratório, condições psiquiátricas e cognitivas, assim como o estresse pós-traumático (MIKKELSEN; NETZER; IWASHYNA, 2020).

A COVID longa se apresenta de diversas formas, mais comumente encontradas em pessoas com quadros graves da doença e em pessoas com fatores de risco pré-existentes. No entanto, também pode ser encontrada nos casos de pessoas com sintomas leves ou que permaneceram assintomáticas, se manifestando posteriormente. Pessoas que não realizaram as imunizações contra a doença e foram infectadas podem apresentar mais chances de desenvolver condições pós-COVID, quando comparados aos vacinados (CDC, 2022).

De acordo com Taquet et al. (2021), um estudo realizado com 230 mil pacientes apresentou uma incidência de 46,6% para transtornos de ansiedade, humor, insônia e psicoses em pacientes que apresentaram quadros graves de COVID-19 e foram hospitalizados. Sendo que 33,6% apresentaram transtornos após seis meses do diagnóstico inicial de COVID-19. Entre os sintomas neurológicos se destaca a ocorrência de déficit de atenção, insônia, depressão, ideação suicida, ansiedade e sintomas psicóticos que permanecem por vários meses após o quadro agudo, independente das manifestações pulmonares (WOO et al., 2020).

Quanto à vacinação para COVID-19, nenhum dos participantes foi imunizado até o momento da hospitalização, devido à progressão da campanha, conforme faixa etária.

Em relação ao tratamento para a doença, apenas três participantes utilizaram o kit COVID-19, dois deles antes da internação (P2, P7) e o outro recebeu no hospital antes da intubação. P4 utilizou Ivermectina, porém não usou Hidroxicloroquina. P10 realizou a aplicação de tucilizumabe antes da intubação, medicação não regulada pelo SUS, que foi administrada com ordem judicial.

A Tucilizumabe é um medicamento utilizado para tratamento de artrite reumatoide, e ganhou visibilidade durante a pandemia. Evidências moderadas referem que a medicação reduza o risco de intubação em pacientes hospitalizados (TLEYJEH et al., 2021). Em concordância Hasanin e Mostafa (2021) apontam que a medicação é útil em pacientes graves que ainda não estão em ventilação mecânica, reduzindo as chances de progressão da doença. Entretanto, afirmam que não há benefícios relacionados em pacientes que já estão em VM.

Segundo Han et al. (2021) a tucilizumabe foi aprovada na China para uso em pacientes com sequelas deixadas pela doença. E aponta que estudo demonstrou a eficácia de 77%, de melhora da função respiratória em pacientes graves. A medicação foi utilizada em 20 pacientes

hospitalizados com a condição aguda, sendo que 95% apresentaram melhora em duas semanas, recebendo alta hospitalar.

Outra alternativa de tratamento amplamente discutida foi o uso de hidroxicloroquina e cloroquina no tratamento da COVID-19. Um estudo realizado com 5.713 pacientes que receberam as medicações comparou a eficácia com 4.966 pacientes, em tratamento normal. O estudo apresentou que não houve redução da mortalidade nos pacientes que utilizaram a medicação. Assim como, pacientes em fases mais tardias e graves da doença, podem não apresentar nenhum impacto positivo relacionado ao uso (HAN et al., 2021).

A maioria dos participantes iniciou os cuidados na esfera popular, representados pelo uso de chás, automedicação, uso de mel e massagem. Apenas P2, P7 e P9 acessaram diretamente a esfera profissional, P7 e P9 não acessaram a esfera popular. A esfera folk foi acessada por meio de orações em busca de melhora e recuperação, principalmente durante a internação na UTI.

Segundo Han et al. (2021), o uso de plantas naturais para COVID-19 tem-se mostrado benéfico, quanto à mortalidade e alívio de sintomas. Como exemplo, cita a Liquiritina, que age de forma semelhante ao interferon, agindo na replicação viral do SARS-CoV-2.

## 6.2 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO: COM A PALAVRA O SOBREVIVENTE DA COVID-19

A seguir serão apresentadas as categorias desveladas dos sobreviventes da COVID-19.

### 6.2.1 Categoria 1- Percepções do adoecimento repentino

A doença para o participante é vista como uma entidade que causa disfunções biológicas e psicológicas no funcionamento normal do nosso corpo. Interpretada por Kleinman (1980) como uma construção cultural derivada de uma percepção individual. Para Petrie Weinman (2006), as percepções sobre saúde e doença derivam das representações cognitivas e emocionais que as pessoas possuem sobre determinado problema, desta forma, ao apresentar algum sintoma a maioria das pessoas busca um rótulo como forma de explicação para sua condição de saúde.

Na sequência, apresentam-se as narrativas dos participantes ao identificar os primeiros sintomas de sua experiência.

*Dor de cabeça eu tinha bastante! Eu lembro, até amarrava um pano na cabeça, para poder dormir e não passava a dor (P1).*

*Eu tive dor de ouvido, domingo à tarde, eu tive bastante cansaço, um pouco de febre. Mas não correlacionamos os sintomas, dor de ouvido com uma doença até então respiratória (P2).*

*Primeiro era febre e falta de olfato, não sentia mais cheiro, foi uns 3 dias assim e eu achei que era uma gripe (P3).*

*Me deu primeiro dor de barriga, depois começou a dar um pouco de tontura e começou a me dar febre e suador (P4).*

*O primeiro sintoma e o único que eu senti no começo foi tosse. Eu tive muita, muita tosse. Os médicos estavam me tratando para bronquite e não dei muita atenção. Só que minha irmã teve o Covid (P5).*

*Meus primeiros sintomas foram um gosto ruim na boca, tontura, ruim, sempre estava com preguiça e sempre me espichando (P6).*

*Dois rapazes do escritório que não tinham pego, um deles passou mal e logo em seguida o outro. E na segunda à noite eu comecei a passar mal. Eu estava só com dor no corpo, muita dor nas juntas, mas com a respiração tudo normal (P7).*

*Os primeiros sintomas foi dor de garganta, mas eu achei que era uma gripe e foi depois de dois, três dias piorou, comecei com febre e não baixava a febre (P8).*

*Então primeira coisa eu tive muito chio no peito e tosse, só chio no peito e tosse (P9).*

*Meu primeiro sintoma foi numa quinta de noite eu voltei de viagem, e me deu uma dor de barriga, diarreia muito forte e me deu náuseas e muito vomito (P10).*

Ao analisar as narrativas de P3 e P8 percebe-se a assimilação cognitiva dos sintomas com manifestações gripais, que possuem sinais e sintomas familiares para eles decorrentes de experiências e vivências anteriores. Da mesma forma que P5 atribuiu a causa de sua tosse à bronquite que estava sendo tratada algum tempo. P3, entretanto, apresentou sintoma característico de SARS-CoV-2, a perda de olfato e P5 referiu um familiar próxima e de convivência diária que estava positiva para COVID-19, mesmo assim não houve assimilação com a doença predominante no cenário pandêmico.

Devido à diversidade de sintomas apresentados pelos participantes evidenciados pela narrativa de P2, a maioria não realizou uma correlação direta com a doença mesmo sendo um dos assuntos mais comentados na mídia. P7 atribui um significado indireto ligado à COVID-19 pois dois de seus colegas estavam com sintomas. As narrativas de P1, P2, P4, P6, P9 e P10 indicam apenas a percepção de alterações em seu estado fisiológico, não sendo atribuído nenhum significado ou rótulo inicialmente, apenas a identificação de que algo não estava bem. Mesmo se tratando da mesma doença percebe-se a identificação de sinais e sintomas iniciais diferentes entre o grupo.

A experiência de doença ou identificação de doença depende da forma como as pessoas pensam e agem diante dos significados atribuídos à situação de saúde. Essa experiência depende em si da percepção da pessoa ou grupo sobre o que é doença e como nela se situam (RESENDE et al., 2016). Ao ser percebida pode haver um aumento ou diminuição em relação ao seu significado, sintomas e deficiências, modificando a percepção de quem trata ou explica a doença (KLEINMAN A; KLEINMAN H, 1988).

Segundo Petrie e Weinman (2006), a criação de um modelo de percepção de doença é muitas vezes baseada no conhecimento médico ou embasado em experiência pessoal ou de familiares que vivenciaram sinais e sintomas parecidos, a narrativa de P5 evidenciou uma assimilação com a percepção biomédica ao mencionar a bronquite.

Para Kleinman e Bong (2006) a doença é culturalmente moldada, sendo baseada na forma como a percebemos, explicamos e lidamos com ela, atribuindo significados específicos às alterações encontradas. A maneira como atribuímos rótulos à doença, a forma como nos expressamos sobre ela e apresentamos nossos sintomas influenciam nossas expectativas, quando e quem procuramos, quanto tempo permanecemos no atendimento e como avaliamos esse atendimento.

Ao falar em doença devemos levar em consideração a forma como a pessoa doente, família e rede social percebem, convivem e reagem em relação aos sintomas ou incapacidades. Ressaltando a necessidade de compreender os julgamentos e angústias que estão relacionados aos problemas práticos da vida cotidiana. A lamentação pela perda da saúde pode deixar as pessoas deprimidas ou sem esperança de melhora resultando em invalidez ou medo da morte (KLEINMAN A; KLEINMAN H, 1988).

Através da valoração dos significados particulares de doença, ciclos viciosos que aumentam o sofrimento podem ser quebrados, contribuindo para a melhora dos cuidados prestados. Os significados dos sintomas são como verdades padronizadas em culturas locais, sendo formas de conhecimento do senso comum (KLEINMAN A; KLEINMAN H, 1988). Por meio dessa percepção as pessoas tomam decisões e assumem comportamentos relacionados à saúde com o objetivo de reduzir sintomas, esse comportamento assumido influencia os resultados posteriores como recuperação ou sequelas (FIA ALI et al., 2022).

A interpretação da doença é fascinante, pois pacientes com a mesma doença apresentam percepções diferentes e devido a essa variação, apresentam trajetórias e ações diferentes em relação à sua saúde. A maneira como os modelos mentais de doença são criados seguem um padrão com cinco componentes que se inter-relacionam; identidade

da doença, crenças causais, linha do tempo, crenças de controle e cura, e consequências (PETRIE; WEINMAN, 2006).

A resposta emocional e o comportamento de enfrentamento da doença são influenciados diretamente pela percepção cognitiva que o indivíduo tem de sua situação em saúde. Apesar da importância, os pacientes tendem a não trazer à tona sua percepção inicial e crenças em relação à doença, assim como são pouco questionados pelos profissionais de saúde (PETRIE; WEINMAN, 2006).

A valorização do significado de se sentir doente ou estar doente é vinculada aos membros familiares, amigos ou ao próprio paciente. Ao ser percebida pode haver um aumento ou diminuição em relação ao seu significado, sintomas e deficiências podem ser diminuídos ou aumentados, modificando a percepção de quem trata ou explica a doença (KLEINMAN A; KLEINMAN H, 1988).

#### 6.2.2 Categoria 2- Esfera popular e a práxis do autocuidado

O itinerário terapêutico aborda uma sucessão de acontecimentos do processo de adoecimento, não sendo separado dos aspectos da vida cotidiana de uma pessoa. Esse percurso ocorre com decisões e interpretações derivadas do senso comum, que são tomadas individualmente ou com auxílio de familiares e rede de amigos (FRANÇA et al., 2021).

Antes de qualquer busca pelo sistema profissional, a maioria das pessoas segue passos naturais em sua jornada clínica, o que consiste na fase de pré-diagnóstico. Essa fase é representada por decisões e ações que são realizadas como forma de tratar e amenizar os sinais e sintomas manifestados (MENDOZA et al., 2022).

A maioria das pessoas, ao identificar um sintoma, inicia os cuidados primários no contexto familiar, parte integrante da esfera popular juntamente com a rede social e comunitária. A maioria das decisões em saúde sobre quando buscar ajuda em outra esfera, quem consultar e avaliação da eficácia das medidas terapêuticas instituídas são realizadas na esfera popular (KLEINMAN, 1980).

As narrativas a seguir retratam as práticas primárias realizadas na busca pela amenização dos sintomas iniciais causados pela doença, práticas essas que foram realizadas com base no senso comum:

*Eu achei que poderia também ser uma gripe, fiz um chá caseiro com mel, folha de laranja e guaco. (P1).*

*Só a medicação prescrita pelo doutor, que foi aquele kit! Com as vitaminas, o zinco e a Ivermectina, Cloroquina e um antibiótico (P2).*

*Tomei mel com limão, chá de marcela e camomila. Uma semana antes eu tinha ido fazer. Eu estava gripado, mas deu negativo. O doutor receitou remédio daí pensei tomei ibuprofeno e paracetamol (P3).*

*Me deu uma dor nas costas, eu pedi para esposa fazer uma massagem. Ela pegou e passou o doutorzinho. (P4).*

*Eu usei xarope e chás. Eu sempre usei limão com laranja, chás, medicamentos naturais e xarope porque era só tosse e tratava com mel (P5).*

*Nós compramos um remédio da farmácia, não lembro o remédio que foi. Eu só tomei os remédios que o doutor pediu (P6).*

*Eu só tomei os remédios que o doutor pediu. No dia que deu positivo, eu tinha a receita e comecei a tomar o remédio, só não tomei hidrox. O médico dizia que não precisava tomar, mas na sexta ele me receitou e queria que eu tomasse (P7).*

*A gente estava fazendo chá e naquele dia mesmo sabia que podia ter Covid, então tomava chá de limão com alho, e tomamos a medicação que a médica prescreveu. (P8).*

*Só tomando a medicação do posto (P9).*

*Eu tomei um chá que a mãe faz, chá de Cidreira e tomei duas vezes cimegripe, porque eu tenho sérias crises de rinite e sinusite (P10).*

Com base nas narrativas retratadas percebe-se que a maioria dos cuidados realizadas inicialmente emanam das práticas oriundas do senso comum como uso de chás e automedicação. O uso de plantas é uma prática comum entre a população descrita na literatura como uma prática milenar, podendo ser utilizados medicamentos naturais provenientes de ervas, chás, massagens, assim como medicamentos vendidos em farmácias e adquiridos com orientação informal da família ou rede próxima. As orientações e práticas realizadas são baseadas em experiências próprias ou vivências de pessoas próximas (RODRIGUES; CABEÇA; MELO, 2021).

O retrato das narrativas de P1, P3, P4, P5, P6, P8 e P10 retratam a utilização do senso comum proveniente do conhecimento popular para realização do autocuidado, pois a COVID-19, como doença nova, criou uma realidade clínica. O potencial das plantas não deixou de ser valorizado pelos participantes do estudo, seu uso não está necessariamente ligado à comprovação de eficácia e sim aos aspectos culturais envolvidos, conhecimentos repassados de geração em geração como descrito na fala de P10 ao citar os chás que a própria mãe fazia.

A crença na eficácia das medidas populares instituídas é construída socialmente e assim são mantidas e repassadas. Os participantes, ao reconhecer os sintomas de uma

doença nova, vão assimilá-los como sintomas de uma doença conhecida, criando desta forma uma nova realidade simbólica. Apresentando uma predisposição a aceitar recomendações de fontes próximas como seu círculo social (MSHANA et al., 2021).

A maior parte dos cuidados realizados e transmitidos entre gerações são provenientes do cuidado domiciliar. A figura feminina normalmente é a principal cuidadora e responsável pelo conhecimento. No entanto, com a entrada da mulher para o mercado de trabalho o perfil das famílias e sociedade mudou, o que significa que cada vez mais o cuidado será exercido por outros membros da família (KLEINMAN; RACINE, 2019).

As plantas utilizadas para confecção de chás caseiros normalmente são cultivadas pelas próprias pessoas ou familiares próximos em pequenas hortas, ou ainda é comum o uso de plantas medicinais em forma de chás industrializados. No modelo biomédico as plantas são utilizadas por apresentarem princípios ativos que possuem função farmacológica direta ou indireta atuando como medicamentos (PALMA et al., 2015). Além do uso de chás tornou-se evidente a prática de outras medidas como massagem e o uso do mel natural para alívio da tosse como descrito das falas de P1, P4 e P5.

Resultados semelhantes foram encontrados por Peixoto et al. (2016) no uso do mel para alívio da tosse irritativa. O mel de abelha é amplamente utilizado devido às suas propriedades mucolíticas e sedativas. Através das narrativas percebe-se que o uso de plantas medicinais não está restrito a inexistência dos recursos de saúde, e sim trata-se de umas práxis que está inserida folcloricamente no autocuidado realizado pelas pessoas (OLIVEIRA et al., 2021).

As ações comuns de autocuidado popular normalmente são a primeira linha de cuidado e incluem modalidades não farmacológicas, como chás, massagens, descanso, mudanças do estilo de vida ou ainda automedicação. À medida que a manifestação de sintomas ocorre, com base no conhecimento popular e senso comum as formas de alívio são iniciadas e planejadas (MENDOZA et al., 2022).

A automedicação relaciona-se ao consumo de medicamentos sem a devida prescrição ou orientação de um profissional de saúde. O paciente ou pessoa próxima fica incumbida por decidir qual medicação é a ideal para seus sinais e sintomas. A reutilização de prescrições antigas também configura automedicação (IURAS et al., 2016).

Percebe-se ainda o uso concomitante de várias práticas da cultura popular de forma associada entre si como automedicação e uso de chás, ou ainda a utilização de

medidas provenientes da esfera profissional, como relatados por P2, P7 e P9 que usaram apenas medicação prescrita.

Um estudo realizado na África observou a utilização da artemisinina para tratar as fases iniciais da COVID-19 (MSHANA et al., 2021; XU; ZHANG, 2020). Estudos citados por HAN et al. (2021) apontam o uso da raiz de *Scutellariae baicalensis* para inibição da replicação viral de SRAS-CoV-2. Para o tratamento de pacientes graves e críticos o uso da decoção de *Qingfei Paidu*, *Huashi Baidu* e grânulos de *Shenhuang* apresentaram eficácia na taxa de mortalidade e deterioração de órgãos causada pela doença (YANG et al., 2022).

Na esfera popular a doença é inicialmente percebida e se iniciam as medidas primárias para controle de sinais e sintomas, podendo ocorrer a mudança de hábitos alimentares, o uso de medicamentos domésticos ou ainda o emprego de outros artifícios de uso popular provenientes do senso comum (FRANÇA et al., 2021). O uso de práticas populares com fins terapêuticos está diretamente ligado às concepções locais de etiologia da doença, diagnóstico, eficácia das medidas implementadas, cura, perfil socioeconômico e realidade local dos grupos sociais (LIMA et al., 2017).

Cada família ou sociedade organiza seus costumes e cuidados relacionados à saúde de acordo com sua cultura (MORAIS et al., 2017). Caso as intervenções populares não surtam efeito, o indivíduo segue seu itinerário para o subsistema profissional em busca de resolução ou tratamento para sua doença (PALMA et al., 2015).

### 6.2.3 Categoria 3 - Esfera profissional e a busca pela resolutividade

O itinerário terapêutico aborda a trajetória assistencial percorrida na busca pela atenção à saúde na rede profissional, familiar e demais redes de apoio. O setor profissional comporta as profissões de cura organizada, sendo o modelo biomédico a rede oficial de assistência à saúde no Brasil. Segundo Kleinman (1980), em algumas sociedades existem outros sistemas médicos profissionalizantes, como o sistema da medicina tradicional chinesa, medicina ayurvédica e a medicina galênica-árabe, não sendo a medicina ocidental a única vertente.

Considerando que SARS-CoV-2 é um vírus com alto poder de transmissibilidade e gravidade, atrasos no diagnóstico acarretam múltiplas repercussões clínicas ou fatais (SILVA et al., 2021a). O caminho percorrido desde o surgimento dos primeiros sintomas até a definição da COVID-19 positiva pode ser denominado de Itinerário diagnóstico

(TESTON et al., 2018). Portanto, o itinerário terapêutico também se refere ao caminho percorrido na busca pelo cuidado dentro da Rede de Atenção à Saúde (KLEINMAN, 1980; TESTON et al., 2018).

A decisão de buscar atendimento em outra esfera geralmente parte do subsistema de cuidado familiar, decisão tomada com auxílio da família e da rede de apoio com base nas estruturas de relevância (importância dada ao problema). A seguir são retratadas as narrativas dos participantes ao migrar dos cuidados populares para iniciar sua trajetória na esfera profissional:

*Fui ao posto para uma consulta. Eles me deram os medicamentos! E fazer o teste (P1).*

*(...)na segunda-feira fui ao posto, levei meu menino para consultar por causa da garganta! E para ver meu ouvido (P2).*

*Até na última noite eu tive bastante febre e tosse, não dormi a noite toda, só tosse, tosse, daí chegou de manhã daí eu fui para o posto. E me encaminhou logo para o hospital (P3).*

*Na terça eu nem fui trabalhar, fui direto na consulta. Eles me afastaram, entrei em isolamento até quinta-feira, quando eu ia fazer o teste (P4).*

*Na terça eu sentia febre e fui consultar com o doutor Dr° e ele disse é Covid. - Segunda tu fazes o exame. Encaminhou para fazer o exame. Na segunda-feira comprei a medicação e fui para casa. Fiquei aqui em casa, eu e meu filho, tem 9 aninhos e ficou cuidando de mim (P5).*

*Fui ao nosso posto de saúde aqui no centro, como o A. estava de férias, aquela enfermeira disse: tu vai no médico da Fronteira. Cheguei lá, a médica me consultou e disse que eu não tinha nada. Ela não me deu receita, disse que não precisava (P6).*

*Foi segunda de noite eu comecei a passar mal. Na terça de madrugada fui consultar o médico, que disse para fazer o exame no posto. Descemos era umas 10 horas da manhã e saiu o resultado positivo (P7).*

*Fomos consultar a médica, que deu os remédios e voltamos para casa. A gente fez o tratamento, mas não baixava a febre (P8).*

*Eu fui aqui no A., eu consultei e ele me deu umas 10 cartelas de paracetamol (P9).*

*Na terça eu acordei e estava meio febril, passei na farmácia comprei o cimegripe, na volta para casa comecei a ficar mal. Eu cheguei aqui liguei para doutor A. e ele me deu prednisona, nimesulida e levofloxino. No no outro dia, eu fiz o teste e deu positivo (P10).*

Ao buscar atendimento as pessoas compartilham suas queixas sobre a doença em seu próprio idioma, formas próprias de falar localmente e de se expressar sobre sua condição de saúde (KLEINMAN H.; KLEINMAN A., 1988). No modelo biomédico

geralmente os aspectos biológicos da doença ganham destaque em relação aos aspectos psicossociais e culturais (SILVA et al., 2015).

As redes de atenção à saúde são organizadas e hierarquizadas de forma que possibilitem e facilitem o acesso da população, respeitando a dinâmica do SUS. Nesse arranjo organizativo a porta de entrada é a atenção básica (AIRES et al., 2017). Percebe-se nas narrativas dos participantes, ao identificar que não houve melhora com o autocuidado estabelecido na esfera popular, buscou-se uma segunda opção.

De acordo com as falas de P1, P2, P3, P4, P6, P8 e P9 a porta de entrada mais utilizada para o acesso à esfera profissional foi a atenção básica. Seguida por consultórios particulares, onde P5 e P10 buscaram auxílio de profissionais que conheciam por situações anteriores ou por indicação do próprio grupo familiar. P7 optou por buscar atendimento com o médico do trabalho. P6 relata ter sua situação de saúde desconsiderada pelo profissional ao buscar auxílio na Atenção Primária. Segundo Kleinman (1980), o modelo biomédico às vezes desconsidera a realidade clínica do paciente, deixando que sua “verdade” se sobressaia desconsiderando a do paciente.

A atenção primária à saúde apresentou um papel fundamental para diminuir os efeitos da pandemia, servindo de porta de entrada para os cuidados iniciais, acompanhando casos leves, orientando sobre isolamento domiciliar, distanciamento social, mantendo a integralidade e coordenação do cuidado durante a pandemia (DA SILVA NINA et al., 2022).

Achados semelhantes foram encontrados no estudo de Oliveira et al. (2021), em outras situações que não foram da COVID-19, a Atenção Primária se apresentou como porta de entrada e referência no cuidado à pessoa com DM. Em controvérsia o estudo sobre Itinerário Terapêutico realizado por Casacio et al. (2022) evidenciou fortes barreiras encontradas no acesso aos serviços de saúde buscados por crianças com necessidades especiais. Ocorrendo uma desarticulação entre as Redes de Atenção à Saúde, dificultando a criação de vínculo e continuidade do cuidado.

O estudo realizado por Silva et al. (2021a) sobre o itinerário realizado na busca pelo teste diagnóstico demonstrou dificuldades de acesso para realização e confirmação diagnóstica. Principalmente no período inicial da pandemia. Evidenciando que a maioria dos participantes buscou a rede hospitalar, seguida pelo privado e atenção primária como primeira opção de atendimento.

Ao progredir na busca pelo diagnóstico, necessita-se achar um rótulo para os sinais e sintomas manifestados. Sobre a descoberta da COVID-19 a fala dos participantes foi a seguinte:

*Medo, um receio da tal covid, a minha esposa já tinha. Ela foi um dos primeiros casos que aconteceu aqui em Itapiranga! E depois, ela pegou de novo, pela segunda vez a COVID. (P1).*

*Antes não pensava! Daqui a pouco, o pessoal fazendo um pouco de alvoroço em cima disso, lógico, a gente via, tinham pessoas morrendo! Então, mas quando positivei realmente deu um medinho. (P2).*

*Eu estava bem tranquilo (P3).*

*Eu pensei é mais um obstáculo, mais uma prova que Deus me colocou, uma prova de fogo que tenho que passar (P4).*

*Não tive medo antes disso, enquanto não falaram em intubação eu não tive medo, porque eu ainda não estava tão ruim. Eu não tive medo nenhum, só na hora que o médico me falou de intubação, ali em diante comecei a ficar com medo (P5).*

*Eu nunca tive medo em momento nenhum de morrer, nunca na minha vida eu tive medo de morrer. Hoje eu não tenho medo de morrer. Eu já tive sérios problemas de saúde (...) momentos assim tu só tens que pensar em ter fé em Deus e rezar, se puder rezar e ficar como tu pode, se não pode estar bom (P6).*

*Eu não tive medo, dei risada inclusive, porque 14 dias para ficar em casa, isso não tem cabimento; mas tudo bem, em nenhum momento passei nenhum tipo de medo eu estava tão bem (P7).*

*É a gente tem aquele medo, mas vai fazer o que. A gente sabia que tinha hospital, estava tratando, mas quando falaram em transferir daí... (choro) (P8).*

*Não, não caiu a ficha, parece que não era nada. Eu achava que era uma gripe, mas quando me levaram para lá, para longe, eu vi que a coisa estava feia mesmo (P9).*

*Eu fiquei com medo, porque eu sempre fui cagão com esse tipo de coisa. Eu sempre fui cagão por causa de questão de doença, mas eu estava de boa, só quando eu comecei a expelir sangue, me apavorei um pouquinho (P10).*

Para Mendoza et al. (2022), o diagnóstico pode ser visto como o início de uma jornada. Quando as pessoas são diagnosticadas por apresentar um estado patológico, tão subsequentemente desenvolvem crenças sobre os sintomas da doença. E acabam buscando por sintomas que são significativos para o rótulo que receberam, mesmo quando se trata de uma doença assintomática (WEINMAN, 2006). Os sintomas atribuídos servem para monitorar a doença e a eficácia do tratamento, por exemplo, ao iniciar com falta de ar a maioria das pessoas identificará como sinal de alerta para tal doença.

O diagnóstico é uma ferramenta importante na medicina, no entanto os graus de aceitação sobre um diagnóstico são diferentes. Os pacientes podem aceitar sua situação

de forma parcial, ou até mesmo não aceitar, o que dificulta a adesão ao tratamento (MENDOZA et al., 2022). A identidade que o paciente atribui à sua doença normalmente não é a mesma que o profissional que o trata atribui (WEINMAN, 2006).

Para as pessoas a interpretação do que é relevante em sua situação de saúde normalmente é baseada na percepção da rede de símbolos culturais e nas estruturas de relevância citadas no referencial teórico. Desta forma, para Rocha et al. (2021), ao entrar em uma nova esfera, sua realidade clínica é alterada, articulando-se entre o modelo biomédico e cultural. Para os profissionais de saúde a interpretação do problema é determinada pelos conhecimentos biomédicos. Dessa forma, dentro de uma mesma sociedade, profissionais de saúde e população têm percepções distintas sobre o processo saúde doença, mesmo que compartilhem da mesma cultura (PALMA et al., 2015).

Segundo Kleinman (1980), a doença é interpretada e rotulada conforme o cenário em que se encontra. Desta maneira, nas narrativas analisadas, percebe-se que P1, P2, P5, P6, P8 e P10 citaram palavras em comum como “*medo*” sendo está a representação da COVID-19. O medo é um sentimento inconsciente, relacionado à insegurança e incerteza que uma nova doença pode causar e relacionado às notícias ruins divulgadas nas redes sociais, nos órgãos de imprensa oficiais, com manchetes voltadas para o número de óbitos e falta de leitos nas Instituições hospitalares.

A percepção, valoração e significados negativos que alguns participantes atribuíram à COVID-19 está relacionada aos conceitos de *Illness* (enfermidade). A enfermidade faz parte da doença, é uma construção da realidade social, sendo uma reação psicológica, social e cultural podendo ser iniciada logo nos primeiros sintomas ou na rotulagem (KLEINMAN, 1980).

A concepção negativa sobre a doença ficou evidente nas narrativas de alguns participantes. Em consonância, Weinman (2006) aponta que a visão negativa que as pessoas apresentam sobre sua patologia está associada a uma recuperação mais lenta, podendo ser um agravante na geração de incapacidades. Desta forma, pacientes com uma visão positiva acabam apresentando uma recuperação mais rápida e eficaz.

Ao receber a notícia sobre uma doença é normal ocorrer um desequilíbrio psíquico, gerando medo, incertezas e tensão. O estresse emocional e a angústia vêm acompanhados de outra situação conflitante que ficou evidente durante a pandemia, a incerteza de receber o atendimento adequado e a insegurança causada pela superlotação dos serviços de saúde, escassez de recursos materiais e humanos (FRANÇA et al., 2021).

Observa-se que P2, ao falar sobre a doença, deixa explícito que acreditava ser apenas um “*alvoroço em cima disso*” e P9 refere que “*não acreditava na situação*” evidenciando uma dificuldade de compreender e aceitar a COVID-19 como doença. Segundo Kergall e Guillon (2022), durante a pandemia, a OMS e Comissão Europeia lançaram a campanha ‘*#ThinkBeforeSharing*’ e ‘*Stop the Spread*’ com o objetivo de mitigar a desinformação e disseminação de informações falsas sobre a COVID-19. As crenças e teorias da conspiração aliadas à falta de confiança no governo acabaram reduzindo as medidas de contenção e autoisolamento, influenciando o comportamento da população.

Em controvérsia, as narrativas de P3, P4 e P6 refletem visões diferentes sobre o acometimento agudo causado pela COVID-19. Evidenciando que as pessoas apresentam modelos explicativos diferentes para um mesmo episódio de doença. P4 interpretou seu adoecimento como “*mais um obstáculo que Deus colocou*”, e P6 referiu que em momentos de infortúnio as pessoas devem “*pensar em Deus e rezar*”. Para Oliveira et al. (2021) a fé pode ser vista como uma forma de abrandar as situações de sofrimento e doença.

Nas narrativas a seguir estão retratadas as falas dos participantes que, ao perceber o agravamento do seu estado de saúde, novamente seguem a peregrinação dentro de seu Itinerário nas Redes de Atenção à Saúde.

*Eu fui e tomei um soro, me receitaram um soro que eu estava bem fraco. Fiquei umas horas tomando soro e depois vim para casa. No outro dia, depois do meio-dia eu já fui. Eu piorei, as dores de cabeça aumentaram aquela noite! E essa falta de ar, de me fechar as vias aéreas (P1).*

*Na segunda-feira, aquele cansaço. Eu não conseguia nem definir o que estava sentindo, mas estava fraco, estava ruim. A gente pegou o carro e foi no hospital para fazer o raio-x. Fizemos o raio-x e o doutor, ele olhou o raio-x. E na hora me mandou de volta para o hospital, para internar (P2).*

*Chegou de manhã eu fui para o posto. Ele me encaminhou logo para o hospital, examinou a respiração e disse que estava bastante comprometido (P3).*

*Eu fui ao hospital na quinta-feira, depois que fiz o teste. Eu estive no hospital e eles me atenderam. Fui na quinta, fui na sexta no hospital e no sábado. Fui procurar um médico particular, porque não aguentava mais, não conseguia mais parar em pé e ele me internou (P4).*

*Naquele sábado de manhã, eu senti que não estava bem. Ao meio-dia minha irmã foi enterrada, e os meus irmãos fizeram uma videochamada na hora do enterro. Meus irmãos que estavam em Goiás e Mato Grosso chamaram os irmãos daqui e disseram para me levar para o hospital, que a coisa estava séria, não era para me deixar sozinha em casa (P5).*

*Eu estava ruim, eu estava de carro, estava sozinho, fui até o posto. A enfermeira escreveu um papel e me mandou para o hospital (P6).*

*De sábado para domingo eu estava sentado na cama, não conseguia mais deitar e era a posição, me doía os rins, e nisso comecei a cuspir sangue. Eu disse tem uma coisa errada, vou no hospital (P7).*

*(...) não baixava a febre, e fui consultar a médica. Deu os remédios, voltamos para casa. Fiz o tratamento, mas não baixava a febre, depois de três dias voltamos de novo a consultar e mais febre, e internei no hospital aqui da Itapiranga (P8).*

*Comecei a passar mal e passar mal, de noite eu fui ao hospital (P9).*

*Segunda de manhã eu ia sair do isolamento (...) quando sai do banheiro comecei a tossir, tossir, começou a sair sangue (...) eu liguei para o doutor mandei umas fotos para ele. Ele falou vai no posto medir a saturação, estava em 98, estava tudo certo, ele falou que era normal. De noite me deu uma crise e comecei a tossir, como ele tinha falado que era normal eu não tinha me assustado. De manhã vim aqui no hospital a minha saturação estava em 87, 86 e ele me internou (P10).*

No mundo globalizado em que vivemos, as intervenções em saúde não são igualmente eficazes para a mesma patologia. As falhas podem ocorrer justamente pelo fato de não compreendermos a importância do mundo local dos pacientes e todas as medidas realizadas na busca pela melhora (KLEINMAN; RACINE, 2019).

A percepção da doença é algo singular, o medo da piora e a necessidade de aliviar as angústias e desconforto de sintomas aliados à certeza do atendimento são fatores que fazem as pessoas buscarem por serviços de urgência e emergência (AIRES et al., 2017).

Analisando as falas nota-se que P1, P5, P7, P8, P9 e P10 optaram por procurar diretamente a assistência hospitalar ao perceber o agravamento nos sintomas. A capacidade individual de tomar as próprias decisões e buscar atendimento está relacionada com os fatores culturais e com as concepções de saúde e doença do próprio indivíduo. Essa percepção acaba se alterando, conforme a doença se agrava (MORAIS et al., 2017).

Nas falas de P3 e P6 nota-se que, mesmo havendo um agravamento dos sintomas, os participantes buscaram pela atenção primária, respeitando a forma organizativa do SUS. Em controvérsia, P2 e P4 optaram por buscar atendimento em consultórios particulares sendo encaminhados posteriormente para a atenção hospitalar. Alguns dos participantes peregrinaram entre idas e vindas ao pronto socorro até serem internados. A fala de P5 aponta para a influência da esfera popular nas decisões de saúde, a perda da irmã e o agravamento dos sintomas fez com que a família fosse a responsável por encaminhar a participante ao hospital.

A linha de cuidado na assistência à COVID-19 precisa abarcar as diferentes fases da doença, abordando especialmente seu espectro de gravidade. A adequação dos serviços de saúde devido à alta demanda de leitos, especialmente de UTI, foi fundamental para evitar o colapso nas redes hospitalares (DAUMAS et al., 2020). A pandemia foi cercada de incertezas, informações desencontradas, mensagens confusas e inconsistências nas recomendações (SOVERI et al., 2021). A medida que os números de casos graves surgiam e as mortes aumentavam o modelo biomédico se tornou a supremacia do cuidado na COVID-19 (MSHANA et al., 2021).

Para Oliveira et al. (2021), os serviços de saúde são escolhidos pelos indivíduos a partir da avaliação de sua situação de saúde. Desta forma, percebe-se que cada paciente constrói seu itinerário baseado em sua realidade clínica, não necessariamente seguindo o mesmo fluxo na busca pelo atendimento nas Redes de Atenção à Saúde.

Na China, a Medicina Tradicional Chinesa (MTC) tem sido utilizada e recomendada desde o início da pandemia, sendo esta uma parte integrante dos serviços de saúde naquele país. Liu et al. (2020) e Xiong et al. (2021) referem que o uso da MTC associada às medidas da biomedicina permitiram que muitos pacientes apresentassem uma recuperação mais rápida. Um estudo realizado por Zhao et al (2021) apresentou o uso da acupuntura e moxabustão como forma de prevenção e tratamento para COVID-19. Sendo a prática ainda associada a menores chances de recaídas, devido às suas propriedades de regulação imunológica.

Na Índia os praticantes de Ayurvédicos sugeriram à população, por meio do governo local, a prática de dez medidas para aumentar a imunidade contra a COVID-19, entre elas estavam: tomar água morna, enxague da boca com óleo, inalação de vapor para doenças respiratórias e decocção de ervas (RAJKUMAR, 2020). Segundo Xiong et al. (2021) nos hospitais da MTC a equipe médica utilizava queima de *Artemisia argyiou* e a decocção de uma ou duas porções como forma de evitar a transmissão do vírus. Para aqueles profissionais que foram expostos ao vírus, mas não infectados, foi utilizado como forma de prevenção a aromaterapia com ervas.

#### 6.2.4 Categoria 4- Esfera profissional e a vivência da COVID-19 grave

A internação em um leito de UTI é cercada de incertezas, sentimentos e mudanças por ter sua vida abruptamente afetada, perdendo o contato com o mundo externo e com seus entes queridos. Durante a pandemia as mídias sociais tiveram sua

atenção voltada para a gravidade da doença, que se propagava, atingindo proporções inimagináveis. O alto fluxo de notícias pesarasas apresentou um significado singular aos pacientes que tiveram suas vidas interrompidas para estar internados em uma UTI (BARTOLI et al., 2021). Devido às circunstâncias e a gravidade da doença a esfera profissional se mostrou ser o modelo hegemônico de atenção na COVID-19.

A seguir apresentam-se as descrições dos participantes quanto à sua vivência relacionada à internação, intubação ou utilização de outras medidas para manutenção da vida na UTI:

*Lembrei de Deus, lembro que eu até duvidei do médico. Duvidei, eu disse, não, com a máscara eu to respirando bem doutor! Tem um problema, porque eu estou respirando aqui! - Não ele disse, não seu P1, a vazão está 14 mililitros. Se o deixarmos aqui você terá uma parada cardiorrespiratória, e pode ser pior. Não tem o que fazer, está tudo certo, os aparelhos, é isso mesmo, tenho que fazer esse procedimento no senhor. Foi feito aquele coquetel e tive que assinar um termo para fazer. Ele falou comigo, até fez uma chamada de vídeo e disse, pode se despedir da tua família agora! Ai o bicho pegou, eu disse é agora (risos). Era umas duas horas da madrugada, falei com a minha esposa e filho, conversamos um pouco e logo deram aquela injeção de sedação; não vi mais nada. Fui acordar em Brusque treze dias depois. Mas, a situação é bem crítica de viver, sobreviver no caso ou morrer! É uma dessas duas hipóteses. Estava bem complicado, eu pensava, minha nossa, uma hora para outra isso tão rápido que aconteceu. Não tinha comorbidade nenhuma (P1).*

*Uma hora da tarde eu acho que me tiraram da enfermaria e me levaram de novo para aquela sala onde eu entrei naquele primeiro dia; de novo botaram vários equipamentos, vieram com a máscara VNI. Vamos testar essa máscara, porque essa outra não está dando conta! E veio minha esposa, deixaram ficar 5, 10 minutinhos ali. E quando ela saiu, falaram para ela, que eu ia pra UTI. Então, eu pedi para fazer xixi, pedi para ela trazer o recipiente para fazer xixi. Ela disse, não a partir de agora tu vais ser monitorado, vão colocar sonda, porque agora tu vais para UTI. Deu um choquezinho de novo e tive o mesmo pensamento quando sai de Itapiranga. Então, se é para ir, se é para ajudar, então é lá o lugar. (P2).*

*Eu não consigo lembrar, mas eu acho que do jeito que eu estava assustado, era melhor, não saber o que era intubação, eu disse, não, eu creio, pode ser (P3).*

*Quando ele falou assim, - para ti não tem mais saída, a tua última esperança é intubação, nós vamos tentar te salvar. Pensei, eu naquela esperança, que eu ia conseguir. Ele disse, - vamos fazer o seguinte, teu corpo não está reagindo mais, os batimentos cardíacos abaixaram bastante e agora tem que entubar! Vamos ligar para tua família para se despedir. Ele disse, - para se despedir porque não sabemos se você vai voltar. Ele disse o teu caso é gravíssimo, não é grave, é gravíssimo e teu corpo está indo. Meu Deus me deu um frio, assim eu parei, me emocionei na hora. Pensei eu vou morrer! Aquela enfermeira que ligou, disse:- eu vou ligar para tu falar com a tua esposa e tudo que tiver para falar pode falar, não esqueça de nada, não guarde nada, o que se lembrar de coisas e documentos fala para ela onde está para depois o susto não ser maior. O meu piá disse que aquilo foi forte, porque eu tinha na cabeça que eu não podia me entregar. Ele disse pai não se entrega tu tens que voltar para nós jogarmos bola. Não é fácil, eu tinha aquilo na cabeça, que não podia me*

*entregar porque tinha que voltar que meu filho precisava de mim, que ele queria jogar bola (P4).*

*Eu lembro que cheguei na entrada da emergência, dali em diante não lembro mais nada. Eles disseram que eu mesma fiz a ligação, do meu celular, a vídeochamada para o meu irmão, para o L. para a família deles, e que eu falei que ia ser intubada e que ficaria tudo bem, que voltaria, mas isso eu não sei, não lembro. Então isso apagou junto com a intubação (P5).*

*Fui direto para UTI, entraram correndo lá para dentro com uma carrocinha de ferro, uma maca e, em questão de meio minuto eles vieram e queriam me intubar. Por favor não façam isso. Eu entrei e vi tudo. Uma coisa redonda e muita gente. Eu disse não faz por favor, deixa eu morrer assim, não quero é muita tristeza. E o médico veio, e disse: deixa ele um pouquinho ainda, e fizeram as injeções e botaram o oxigênio, não levou meio minuto eu não tinha mais relógio, eu não tinha mais nada de roupa. Eu estava nú deitado naquela carrocinha de ferro, até que me levaram para a cama, me colocaram outra roupa, e assim foi, fiquei 13 dias. Mas, muita gente eles intubavam de manhã, quando era de noite já estavam mortos. Vi tanta gente morrer, naquele hospital. Vi tanta gente saindo da UTI, saindo para fora. Eeu vi muita mãe de família morrer, fiquei muito triste por causa disso, mãe de família não pode morrer, não pode morrer (P6).*

*Tu ficas que nem um indigente só uma fralda. Meu Deus! Botaram sensor em tudo, botaram um cateter para as injeções; era batimento cardíaco, era sistema de pressão, nossa é tanto aparelho, que tu ficavas engessado. Botaram o tubo direto porque não queriam mais que eu me esforçasse e a máquina começou. A máquina dava uma pressão positiva para erguer o pulmão e trazer de volta de novo, e aquilo que me salvou bastante. O médico dizia: - tu respira bem devagarzinho, tenha paciência. Eu não conseguia mais dormir, ficava estranhado não sabia se era noite, se era dia, não tinha relógio. O que me assustou foi aonde tinha veia começou a sangrar, nariz e boca sangrava, nunca tive hemorroidas e estava sangrando. Entrei em desespero e o médico da UTI nunca me esqueço ficou do meu lado e dizia respira bem devagarzinho, porque quanto mais tu se desesperares, pior vai ficar e nós vamos ter que intubar, então calma, respira bem devagarzinho (P7).*

*Não sabia certo assim (P8).*

*Eu não estava tão mal. Eu pensei por que intubar? O que é intubar? Eu pensava que era oxigênio, porque eles botaram oxigênio, e eu ainda achando que não estava mal. Só uma coisa que lembro, que cheguei lá. Eles falaram tu tens alergia de algum remédio? Eu falei sim, dipirona e não vi mais nada. Até hoje eu penso por que eles me intubaram, mas era preciso, se não eles não iriam intubar (P9).*

*Eu fiquei 24 horas na UTI acordado, usando aquela máscara VNI; de noite começou a crise de tosse, tossia e expelia sangue, e como eu era ansioso a minha pressão subiu. O doutor disse: se não se controlar eu vou ter que intubar, e passou uma meia hora começou a cair de novo meus sinais e ele falou: nós vamos intubar, quer ligar para casa se despedir da tua família? Quer conversar com alguém? Falei não, pode ficar tranquilo que eu vou voltar, pode fazer o que tu quiseres, eu vou voltar, pode dizer a eles ficarem tranquilos (P10).*

A COVID-19 pode apresentar formar graves e evoluir para a síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), que está ligada a altas taxas de letalidade

(GRASSELLI et al., 2020). Uma reorganização da estrutura dos hospitais foi necessária para conseguir acomodar o alto fluxo de pacientes com COVID-19 em todo o mundo (LE TERRIER et al., 2022). A superlotação hospitalar, principalmente de leitos de UTI, fez alguns profissionais adotarem abordagens mais conservadoras, como o uso de ventilação não invasiva (VNI) e cânulas nasais de alto fluxo, medidas que vão além da intubação oro traqueal (VERA et al., 2021).

O posicionamento prono, associado às medidas de ventilação não invasivas contribuíram para evitar uma sobrecarga ainda maior do sistema de saúde (COPPO et al., 2020; FRANCO et al., 2020). Pacientes intubados estão sedados ou o que é popularmente denominado de coma induzido. O procedimento é realizado com o auxílio de medicamentos que reduzem a função cerebral. Sendo o suporte de vida mantido com o auxílio de um aparato tecnológico como os ventiladores mecânicos (SILVA et al., 2019).

Ao explorar as narrativas dos participantes sobre sua internação na UTI nota-se uma relutância em aceitar a gravidade da situação com descrito por P1 *“lembro que eu até duvidei do médico”*, em consonância P2 *“Pensei, eu ainda naquela esperança que ia conseguir”* falas semelhantes se apresentam em P9 *“Eu não estava tão mal, eu pensei, mas por que intubar”*. Segundo Vera et al. (2021), alguns pacientes podem apresentar hipóxia severa e não apresentar dispneia ou esforço respiratório na COVID, tornando a definição do momento ideal da intubação, muitas vezes, um desafio. Outro fator a ser levado em consideração é o acometimento rápido causado pela doença o que dificultou a aceitação por parte dos participantes.

A internação na UTI provoca mudanças na vida dos pacientes e familiares. A internação por tempo indeterminado, a separação, angústia da possível morte e incerteza do futuro afetam a existência humana. A despedida da família e as incertezas marcaram a realidade dos participantes, como descrito por P1, P2, P4 e P5.

Para Frampton, Agrawal e Guastello (2020), o distanciamento da família foi intensificado ainda mais na pandemia, como forma de conter a propagação do vírus, principalmente intra hospitalar. Dificultando em muitos casos a despedida de pacientes que evoluíram para óbito.

Para Kleinman (2019), um único momento de despedida e o sofrimento intenso em doenças graves fazem as pessoas apelarem para a religião como forma de súplica. Sendo a religião vista como uma forma de encontrar respostas para os obstáculos que se instauram. Como descrito nas falas de P1 e P4, lembrar e pedir por Deus, são formas de buscar um significado e fortalecimento para seu infortúnio. Para Thomas, Egnew (2009)

o sofrimento surge quando as pessoas não encontram um sentido para o acontecido, pois o sofrimento é transcendido por um significado que, quando encontrado, transforma a experiência.

Para Fitzpatrick et al. (1984), o significado atribuído à doença é construído em uma cultura particular que molda a experiência do sofrimento. Quando as pessoas são atingidas por uma doença com potencial risco de morte, a necessidade de dar significado ao seu sofrimento é imensa. Diante das situações de sofrimento vivenciadas e vislumbradas por P6 ao entrar na UTI, o participante se nega a aceitar a intubação, pois o procedimento em seu ponto de vista está atrelado a maior sofrimento. Nota-se ainda uma preocupação com o próximo e principalmente uma valorização do significado da figura materna em sua vida.

Da mesma forma, P10 apresenta em sua fala uma convicção de melhora e recuperação posterior à intubação, tanto que não quis se despedir da sua família, referindo que aquela não seria a última vez. Talvez essa convicção fosse sua fé, que lhe trazia alento e certeza de melhora. A mesma certeza foi referida na narrativa de P5 que, ao se despedir da família, refere que iria voltar, mostrando um cuidado em acalmar a própria família diante de sua angústia.

Ao se tratar da intubação P3 e P8 desconheciam o procedimento que ficou famoso através das mídias sociais na pandemia. P3 em sua narrativa apresenta uma confiança na esfera profissional relacionada ao procedimento. Para Florencio et al. (2020), mesmo que não se possa prever qual vai ser a finalização do quadro clínico, o cuidado deve ser planejado de forma isolada. Pelo fato da COVID ser uma doença nova, as incertezas sobre as medidas de suporte utilizadas pairavam no ar, gerando angústia nos profissionais, pacientes e família.

Para P7, estar na UTI torna as pessoas totalmente dependentes do cuidado de próximos, a pessoa deixa de ser “eu” e passa a ser um “*indigente*”, termo usado pelo participante para expressar a insignificância que o ser humano assume diante da doença. Evidenciando que a vida fica estagnada involuntariamente diante de um infortúnio grave na UTI, perdendo a noção do tempo entre dia e noite.

Para Bartoli et al. (2021), a vida do paciente fica paralisada sobre o leito de UTI, enquanto sua família vive a angústia de esperar a próxima ligação diária sobre seu estado de saúde, desconhecendo a melhora e piora do quadro clínico de seu familiar em um longo espaço de tempo. Devido ao isolamento ser um obstáculo no contato direto com o paciente e família, a equipe de saúde deve providenciar chamadas de vídeo para que não

ocorra uma perda de contato entre paciente, equipe e entes queridos (FLORENCIO et al., 2020).

#### 6.2.5 Categoria 5- Transcendência como fonte de melhora e restauração

A transmissão de crenças e apego religioso normalmente é transmitido de geração em geração (GAZTAMBIDE; FORTUNA; STUBER, 2022). Na presença da doença e sofrimento, as pessoas apresentam uma mudança de atitude relacionada à sua saúde e estilo de vida. Diante da pandemia que se instaurou de forma rápida, as práticas religiosas podem ser vistas como uma forma de controle da situação, tornando-a mais aceitável e compreensível (KOWALCZYK et al., 2020).

Em situações de doença ou interrupção repentina da vida cotidiana a religião pode servir como fonte de explicação e enfrentamento da situação (RASSOULIAN; STASTKA, 2022). Apresentam-se a seguir as narrativas relacionadas à prática da oração e adoração a Deus como fonte de melhora e restabelecimento,

*A gente é católico eu acredito em Jesus Cristo. Eu fazia muito as minhas orações e dizia que ia conseguir! E nos profissionais também, acreditava muito! Nos profissionais que estavam me atendendo, os médicos, enfermeiros, que Deus ia iluminá-los, com sabedoria. E ia dar tudo certo, eu ia melhorar, sobreviver. E assim foi! (P1).*

*Confiava em Deus, pedi a Deus para ele me ajudar (...)por dentro, já não sou mais o mesmo. É um outro modo, as experiências. Eu prefiro ver esse evento, então com uma experiência de vida (P2).*

*Eu sou católico, mas eu vou na evangélica também. Me ajudava bastante. Lembrava de Deus, lembrava da família, tudo eu devo. O cara se ajuda, mas quem está ali e passou é só Deus, não tem outra explicação. Minha mentalidade é essa sobre isso. E, claro, eu lembro que eu cantava louvor que eu escuto, lembro que eu cantava e ficava mais calmo(...) Agradecer a Deus por ter me dado uma segunda chance de viver, porque os outros podem dizer é exagero, mas a minha mentalidade é que Deus me proporcionou isso, porque toda a Glória é dele (P3).*

*Eu acredito se não estaria aqui. Porque foi um momento que eu orei a Deus muito, pedi a Deus, antes de ser intubado. Eu pedi para que Deus usasse os médicos para fazer o melhor procedimento possível, tanto que eu falei para ele, quando eu terminei minha oração, ele disse: E por mim? Tu rezaste também? Eu disse sim e vai dar tudo certo, ele disse amém (médico). E de, quando eu voltei, ele também se emocionou. Ele disse o teu Santo foi forte, Deus ouviu tua oração, eu pedi, mas eu to curado? Ele (médico) disse sim, está curado, agora é só aguardar a tua recuperação (P4).*

*Não rezava orações decoradas, mas falava com Deus, que seja tudo pelo amor de Deus, seja o que Deus quiser, isso era uma ladainha que mentalmente eu dizia. Então até oralmente, mas sem a voz. A família fez novena, os amigos, os amigos dos amigos, tinha gente que nem me conhecia, me conheceu depois.*

*Nós rezamos tanto nem sabia quem você era, mas nós rezamos tanto por você (...) faziam videochamada e rezavam juntos. É um milagre essa minha vida, porque eu passei, eu tinha melhorado, depois piorei até avisaram à família para estarem preparados e preparar o meu filho. Os médicos quando me viam depois, no pós-covid, eles diziam isso é um milagre, eles mesmo diziam que era um milagre e eu também acredito no milagre de tanta gente que estava rezando. Muita gente rezando no Brasil inteiro, até fora do Brasil. Eu não conseguia dormir, tinha dias que eu não dormia, dormia mal e eu sempre dizia assim; Que seja tudo pelo amor de Deus, seja feita a vontade de Deus, que seja como Deus quiser. Então, hoje digo, eu estou viva graças a Deus (P5).*

*Sou católico, não sou um homem de igreja e não vivo de igreja não, não sou muito de estar na igreja, não adianta você estar todo fim de semana na igreja, com calos no joelho e tu não respeita tua religião. Eu vou muito pouco na igreja, mas quando eu vou faço meus deveres de casa e está bom. Graças a Deus, se não for isso você não vive, você não é feliz na tua vida. (P6).*

*Eu nasci católico, mas na igreja vou muito pouco, mas eu entendo que existe uma pessoa superior e para tudo tem que fazer o bem. A gente nem sabe rezar certo, mas a todo momento pedia para me tirar dessa que não tinha motivos, que eu não tinha feito alguma maldade que me levasse agora. E a crença ela te ajuda de um jeito ou de outro, ela tem ajuda, porque se tu acreditas, tu botas fé, tudo ajuda e a melhora assim de um dia para o outro foi muito rápida. Minha crença foi essa que eu acho que me livrou (P7).*

*Ah sim, rezar era o que mais fazia (P8).*

*Eu só orava e pedia pra Deus, que eu queria voltar, que não era a hora. Eu não queria morrer. Porque eu que tinha a minha família. Só pensava por que eu? As outras pessoas não ficaram mal que nem eu. Ficava pensando, mas ao mesmo tempo, eu pensava: Deus é bom, Deus vai me tirar dessa, que o jeito que eu estava, chamaram a família para se despedir duas ou três vezes. Mas, graças a Deus estou aqui. Eu caminho na rua feliz, caminho na rua agradecendo a Deus, não era para estar aqui, mas Deus quis que eu ficasse, eu perdi seis da minha família, todos de COVID. E todo mundo orando, tinha gente até do Mato Grosso orando. Nós somos da igreja evangélica quadrangular há 20 e poucos anos, diz que era oração sem cessar (P9).*

*Eu acredito em Deus, sou da religião católica. Eu vou na missa uma vez por mês. Eu gosto, mas não gosto de ir todo domingo, quando eu acho que eu tenho que ir eu vou. Eu fazia minhas orações, mas não conseguia terminar um pai nosso, não conseguia terminar porque eu me emocionava. Depois que a minha esposa me contou e mostrou, ela chegou em casa acendeu uma vela e pediu pra Santa Paulina e se formou um pulmão. Se formou um pulmão na chama da vela, assim foi um negócio é de arrepiar, arrepiava de ver, porque eu fui agradecer, como a gente pediu. Eu cheguei lá e não conseguia fazer outra coisa a não ser chorar, chorava, meu piá começou a chorar, foi um negócio sem explicação (P10).*

Diante do acometimento rápido causado pela progressão da COVID-19, associada à sensação de impotência e medo, a pequenez e fragilidade da existência humana foi evidente (KOWALCZYK et al., 2020). A importância da religião no contexto das doenças graves está atrelada à incerteza no prognóstico, terapias prolongadas e na busca pela cura (KELLY et al., 2022).

A religiosidade é compreendida como uma experiência humana, qualificada pela integração com as práticas sagradas, relaciona-se com o quanto um indivíduo aprática e acredita em sua religião (KHALAJINIA; HEIDARI, 2021). A espiritualidade está correlacionada com diversas dimensões humanas, como comportamento e sentimentos. Ligada à compreensão das experiências humanas, a vivência dos processos faz as pessoas terem fé e encarar a existência com mais harmonia e equilíbrio. A crença em um ser superior traz conforto e perspectiva de mudança (SILVA et al., 2021b).

Para Rassoulian e Stastka (2022), a espiritualidade é conceituada em diversas culturas, expressada através da crença em Deus, sendo vista como um fator que contribui para a recuperação da saúde. Para Silva M. et al. (2021b), a espiritualidade é caracterizada como uma potencialidade diante das adversidades, trazendo reações positivas, frente ao adoecimento que excede a segurança familiar. Apesar de religiosidade e espiritualidade possuírem conceitos diferentes, eles se entrelaçam pela conexão com o sagrado.

Os participantes expressaram sua maneira individual sobre o significado e a importância da crença em Deus, deixando claramente evidenciada a fé em um ser superior. A religião católica foi predominante entre os participantes. Para P3 e P5 a cura obtida foi atribuída como sendo ato de Deus, visto que, a palavra “*milagre*” foi utilizada por alguns participantes para referenciar a sobrevivência diante da COVID grave.

As crenças religiosas geralmente estão presentes em diversas fases da nossa vida, sendo percebidas como forma de enfrentamento de doenças, atitude positiva diante de situações difíceis e recuperação após a hospitalização. Sendo a figura de “Deus”, vista como uma força maior que poderá salvar a população de seu infortúnio (KOWALCZYK et al., 2020).

Para Bravin et al. (2018), a busca pelo significado do acometimento repentino é regida pelo sofrimento e angústia, que são amenizados ao se sentir ligado a um ser maior, sendo uma forma de buscar esperança e propósito de vida, diante de situações estressantes.

A presença de orações e formas individuais de se comunicar com Deus foram constantemente relatadas, representando a esfera folclórica neste estudo. A busca por respostas estava presente nas narrativas de P7 e P9 expressas pelas palavras “*porque eu*” evidenciando inconformismo com a situação vivenciada. Segundo Willemse et al. (2020), em situações estressantes e de desesperança as perguntas “*por que*” são realizadas na busca por um significado e compreensão, refletindo um sofrimento intenso.

A importância da religião no contexto das doenças graves está atrelada à incerteza no prognóstico, terapias prolongadas e na busca pela cura (KELLY et al., 2022). Os benefícios da crença em um poder maior foram evidenciados nas narrativas dos participantes. Para P7 a crença em algo auxilia na recuperação e, de tal modo, para P6, pessoas que não possuem uma religião ou crença em algo não são felizes. P1 apresentou em seu relato a crença na ciência, além da crença em Deus e P4, em suas orações, pediu que Deus usasse os médicos como instrumento de cura.

As narrativas de P5 e P9 demonstraram que as orações não eram realizadas apenas entre a família, e sim entre grupos que pertenciam à mesma religião ou adoradores de diversas crenças e lugares, que se comoviam frente à situação. Diante dos relatos, a família das duas participantes foi chamada para se despedir, devido à gravidade do quadro. A presença de rituais religiosos e práticas espirituais são vistas como forma de fortalecimento da família, diante das dificuldades ou perdas iminentes (GAZTAMBIDE; FORTUNA; STUBER, 2022).

Segundo Handayani et al. (2022), a espiritualidade está atrelada a uma resposta adaptativa e de aceitação, que gera no indivíduo diversos mecanismos de enfrentamento, enquanto buscam por sua recuperação.

Estudos realizados na Indonésia apontaram que pessoas com níveis maiores de espiritualidade apresentaram uma aceitação maior em relação à vacinação para COVID, mostrando uma facilidade em lidar com problemas relacionados à saúde (HANDAYANI et al., 2022). Willemse et al. (2020) citam estudos que evidenciaram a hospitalização em leitos de UTI como fator para o aumento da espiritualidade, referindo que os pacientes buscam não somente a cura física, mas também a cura espiritual e emocional.

#### 6.2.6 Categoria 6 - Da fase aguda para as sequelas imprevisíveis

Desde o início da pandemia em 2020, não se pensava em quando a fase mais crítica da pandemia passasse, que haveria as sequelas do pós-COVID-19 (YONG, 2021). Embora existam diversas denominações para as sequelas deixadas pela doença, neste estudo utilizamos a terminologia COVID longa.

Os principais mecanismos responsáveis pela COVID longa permanecem incertos. Ela apresenta uma característica intrigante, que é a capacidade residual de afetar tanto casos leves como graves (DESAI et al., 2022).

As manifestações da COVID longa podem variar em intensidade, sintomas e duração. Sendo capaz de afetar diversos sistemas simultaneamente, como: sistema respiratório, cardiovascular, nervoso, digestivo e hematológico (ZAWILSKA; KUCZYŃSKA, 2022). Estudos de acompanhamento sobre sintomas mantidos após a alta hospitalar por COVID estão sendo explorados, objetivando a avaliação da função pulmonar, problemas físicos e psicológicos mantidos após a fase aguda (HUANG et al., 2021).

Quanto à presença de sequelas após um ano da fase aguda grave da COVID-19, na maioria dos participantes obteve-se os seguintes relatos:

*A princípio vida normal. Só no início claro foi devagar, trabalho e atividade física. Alguma coisa nas minhas atividades físicas, em dia de calor não tenho mais aquele fôlego, aquela resistência como era. Mas, nada que atrapalhe meu dia a dia (P1)*

*A memória, eu acho que afetou. Porque, não tenho mais a mesma memória de antes, às vezes dá aquele branco, não sei se é porque estou ficando mais velho, mas é uma das coisas que eu percebi que ficou mais persistente. Volta e meia dá aquele branco e a recuperação do meu pulmão foi fantástica, fantástica (P2)*

*Eu estou fazendo uns exames, eu nunca tive esse braço que formiga bastante, e dor de cabeça assim do nada, e acho que é isso, a respiração tipo no começo parece quando eu jogo bola, quando começo a correr parece que seca logo a garganta, eu tomo água e fica tudo bem (P3)*

*É um pouco de cansaço no fim do dia, um cansaço. Às vezes, se eu não marcar, muita coisa esqueço. Eu antes era meio desligado, se eu não marcar e tu falar daqui uns 5 minutos, já não lembro mais. Se pedir para fazer tal coisa: me traz isso do mercado, se não marcar eu não trago, eu esqueço. Eu ainda estou em tratamento com o pneumologista A. Eu fiz aquele exame de espirometria e falta recuperar em torno de 12% do pulmão. Eu fiz fisioterapia, tratamento para aumentar a imunidade, contra coágulo, para fortalecimento dos músculos e até agora eu também estou usando bombinha duas vezes por dia (P4).*

*Hoje eu não aguento mais fazer tantas coisas, tem dias que o cansaço é demais. Eu não consigo mais caminhar de tão cansada, uma fadiga. O médico cardiologista há 2 semanas me disse, que isso vai passar. Outra coisa, essa hérnia de hiato, agora tenho esse problema. A alimentação é bem difícil. A perda emocional, da perda da irmã, a obesidade também, porque como eu não consigo fazer tantas coisas. O dinheiro também, tenho hoje contas altas são sempre contas de 500, 600 reais cada vez que vou à farmácia. Agora que diminuiu a medicação, então a lista sempre era grande, estou com contas muito altas na farmácia, porque na farmácia básica quase não tinha nada. Essa fadiga, hérnia de hiato, a memória, e a própria idade ajuda. A visão também piorou. Antes só usava óculos para leitura, hoje preciso usar os óculos no dia a dia também; e a audição um pouquinho também, essas coisas me afetaram. O pulmão ficou com sequela também. Ele ficou afetado, está só 80% bem, por causa dessa bactéria ficou afetado. E outra coisa que eu tive ano passado não sei se foi vacina, se foi pós-covid ou porque eu já tive isso, que é uma pré-disposição para trombose. Então, hoje eu também estou fazendo uso até o final do ano da aspirina, por causa da trombose. Tomei medicação 21 dias em repouso absoluto. Esses 21 dias não passavam nunca, antes de*

*completar os 21 dias era para voltar, mas quando voltei graças a Deus as orações de novo (P5).*

*Hoje tenho cansaço e falta de memória. Eu canso muito, se eu correr até aquela árvore chego lá e caio, chego lá e não tenho mais ar. Tem horas quando volto da cidade passo da minha entrada, quando vou na padaria buscar alguma coisa e me esqueço, e venho para casa, depois eu volto e compro. Eu estou muito esquecido. Fui ao especialista e ele me deu uns comprimidos para direitar a memória; fui comprar paguei 306 reais para duas caixinhas de remédio, que no nosso posto não tinha. Eu comecei a tomar e comecei a ficar cego e parei de tomar (P6).*

*A insegurança, eu fiquei muito mais inseguro e qualquer coisa que escuta, sobre a doença de novo, volta todo aquele filme, assim tu não se arriscas mais, tu achas que não vai conseguir, é tudo psicológico, da cabeça. Não tenho mais força e parece que tudo puxa mais para baixo. Lapsos de memórias, eu brinco até hoje, eu esquecia, falava uma coisa hoje, amanhã sei lá, não falei com ninguém isso. No início ia fazer uma tarefa cansava, tinha que sentar, deitar. Chegou um ponto, um dia fui mexer na lenha ali embaixo cheguei aqui estava azul. A resistência chegou no limite. Que nem o outro disse a idade apertada também. Com o tempo, que nem agora vai fazer dez meses que estou nessa recuperação. Eu me sinto uns 95, 96%. Na parte pulmonar tudo certo. Tive trombose também, no braço. (P7)*

*Depois da Covid nada. Nos primeiros dias que eu estava mais esquecido. Mas as atividades são normais (P8).*

*Há dias que eu tenho bastante dor nas costas, e parece tipo uma fraqueza, eu como bem, eu já caí umas 3 vezes, semana passada eu caí dentro da garagem, não consegui levantar e chamei a vizinha. Na horta eu consegui levantar, do nada, parece que dá uma escuridão, uma fraqueza e tu se vai, ainda não quebrei nada. O doutor disse que vai uns dois anos para sarar bem. Tem dias que eu esqueço, qualquer coisa, mas depois de umas horas, eu lembro, mas a gente fica esquecida. Agora o médico mandou fazer exercícios, porque tenho bastante dor nas costas e nas pernas, por tempo indeterminado (P9).*

*Hoje eu corro, jogo bola, faço minhas coisas, a única coisa é a barriga que não consigo perder. Cuido muito da minha alimentação, faço os exames cada mês, tudo certinho. A única coisa é aquela disfunção hormonal que foi uma bomba de medicamento que eu tomei até o organismo se regular novamente. Para ter uma ideia eu tomo água e engordo. Eu acordo volta e meia com o bip do monitor, por exemplo, ontem à noite acordei no susto, com o inconsciente bip, bip, bip, então isso foi a única coisa que ficou para mim (P10).*

Segundo Raveendran, Jayadevan e Sashidharan (2021), os sintomas mais comuns relatados para COVID longa incluem: tosse, fadiga, falta de ar, dor de cabeça, mialgia, formigamento, perda de cabelo, fraqueza, problemas de memória e concentração.

A presença de sintomas em pacientes que passaram por hospitalização varia de 32,6% a 87%, apresentando uma tendência maior em pacientes mais graves (NALBADIAN et al., 2021). Ao analisar as narrativas percebe-se a ausência de sequelas descritas após um ano da fase aguda em P1, P7 e P8, no entanto, os participantes referiram que após a alta ainda mantinham sintomas como fadiga e lapsos de memória, que foram desaparecendo gradativamente. A duração dos sintomas até a recuperação total é muito

variável segundo Evans et al. (2022) e pode ocorrer em um intervalo de tempo curto ou durar mais de 12 semanas, após o teste positivo, sendo nesse caso considerado COVID longa.

Observou-se que seis participantes referiram manter sintomas relacionados à COVID longa e um participante mantém sequelas relacionadas ao tratamento e da internação. P2, P4, P5, P6 e P9 referiram problemas de memória com sintomas em comum e apenas três participantes citaram a fadiga, que ainda persiste. Sintomas de formigamento no braço e cefaleia foram citados por P3.

Em relação às sequelas pulmonares P4 aponta que não recuperou totalmente a função pulmonar necessitando de medicações inalatórias até o momento, do mesmo modo P5 manteve apenas 80% da função pulmonar após a alta hospitalar.

Um estudo realizado por Huang et al. (2021), com 1.733 pacientes que receberam alta hospitalar em Wuhan na China, constatou que mesmo após seis meses da doença aguda, 76% dos pacientes mantinham ao menos um sintoma, sendo a fadiga e fraqueza muscular representados por 63% dos pacientes. Estudos realizados por Tang et al. (2022) mostraram que 56% dos sobreviventes da COVID-19 apresentam difusão pulmonar anormal e 61% alterações de vidro fosco evidentes na tomografia de seis a nove meses após a internação.

Uma metanálise realizada por Alkodaymi et al. (2022) demonstrou a prevalência de sintomas como fadiga, dispneia, mialgia e distúrbios do sono em um período de 12 meses após a COVID aguda. E prevalência de tosse, cefaleia, perda de olfato e paladar em um período de seis a nove meses. Outra metanálise realizada por Ceban et al. (2022), com abrangência de 25.268 participantes com COVID longa, demonstrou uma proporção maior de pacientes com queixas de fadiga. O autor destaca não ter encontrado diferenças em relação à fadiga entre pacientes hospitalizados e não hospitalizados.

Mattioli et al. (2021) encontraram comprometimento cognitivo e déficit neurológico maior em pacientes graves que estiveram na UTI por COVID em relação a pacientes com sintomas leves, que não necessitaram de suporte de oxigênio. De acordo com as narrativas percebe-se que cinco participantes citam a persistência de mais de um sintoma presente na COVID longa.

Um estudo realizado na Itália descobriu que 60 dias após a alta hospitalar, 87% das pessoas mantiveram pelo menos um sintoma. Enquanto 32% apresentavam um ou dois sintomas e 55% dos participantes referiram três ou mais sintomas (CARFI et al., 2020).

Segundo Hayes, Ingram e Sulthorpe (2021) os sintomas deixados pela doença afetam a qualidade de vida diária da população, pois envolvem a presença de sintomas ou manifestações multissistêmicas. Sendo a COVID-19 conhecida também como uma síndrome múltipla de órgãos, não sendo exclusivamente responsável por condições pulmonares (RAMAKRISHNAN et al., 2021).

Além de sequelas causadas pela doença, a COVID-19 foi associada a eventos trombóticos, principalmente em pacientes graves (DESAI et al., 2022). Achados semelhantes foram identificados nas falas de P5 e P7 que apresentaram trombose após a alta hospitalar. A presença de fraqueza muscular e problemas de mobilidade são queixas comuns após COVID grave segundo Desai et al. (2022). Queixas presentes no relato de P9 referem “uma dor nas pernas, parece uma fraqueza, já cai três vezes”.

Para Piotrowicz et al. (2021), a internação prolongada no leito de UTI está associada à perda muscular catabólica gerada pela inflamação sistêmica causada pela doença.

Os impactos neuropsicológicos deixados pela doença ainda não são totalmente conhecidos. A tendência é que, com o passar dos anos, mais efeitos colaterais relacionados à doença e ao tratamento sejam evidentes. A interrupção abrupta da vida cotidiana, o tratamento realizado associado à internação na UTI podem ser fontes estressoras aos pacientes. O medo da morte, dor, perda do controle e intervenções como intubação podem estar relacionados ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (GOSSELIN et al., 2018; KASEDA; LEVINE, 2020).

Para Shalev et al. (2017), o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) pode ser identificado após a exposição a um evento traumático, podendo o paciente apresentar evitação, excitação, alterações de humor e cognição.

Ao analisar a fala de P10 nota-se episódio semelhante “*Eu acordo volta e meia com o bip do monitor, por exemplo ontem à noite acordei no susto, acordei com o inconsciente bip, bip, bip*”. O TEPT segundo Gosselin et al. (2018), é mais evidente em pacientes que foram intubados e ventilados mecanicamente, chegando a estimativas de 14 a 51% dos casos. Para Ju et al. (2021) pacientes com altos níveis de ansiedade durante a internação apresentam predisposição para TEPT.

Um estudo realizado por Evans et al. (2022), no Reino Unido, constatou que um ano após a alta hospitalar, a maioria dos participantes ainda não se sentia totalmente recuperada após a internação. Maes et al. (2022) referem que a COVID longa estava associada em 55% dos participantes de sua pesquisa que apresentaram redução da

qualidade de vida física, psicológica e ambiental. Devido à importância das sequelas deixadas pela COVID necessita-se uma abordagem multidisciplinar, incluindo fisioterapia, terapia ocupacional, acompanhamento psicológico e tratamento dos sintomas residuais (GREENHALGH et al., 2021).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao traçar o itinerário terapêutico dos sobreviventes das formas graves da COVID-19 percebe-se a importância dos fatores culturais na busca inicial pelo autocuidado e a influência que exerceram na percepção da saúde e adoecimento. As medidas iniciais de alívio dos sintomas como uso de chás e automedicação foram cuidados adotados na esfera popular, baseadas no senso comum instaurado. A rotulagem foi uma prática evidente até que se obtivesse a confirmação diagnóstica. A maior parte das decisões relacionadas à saúde são constituídas nessa esfera, a própria decisão de buscar auxílio em outra esfera é de cunho popular, dando sequência ao itinerário traçado.

A peregrinação dos participantes também foi marcada por idas e vindas ao pronto-socorro na percepção de piora dos sintomas, demonstrando que o atendimento a novas doenças de evolução rápida é uma das fragilidades do sistema de saúde profissional, principalmente em período pandêmico. Visto que a sobrecarga do sistema de saúde e dos profissionais, o isolamento e distanciamento da família no início da pandemia eram fatores dificultantes vivenciados pelos participantes.

Embora a esfera profissional seja o modelo hegemônico de atendimento no Brasil, neste estudo evidenciou-se a prevalência da esfera profissional com uso concomitante das práticas populares e folclóricas demonstrando a integração dos Sistemas de Cuidado à Saúde citados por Kleinman.

As práticas de utilização de chás se mantiveram mesmo após a prescrição de medicações pela esfera profissional. A avaliação da eficácia do tratamento e medidas instituídas foi realizada através do modelo explicativo criado. E por meio desse modelo, ocorre a construção da realidade clínica, que vai se alterando conforme o participante transitou dentro dos sistemas de cuidado à saúde.

A esfera *folk* ficou evidente na busca por auxílio espiritual através das práticas de oração e adoração a Deus. A crença em um Ser superior foi o porto seguro, principalmente durante a piora da doença, servindo como alento, súplica e resposta para a superação da situação vivenciada. Deus foi citado como responsável pela cura por alguns participantes e a presença da oração foi descrita como benéfica para o alívio do sofrimento e angústia causado pela doença.

As dificuldades encontradas pelos participantes remetem exclusivamente à esfera profissional, sendo a superlotação dos hospitais, principalmente UTIs, um dos fatores mais referidos. A transferência para cidades distantes na busca por leitos,

associada à comunicação prejudicada com a família, somadas à insegurança e incerteza em relação a uma doença que ainda não dispõe de um tratamento assertivo, são aspectos importantes para o repensar das políticas públicas e institucionais no enfrentamento de pandemias futuras.

A falta e a dificuldade no acesso aos prontuários após a transferência hospitalar e o número pequeno de participantes do estudo foram limitações encontradas.

O percurso traçado inicialmente segue até os dias de hoje para alguns participantes que seguem na busca da amenização de sintomas da COVID longa. Apesar do transcorrer de um intervalo maior que um ano, entre o adoecimento e a realização desta pesquisa, a predominância de sequelas nos participantes ainda é notória.

Conhecer o itinerário terapêutico traçado pelos sobreviventes da COVID-19 baseado nos sistemas de cuidado à saúde de Kleinman oportunizou a percepção da influência cultural no processo de adoecimento, viabilizando a identificação das práticas, concepções pessoais e simbolismo que os participantes atribuem à sua doença, proporcionando uma visão que vai além do profissional. Apresentando construções de realidade clínica diferentes para uma mesma doença, demonstrando que os comportamentos relacionados à saúde apresentam variações, mesmo dentro de uma mesma cultura ou localidade. Deixando visível que a doença é uma construção cultural, recheada de significados e simbolismo, que vai muito além da busca pela cura.

Desta forma, permitiu a identificação das esferas hegemônicas e o papel que exercem no processo de adoecimento, demonstrando a importância da integração dos cuidados populares com a esfera profissional. As diferentes práticas e comportamentos em saúde adotados para a mesma doença denotam a importância da integralidade e resolutividade nos serviços de saúde, principalmente no acompanhamento pós-COVID. A compreensão das concepções de saúde, crenças, adoecimentos realizados antes, durante e após a COVID-19 proporcionaram uma visão ampliada sobre o processo de saúde-doença.

As dificuldades encontradas no estudo ressaltaram a importância da reorganização dos serviços de saúde, elaboração e ampliação das políticas públicas que abarquem e fortifiquem os princípios do SUS no enfrentamento de pandemias e doenças respiratórias futuras.

Vale evidenciar a contribuição deste estudo para a área da saúde e enfermagem, como fonte de informação e subsídio para o planejamento de ações futuras no atendimento à COVID-19. Ampliando as possibilidades de debate sobre a influência da

cultura no processo de saúde-doença, evidenciando as práticas populares e a importância de sua compreensão e inclusão no atendimento à doença na esfera profissional.

Salienta-se ainda que a elaboração desta dissertação não contou apenas a história vivenciada pelos participantes e sim uma realidade vivenciada por milhares de pessoas e famílias que foram afetadas pela COVID-19.

Conclui-se que conhecer o itinerário terapêutico traçado à luz de Kleinman possibilitou a concepção de diferentes discursos e práxis relacionados ao adoecimento por COVID-19, assim como as concepções pessoais, simbolismo e esferas acessadas na busca pelos cuidados em saúde.

## REFERÊNCIAS

- AGGARWAL, S. et al. Clinical features , laboratory characteristics , and outcomes of patients hospitalized with coronavirus disease 2019 ( COVID-19 ): Early report from the United States Demographic and clinical characteristics. v. 7, n. 2, p. 91–96, 2020. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32352401/>>. Acesso em: 05 de ago. 2021.
- AIRES, L. C. dos P. et al. Referência e contrarreferência do bebê egresso da unidade neonatal no sistema de saúde: percepção de profissionais de saúde da Atenção Primária. **Escola Anna Nery**, v. 21, 2017. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/ean/a/g3L54ypryzYyJNvPZzzVrkJ/?lang=pt&format=html>>. Acesso em: 17 out. 2022.
- ALBUQUERQUE, L. P. de; SILVA, R. B. da; ARAÚJO, R. M. S. de. COVID-19: origin, pathogenesis, transmission, clinical aspects and current therapeutic strategies. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v. 6, 2020. Disponível em:<<https://revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/10432/pdf>>. Acesso em: 21 maio 2021.
- ALKODAYMI, M., S. et al. Prevalence of post-acute COVID-19 syndrome symptoms at different follow-up periods: A systematic review and meta-analysis. **Clinical Microbiology and Infection**, 2022. Disponível em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1198743X22000386>>. Acesso em: 31 out. 2022.
- ANDRADE, C. D. R.; LOPES, G. A. H. Brasil República: uma história de surtos, pandemias e epidemias. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, v. 5, n. 14, p. 70–92, 2021. Disponível em:<<http://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/242>>. Acesso em: 05 ago. 2021.
- ARAÚJO, S. E. A. et al. Impacto da COVID-19 sobre o atendimento de pacientes oncológicos: experiência de um centro oncológico localizado em um epicentro Latino-Americano da pandemia. **Einstein (São Paulo)**, v. 19, 2020. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/eins/a/VFchpPrYBTJBmDgrbPpFFtk/?lang=pt>>. Acesso em: 01 ago. 2021.
- AZEVEDO, T. C. P. et al. Efficacy and landscape of Covid-19 vaccines: a review article. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 67, p. 474-478, 2021. Disponível em:<SciELO - Brasil - Efficacy and landscape of Covid-19 vaccines: a review article Efficacy and landscape of Covid-19 vaccines: a review article>. Acesso em: 20 set. 2021.
- BARRETO, F. A. et al. Avaliação do Processo de Enfermagem nas Alas Covid-19 de Hospitais de Referência. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 35, 2021. Disponível em:<<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/42559>>. Acesso em: 24 jul. 2021.

BARTOLI, D., et al. The lived experiences of family members of Covid-19 patients admitted to intensive care unit: A phenomenological study. **Heart & Lung**, v. 50, n. 6, p. 926-932, 2021. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147956321002387>>. Acesso em: 27 out. 2022.

BEMTGEN, X. et al. First successful treatment of coronavirus disease 2019 induced refractory cardiogenic plus vasoplegic shock by combination of percutaneous ventricular assist device and extracorporeal membrane oxygenation: a case report. **Asaio Journal**, 2020. Disponível em: <[https://journals.lww.com/asaiojournal/Fulltext/2020/06000/First\\_Successful\\_Treatment\\_of\\_Coronavirus\\_Disease.5.aspx](https://journals.lww.com/asaiojournal/Fulltext/2020/06000/First_Successful_Treatment_of_Coronavirus_Disease.5.aspx)>. Acesso em: 04 out. 2021.

BERNAL, J., L. et al. Effectiveness of Covid-19 vaccines against the B. 1.617. 2 (Delta) variant. **New England Journal of Medicine**, 2021. Disponível em: <Effectiveness of Covid-19 Vaccines against the B.1.617.2 (Delta) Variant | NEJM>. Acesso em: 06 nov. 2022.

BOEHM, E. et al. Novel SARS-CoV-2 variants: the pandemics within the pandemic. **Clinical Microbiology and Infection**, 2021. Disponível em: <[https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X\(21\)00262-7/fulltext](https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X(21)00262-7/fulltext)>. Acesso em: 01 out. 2021.

BONGIOVANNI, M. et al. Natural history of SARS-CoV-2 infection in healthcare workers in Northern Italy. **Journal of Hospital Infection**, v. 106, n. 4, p. 709-712, 2020. Disponível em: <[https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(20\)30447-3/fulltext](https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(20)30447-3/fulltext)>. Acesso em: 20 ago. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 2012. Disponível em: <[http://conselho.Saude.Gov.Br/resolucoes/reso\\_96.Htm](http://conselho.Saude.Gov.Br/resolucoes/reso_96.Htm)>. Acesso em: 10 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE). Boletim Epidemiológico nº06-COE Coronavírus – 03/04/2020a. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 05 nov.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE). Boletim Epidemiológico nº14 - COE Coronavírus – 26/04/2020b. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 05 nov.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE). Boletim Epidemiológico nº16 - COE Coronavírus – 18/05/2020c. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 05 nov.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE). Boletim Epidemiológico Especial, Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19. Semana Epidemiológica nº18 - 13 a 07/06/2020d. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 05 nov.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE). Boletim Epidemiológico Especial, Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19. Semana Epidemiológica nº25 – 26/07 a 01/08/2020e. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 05 nov.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE). Boletim Epidemiológico Especial, Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19. Semana Epidemiológica nº 31 – 06/09 a 12/09/2020f. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 05 nov.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE). Boletim Epidemiológico Especial, Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19. Semana Epidemiológica nº 35 – 04/10 a 10/10/2020g. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 05 nov.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE). Boletim Epidemiológico Especial, Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19. Semana Epidemiológica nº 39 – 22/11 a 28/11/2020h. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 05 nov.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 – covid-19 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em:<<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/guia-de-vigilancia-epidemiologica-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-nacional-pela/>>. Acesso em: 04 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Nota Técnica Nº 59/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS. Brasília-DF, 2021b. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/notas-tecnicas/nota-tecnica-no-59-2021-cgpni-deidt-svs-ms>>. Acesso em: 28 set. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Vacinas Covid-19. São Paulo, 2021c. Disponível em:<<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/coronavirus/vacinas>>. Acesso em: 24 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE). Boletim Epidemiológico Especial, Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19. Semana Epidemiológica nº 44 – 27/12/20 a 02/01/2021d. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 05 nov.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE). Boletim Epidemiológico Especial, Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19. Semana Epidemiológica nº 57 – 28/03 a 03/04/2021e. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 05 nov.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE). Boletim Epidemiológico Especial, Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19. Semana Epidemiológica nº 66 – 30/05 a 05/06/2021f. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 05 nov.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE). Boletim Epidemiológico Especial, Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19. Semana Epidemiológica nº 79 – 29/08 a 04/09/2021g. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 05 nov.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE). Boletim Epidemiológico Especial, Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19. Semana Epidemiológica nº 84 – 24/10 a 30/10/2021h. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 05 nov.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE). Boletim Epidemiológico Especial, Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19. Semana Epidemiológica nº 46 – 14/11 a 20/11/2021i. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 09 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE). Boletim Epidemiológico Especial, Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19. Semana Epidemiológica nº 51 – 19/12 a 25/12/2021j. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 09 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial, Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19. Semana Epidemiológica nº 41 09/10/2022 a 15/10/2022a. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 04 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 – covid-19. Brasília: Ministério da Saúde, versão 4, 2022b. Disponível em:<[https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/coronavirus/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19\\_2021.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/coronavirus/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19_2021.pdf/view)>. Acesso em: 06 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE). Boletim Epidemiológico Especial, Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19. Semana Epidemiológica nº 17 -24/4 a 30/4/2022c. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 09 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE). Boletim Epidemiológico Especial, Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19. Semana Epidemiológica nº 21 22/5 a 28/5/2022d. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 09 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial, Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19. Semana Epidemiológica nº25 19/6/2022 a 25/6/2022e. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 03 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial, Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19. Semana Epidemiológica nº 30 24/7/2022 a 30/7/2022f. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 03 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial, Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19. Semana Epidemiológica nº 33 14/08/2022 a 20/08/2022g. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 03 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial, Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19. Semana Epidemiológica nº 41 09/10/2022 a 15/10/2022h. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 04 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE). Boletim Epidemiológico Especial, Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19. Semana Epidemiológica nº 94 -26/12 a 1/1/2022i. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 09 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE). Boletim Epidemiológico Especial, Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19. Semana Epidemiológica nº 9 –27/2 a 5/3/2022j. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 09 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE). Boletim Epidemiológico Especial, Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19. Semana Epidemiológica nº 13-27/3 a 2/4/2022k. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 09 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual para avaliação e manejo de condições pós-covid na Atenção Primária à Saúde / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022l. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_avaliacao\\_manejo\\_condicoes\\_covid.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_manejo_condicoes_covid.pdf)>. Acesso em: 09 set. 2022.

BRAVIN, A. M. et al. Benefits of spirituality and/or religiosity in patients with Chronic Kidney Disease: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 541-551, 2019. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/reben/a/nsZzmp5KMfkcVwjrvt9Gh/abstract/?lang=en>>. Acesso em: 17 nov. 2022.

BYAMBASUREN, O. et al. Estimating the extent of asymptomatic COVID-19 and its potential for community transmission: systematic review and meta-analysis. **Official Journal of the Association of Medical Microbiology and Infectious Disease Canada**, v. 5, n. 4, p. 223-234, 2020. Disponível em:<<https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-1110217>>. Acesso em: 06 set. 2021.

CABRAL, A. L. V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4433-4442, 2011. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/csc/a/mYPwbjYDvwRb4ScPGDyyxkr/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 10 set. 2022.

CARFI, A. et al. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. **Jama**, v. 324, n. 6, p. 603-605, 2020. Disponível em:<<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2768351>>. Acesso em: 07 out. 2021.

CASACIO, G. D. de M. et al. Itinerário terapêutico de crianças com necessidades especiais de saúde: análise guiada por sistemas de cuidado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43, 2022. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/rngenf/a/mhy7SPj4ZRssHjHP63wqSvq/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 10 set. 2022.

CASTILLO R. et al. Intensive care nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. **Nursing in Critical Care**, 2021. Disponível em:<<https://web-a->

ebscohost.ez22.periodicos.capes.gov.br/ehost/detail/detail?vid=8&sid=bd093351-90ad-4f73b4d37e616680da8d%40sessionmgr4008&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=152166453&db=c8h>. Acesso em: 01 out. 2021.

CASTRO, R. Necropolítica e a corrida tecnológica: notas sobre ensaios clínicos com vacinas contra o coronavírus no Brasil. **Horizontes Antropológicos**, n. 59, p. 71-90, 2021. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/ha/a/zSJgZQVLxxF5cwZGYtLKZyS/?lang=pt>>. Acesso em: 19 maio 2021.

CEBAN, F. et al. Fatigue and cognitive impairment in Post-COVID-19 Syndrome: A systematic review and meta-analysis. **Brain, behavior, and immunity**, v. 101, p. 93-135, 2022. Disponível em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159121006516>>. Acesso em: 31 out. 2022.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Clinical questions about COVID-19**: questions and answers. Georgia, 17 Nov. 2021a. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/faq.html>. Acesso em: 05 nov. 2022.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Multisystem inflammatory syndrome (MIS-C). U.S. Department of Health & Human Services, June 25, 2021b. Disponível em: [https://www.cdc.gov/mis/index.html?CDC\\_AA\\_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fmis-c%2Findex.html](https://www.cdc.gov/mis/index.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fmis-c%2Findex.html)>. Acesso em: 06 out. 2021.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). U.S. Department of Health & Human Services, Updated Sept. 1, 2022. Disponível em:<<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/long-term-effects/index.html>>. Acesso em: 09 set. 2022

CHAN, J. F. et al. Genomic characterization of the 2019 novel human-pathogenic coronavirus isolated from a patient with atypical pneumonia after visiting Wuhan. **Emerging microbes & infections**, v. 9, n. 1, p. 221-236, 2020. Disponível em:<[2020.https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31987001/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31987001/)>. Acesso em: 26 jun. 2021.

CHEN, W. et al. Detectable 2019-nCoV viral RNA in blood is a strong indicator for the further clinical severity. **Emerging microbes & infections**, v. 9, n. 1, p. 469-473, 2020. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32102625/>>. Acesso em: 28 set. 2021.

COGNETTI, J. S.; MILLER, B. L. Monitoring Serum Spike Protein with Disposable Photonic Biosensors Following SARS-CoV-2 Vaccination. **Sensors**, v. 21, n. 17, p. 5857, 2021. Disponível em:<<https://www.science.org/doi/full/10.1126/science.abj4176>>. Acesso em: 18 set. 2022

COPPO, A. et al. Feasibility and physiological effects of prone positioning in non-intubated patients with acute respiratory failure due to COVID-19 (PRON-COVID): a prospective cohort study. **The Lancet Respiratory Medicine**, v. 8, n. 8, p. 765-774, 2020. Disponível em:<[Feasibility and physiological effects of prone positioning in non-](#)

intubated patients with acute respiratory failure due to COVID-19 (PRON-COVID): a prospective cohort study - *The Lancet Respiratory Medicine*>. Acesso em: 27 out. 2022.

CORMAN, V. M. et al. Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR. *Eurosurveillance*, v. 25, n. 3, p. 2000045, 2020. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31992387/>>. Acesso em: 15 ago. 2021.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: Métodos Qualitativo, Quantitativo e Misto**. Artemd: Grupo A, 2014. Disponível em:<<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788536323589/>>. Acesso em: 12 nov. 2021.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: Métodos Qualitativos, Quantitativos e Mistos**. Penso 5º ed. Porto Alegre, 2021.

DA SILVA NINA, Larissa Neuza et al. Atenção primária à saúde e redes de atenção à saúde: Uma reflexão perante a pandemia. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 12, n. 76, p. 10454-10465, 2022. Disponível em:<<https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/2505>>. Acesso em: 21 out. 2022.

DAUMAS, R. P. et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00104120, 2020. Disponível em:<<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1093/o-papel-da-atencao-primaria-na-rede-de-atencao-a-saude-no-brasil-limites-e-possibilidades-no-enfrentamento-da-covid-19#:~:text=A%20assist%C3%Aancia%20%C3%A0%20COVID%2D19,para%20a%20identifica%C3%A7%C3%A3o%20precoce%20de>>. Acesso em: 20 out. 2022.

DEITRICK, K., ADAMS, J., DAVIS, J. Emergency nursing care of patients with novel coronavirus disease 2019. **Journal of Emergency Nursing**, v. 46, n. 6, p. 748-759, 2020. Disponível em :<[https://www.jenonline.org/article/S0099-1767\(20\)30241-5/fulltext](https://www.jenonline.org/article/S0099-1767(20)30241-5/fulltext)>. Acesso em: 02 out. 2021.

DEMÉTRIO, F.; SANTANA, E. R. de; SANTOS P., M. O itinerário terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 204-221, 2020. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/THvRbrVLKYtqLydhYcrthfQ/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 10 set. 2022.

DESAI, A. D. et al. Long-term complications of COVID-19. **American Journal of Physiology-Cell Physiology**, v. 322, n. 1, p. C1-C11, 2022. Disponível em:<<https://journals.physiology.org/doi/full/10.1152/ajpcell.00375.2021>>. Acesso em: 29 out. 2022.

DIAZ, E. M. et al. Relationship between the ABO blood group and COVID-19 susceptibility, severity and mortality in two cohorts of patients. **Blood Transfusion**, v. 19, n. 1, p. 54, 2021. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33196417/>>. Acesso em: 10 out. 2021.

ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Coronavírus. Boletim Epidemiológico 26 abril de 2020. Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Santa Catarina, 2020a. Disponível em:<<http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>>. Acesso em: 23 out. 2021.

ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Coronavírus. Boletim Epidemiológico 26 maio de 2020. Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Santa Catarina, 2020b. Disponível em:<<http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>>. Acesso em: 23 out. 2021.

ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Coronavírus. Boletim Epidemiológico 26 junho de 2020. Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Santa Catarina, 2020c. Disponível em:<<http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>>. Acesso em: 23 out. 2021.

ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Coronavírus. Boletim Epidemiológico 26 julho de 2020. Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Santa Catarina, 2020d. Disponível em:<<http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>>. Acesso em: 23 out. 2021.

ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Coronavírus. Boletim Epidemiológico 26 agosto de 2020. Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Santa Catarina, 2020e. Disponível em:<<http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>>. Acesso em: 23 out. 2021.

ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Coronavírus. Boletim Epidemiológico 26 setembro de 2020. Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Santa Catarina, 2020f. Disponível em:<<http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>>. Acesso em: 23 out. 2021.

ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Coronavírus. Boletim Epidemiológico 26 outubro de 2020. Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Santa Catarina, 2020g. Disponível em:<<http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>>. Acesso em: 23 out. 2021.

ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Coronavírus. Boletim Epidemiológico 26 novembro de 2020. Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Santa Catarina, 2020h. Disponível em:<<http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>>. Acesso em: 23 out. 2021.

ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Coronavírus. Boletim Epidemiológico 26 dezembro de 2020. Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Santa Catarina, 2020i. Disponível em:<<http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>>. Acesso em: 23 out. 2021.

ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Coronavírus. Boletim Epidemiológico 26 janeiro de 2021. Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Santa Catarina, 2021a. Disponível em:<<http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>>. Acesso em: 23 out. 2021.

ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Coronavírus. Boletim Epidemiológico 26 fevereiro de 2021. Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Santa Catarina, 2021b. Disponível em:<<http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>>. Acesso em: 23 out. 2021.

ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Coronavírus. Boletim Epidemiológico 26 março de 2021. Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Santa Catarina, 2021c. Disponível em:<<http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>>. Acesso em: 23 out. 2021.

ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Coronavírus. Boletim Epidemiológico 26 abril de 2021. Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Santa Catarina, 2021d. Disponível em:<<http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>>. Acesso em: 23 out. 2021.

ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Coronavírus. Boletim Epidemiológico 26 maio de 2021. Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Santa Catarina, 2021e. Disponível em:<<http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>>. Acesso em: 23 out. 2021.

ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Coronavírus. Boletim Epidemiológico 26 junho de 2021. Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Santa Catarina, 2021f. Disponível em:<<http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>>. Acesso em: 23 out. 2021.

ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Coronavírus. Boletim Epidemiológico 26 julho de 2021. Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Santa Catarina, 2021g. Disponível em:<<http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>>. Acesso em: 23 out. 2021.

ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Coronavírus. Boletim Epidemiológico 26 agosto de 2021. Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Santa Catarina, 2021h. Disponível em:<<http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>>. Acesso em: 23 out. 2021.

ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Coronavírus. Boletim Epidemiológico 26 setembro de 2021. Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Santa Catarina, 2021i. Disponível em:<<http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>>. Acesso em: 23 out. 2021.

ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Coronavírus. Boletim Epidemiológico 26 outubro de 2021. Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Santa Catarina, 2021j. Disponível em:<<http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>>. Acesso em: 23 out. 2021.

ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Coronavírus. Boletim Epidemiológico 29 novembro de 2021. Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Santa Catarina, 2021k. Disponível em:<<http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>>. Acesso em: 09 abr. 2022.

ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Coronavírus. Boletim Epidemiológico 31 dezembro de 2021. Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Santa Catarina, 2021l. Disponível em:<<http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>>. Acesso em: 09 abr. 2022.

ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Coronavírus. Boletim Epidemiológico 31 de dezembro de 2022. Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Santa Catarina, 2022a. Disponível em:<<http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Coronavírus. Boletim Epidemiológico 31 de outubro de 2022. Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Santa Catarina, 2022b. Disponível em:<<http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>>. Acesso em:04 nov. 2022.

ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Coronavírus. Boletim Epidemiológico 30 janeiro de 2022. Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Santa Catarina, 2022c. Disponível em:<<http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>>. Acesso em: 09 abr. 2022.

ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Coronavírus. Boletim Epidemiológico 28 fevereiro de 2022. Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Santa Catarina, 2022d. Disponível em:<<http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>>. Acesso em: 09 abril 2022.

ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Coronavírus. Boletim Epidemiológico 31 março de 2022. Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Santa Catarina, 2022e. Disponível em:<<http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>>. Acesso em: 09 abr. 2022.

ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Coronavírus. Boletim Epidemiológico 30 abril de 2022. Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Santa Catarina, 2022f. Disponível em:<<http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>>. Acesso em: 09 abr. 2022.

ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Coronavírus. Boletim Epidemiológico 31 maio de 2022. Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Santa Catarina, 2022g. Disponível em:<<http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>>. Acesso em: 09 abr. 2022.

ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Coronavírus. Boletim Epidemiológico 30 junho de 2022. Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Santa Catarina, 2022h. Disponível em:<<http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>>. Acesso em: 03 set. 2022.

ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Coronavírus. Boletim Epidemiológico 31 julho de 2022. Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Santa Catarina, 2022i. Disponível em:<<http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>>. Acesso em: 03 set. 2022.

ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Coronavírus. Boletim Epidemiológico 31

agosto de 2022. Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Santa Catarina, 2022j. Disponível em:<<http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>>. Acesso em: 03 set. 2022.

ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Coronavírus. Boletim Epidemiológico 30 de setembro de 2022. Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Santa Catarina, 2022k. Disponível em:<<http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>>. Acesso em: 04 nov. 2022.

ESTADO DE SANTA CATARINA (SC). Coronavírus. Boletim Epidemiológico 30 de novembro de 2022. Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Santa Catarina, 2022l. Disponível em:<<http://www.coronavirus.sc.gov.br/boletins/>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

ESTADO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina (SES-SC). Vacinometro-SC 2022. Disponível em:<<https://www.redvacinometro.saude.sc.gov.br/>>. Acesso em: 02 nov. 2022.

ESTALELLA, G. M. et al. Gestión y liderazgo de los servicios de Enfermería en el plan de emergencia de la pandemia COVID-19: la experiencia del Hospital Clínic de Barcelona. **Enfermería Clínica**, v. 31, p. S12-S17, 2021. Disponível em:<<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-188492>>. Acesso em: 03 out. 2021.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (ECDC). Risk related to the spread of new SARS-CoV-2 variants of concern in the EU/EEA—first update, 21 January 2021. RapidRisk Assessment. Disponível em:<[Risk of spread of new SARS-CoV-2 variants of concern in the EU/EEA - first update \(europa.eu\)](https://ecdc.europa.eu/en/risk-of-spread-of-new-sars-cov-2-variants-of-concern-in-the-eu-eea-first-update)>. Acesso em: 03 out. 2021.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (ECDC). Variantes preocupantes do SARS-CoV-2 em 7 de abril de 2022. Disponível em:<<https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/variants-concern>>. Acesso em: 19 abr. 2022.

EVANS, R., A. et al. Clinical characteristics with inflammation profiling of long COVID and association with 1-year recovery following hospitalisation in the UK: a prospective observational study. **The Lancet Respiratory Medicine**, 2022. Disponível em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213260022001278>>. Acesso em: 31 out. 2022.

FERNANDEZ, R. et al. Implications for COVID-19: a systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic. **International journal of nursing studies**, v. 111, p. 103637, 2020. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32919358/>>. Acesso em: 01 out. 2021.

FERRER, R. COVID-19 Pandemic: the greatest challenge in the history of critical care. **Medicina intensiva**, v. 44, n. 6, p. 323, 2020. Disponível em:<<https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/en/covidwho-47392>>. Acesso em: 03 out. 2021.

FIA ALI, I. J. et al. Cultural Differences in Psychological Distress and Illness Perceptions Amongst People Living With Cardiac Inherited Diseases. **Heart, Lung and Circulation**, v. 31, n. 9, p. 1255-1262, 2022. Disponível em:<[https://www.heartlungcirc.org/article/S1443-9506\(22\)00967-2/fulltext](https://www.heartlungcirc.org/article/S1443-9506(22)00967-2/fulltext)>. Acesso em: 10 out 2022.

FITZPATRICK, R. et al. **The experience of illness**. Routledge, 1984. Disponível em:<<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=ItJkEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT8&dq=The+Experience+of+Illness&ots=EiYRpvfwa9&sig=X42txgc1FZ0jnQ77MQSIK7PY1A#v=onepage&q=The%20Experience%20of%20Illness&f=false>>. Acesso em: 10 out. 2022.

FLORENCIO, R. S. et al. Cuidados paliativos no contexto da pandemia de COVID-19: desafios e contribuições. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, 2020. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/ape/a/WprnrGf7wGWQPJyztZv5YNg/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 28 out. 2022.

FORBES BRASIL. Enfermeira de 54 anos é a primeira pessoa vacinada contra Covid-19 no Brasil. 17 de janeiro de 2021. Disponível em:<<https://forbes.com.br/forbessaude/2021/01/enfermeira-de-54-anos-do-hospital-emilio-ribas-sera-primeira-vacinada-contracovid-19/>>. Acesso em: 24 set. 2021.

FRAMPTON, S.; AGRAWAL, S.; GUASTELLO, S. Guidelines for family presence policies during the COVID-19 pandemic. In: **JAMA health forum**. American Medical Association, 2020. p. e200807-e200807. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7370896/pdf/main.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2022.

FRANÇA, A. F. O. et al. Itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama em município de fronteira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/reben/a/WMThRr9czsfQRhtFwThTMKh/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 10 out. 2022.

FRANCO, C. et al. Feasibility and clinical impact of out-of-ICU noninvasive respiratory support in patients with COVID-19-related pneumonia. **European Respiratory Journal**, v. 56, n. 5, 2020. Disponível em:<Feasibility and clinical impact of out-of-ICU noninvasive respiratory support in patients with COVID-19-related pneumonia | European Respiratory Society (ersjournals.com)>. Acesso em: 27 out. 2022.

FRANKEL, A. E. et al. Response to pegylated interferon in a COVID-19 positive male with metastatic jejunal neuroendocrine tumor treated with everolimus. **Clinical Case Reports**, v. 9, n. 6, p. e04218, 2021. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34136234/>>. Acesso em: 02 set. 2021.

GARCIA, D. B. et al. Occurrence and transmission potential of asymptomatic and presymptomatic SARS-CoV-2 infections: A living systematic review and meta-analysis. **PLOS medicine**, v. 17, n. 9, p. e1003346, 2020. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32960881/>>. Acesso em: 06 set. 2021.

GARG, M. et al. The Conundrum of 'Long-COVID-19': A Narrative Review. *International Journal of General Medicine*. 2021. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34163217/>>. Acesso em: 09 set. 2022.

GAZTAMBIDE, R. F. C.; FORTUNA, L. R.; STUBER, M. L. Religion and Spirituality: Why and How to Address It in Clinical Practice. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics**, 2022. Disponível em:<Religion and Spirituality: Why and How to Address It in Clinical Practice - ScienceDirect>. Acesso em: 17 nov. 2022.

GEBREMARIAM, B. M. et al. Epidemiological characteristics and treatment outcomes of hospitalized patients with COVID-19 in Ethiopia. **The Pan African Medical Journal**, v. 37, n. Suppl 1, 2020. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33294108/>>. Acesso em: 08 ago. 2021.

GELLER, C.; VARBANOV, M.; DUVAL, R. E. Human coronaviruses: insights into environmental resistance and its influence on the development of new antiseptic strategies. **Viruses**, v. 4, n. 11, p. 3044-3068, 2012. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23202515/>>. Acesso em: 20 ago. 2021.

GIMENO, B. A. et al. Cuidados enfermeros en el paciente adulto ingresado en unidades de hospitalización por COVID-19. **Enfermería Clínica**, v. 31, p. S49-S54, 2021. Disponível em:<<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-S1130862120303132>>. Acesso em: 01 out. 2021.

GLOBAL INITIATIVE ON SHARING ALL INFLUENZA DATA (GISAID). **hCoV-19 data sharing via GISAID**. 2008 - 2022 Freunde von GISAID eV. Disponível em:<<https://www.gisaid.org/help/publish-with-data-from-gisaid/>>. Acesso em: 19 abr. 2022.

GLOBAL INITIATIVE ON SHARING ALL INFLUENZA DATA (GISAID). History. Monique-Germany, 2021. Disponível em:<<https://www.gisaid.org/about-us/history/>>. Acesso em: 02 out. 2021

GOSSELIN, E. et al. Intervention for patients intubated and conscious to decrease peritraumatic distress (IPIC-PTD) acceptability and feasibility. **Science of Nursing and Health Practices/Science infirmière et pratiques en santé**, v. 1, n. 2, p. 1-15, 2018. Disponível em:<Intervention for Patients Intubated and Conscious... – Science of Nursing and Health Practices / Science infirmière et pratiques en santé – Érudit (erudit.org)>. Acesso em: 31 out. 2022.

GREENHALGH, T., et al. Management of post-acute covid-19 in primary care. **Bmj**, v. 370, 2020. Disponível em:<<https://www.bmj.com/content/370/bmj.M3026.abstract>>. Acesso em: 29 out. 2022.

GUAN, W. et al. Comorbidity and its impact on 1590 patients with COVID-19 in China: a nationwide analysis. **European Respiratory Journal**, v. 55, n. 5, 2020. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32217650/>>. Acesso em: 10 set. 2021.

HAN, H. et al. Analysis of heart injury laboratory parameters in 273 COVID-19 patients in one hospital in Wuhan, China. **Journal of medical virology**, v. 92, n. 7, p. 819-823, 2020. Disponível em:<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jmv.25809>>. Acesso em: 08 out. 2021.

HAYES, L. D.; INGRAM, J.; SCULTHORPE, N. F. Mais de 100 sintomas persistentes de SARS-CoV-2 (Long COVID): uma revisão de escopo. **Fronteiras na Medicina**, p. 2028, 2021. Disponível em:<[Fronteiras | Mais de 100 sintomas persistentes de SARS-CoV-2 \(LONG COVID\): Uma revisão de escopo \(frontiersin.org\)](#)>. Acesso em: 28 out. 2022.

HAAS, E., J. et al. Infections, hospitalisations, and deaths averted via a nationwide vaccination campaign using the Pfizer–BioNTech BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine in Israel: a retrospective surveillance study. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 22, n. 3, p. 357-366, 2022. Disponível em:<[Infections, hospitalisations, and deaths averted via a nationwide vaccination campaign using the Pfizer–BioNTech BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine in Israel: a retrospective surveillance study - The Lancet Infectious Diseases](#)>. Acesso em: 04 nov. 2022.

HANDAYANI, S. et al. Relationship of spirituality, health engagement, health belief and attitudes toward acceptance and willingness to pay for a COVID-19 vaccine. **PloS one**, v. 17, n. 10, p. e0274972, 2022. Disponível em:<<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0274972>>. Acesso em: 17 nov. 2022.

HASANIN, A.; MOSTAFA, M. Tocilizumab in patients with COVID-19: which patient, time, and dose?. **Journal of anesthesia**, v. 35, n. 6, p. 896-902, 2021. Disponível em:<<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00540-021-02974-0.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2022.

HAN, F. et al. Current treatment strategies for COVID-19. **Molecular medicine reports**, v. 24, n. 6, p. 1-12, 2021. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8548951/>>. Acesso em: 10 nov. 2022.

HOFFMANN-HOROCHOVSKI, M., T. Benzeduras, garrafadas e costuras: considerações sobre a prática da benzeção. **Guaju**, v. 1, n. 2, p. 110-126, 2015. Disponível em:<<https://revistas.ufpr.br/guaju/article/view/45038>>. Acesso em: 17 out. 2022.

HUANG, C. et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. **The Lancet**, v. 397, n. 10270, p. 220-232, 2021. Disponível em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673620326568>>. Acesso em: 31 out. 2022.

IMAM, Z. et al. Older age and comorbidity are independent mortality predictors in a large cohort of 1305 COVID-19 patients in Michigan, United States. **Journal of internal medicine**, v. 288, n. 4, p. 469-476, 2020. Disponível em:<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/joim.13119>>. Acesso em: 01 out. 2021.

INCIARDI, R. M. et al. Cardiac involvement in a patient with coronavirus disease 2019 (COVID-19). **JAMA cardiology**, v. 5, n. 7, p. 819-824, 2020. Disponível em:<<https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2763843>>. Acesso em: 06 out. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo brasileiro preliminar -2020. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em:<<https://www.ibge.gov.br/pt/inicio.html>>. Acesso em: 05 maio 2021.

INSTITUTO SANTÉ. Disponível em:<<https://institutosante.Com.Br/unidades/>>. Acesso em: 05 maio 2021.

IURAS, A. et al. Prevalência da automedicação entre estudantes da Universidade do Estado do Amazonas (Brasil). **Revista Portuguesa de estomatologia, medicina dentária e cirurgia maxilofacial**, v. 57, n. 2, p. 104-111, 2016. Disponível em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S164628901600008X>>. Acesso em: 11 out. 2022.

JACQUES, N. et al. Mask use during the COVID-19 pandemic in Brazil: results of the EPICOVID19-BR study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, 2022. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/csp/a/PJZkxW7CFs6jxdfgPjD3QSh/?lang=pt>>. Acesso em: 10 set. 2022.

JORNAL DA UNICAMP. Momento Histórico: Tem início a vacinação contra a Covid-19 pelo mundo. 09 dezembro de 2020, Campinas, São Paulo. Disponível em:<<https://www.unicamp.br/unicamp/ju/artigos/luiz-carlos-dias/momento-historico-tem-inicio-vacinacao-contra-covid-19-pelo-mundo>>. Acesso em: 24 set. 2021.

JU, Y. et al. Prevalence and predictors of post-traumatic stress disorder in patients with cured coronavirus disease 2019 (COVID-19) one month post-discharge. **European Journal of Psychotraumatology**, v. 12, n. 1, p. 1915576, 2021. Disponível em:<<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20008198.2021.1915576>>. Acesso em: 31 out. 2022.

KASEDA, E. T.; LEVINE, A. J. Post-traumatic stress disorder: A differential diagnostic consideration for COVID-19 survivors. **The Clinical Neuropsychologist**, v. 34, n. 7-8, p. 1498-1514, 2020. Disponível em:<<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13854046.2020.1811894>>. Acesso em 31 out. 2022.

KASHYAP, S. R. LUTHRA S. AHMED, N. H. Clinical Manifestations and Sequelae of COVID-19 in First and Second Wave among Nursing Officers of a Tertiary Care Centre, New Delhi, India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2022 Aug, Vol-16(8): DC07-DC11. Disponível em:<[https://www.jcdr.net/article\\_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2022&month=August&volume=16&issue=8&page=DC07-DC11&id=16707](https://www.jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2022&month=August&volume=16&issue=8&page=DC07-DC11&id=16707)>. Acesso em 09 set. 2022.

KERGALL, P; GUILLON, M. Lockdown support, trust and COVID-19 conspiracy beliefs: Insights from the second national lockdown in France. **Health Policy**, v. 126, n. 11, p. 1103-1109, 2022. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36127162/>>. Acesso em: 20 out. 2022.

KHALAJINIA, Z.; HEIDARI, A. Explaining the perception of spiritual care from the perspective of health personnel: A qualitative study. **Journal of Education and Health Promotion**, v. 10, 2021. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34084800/>>. Acesso em: 17 nov. 2022.

KELLY, E. P. et al. The role of religion and spirituality in cancer care: An umbrella review of the literature. **Surgical Oncology**, p. 101389, 2022. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34103240/>>. Acesso em: 17 nov. 2022.

KOWALCZYK, O. et al. Religion and Faith Perception in a Pandemic of COVID-19. **Journal of religion and health**, v. 59, n. 6, p. 2671-2677, 2020. Disponível em:<<https://link.springer.com/article/10.1007/s10943-020-01088-3>>. Acesso em: 17 nov. 2022.

KHAN, M. et al. COVID-19: a global challenge with old history, epidemiology and progress so far. **Molecules**, v. 26, n. 1, p. 39, 2021. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33374759/>>. Acesso em: 14 ago. 2021.

KIMBALL, A. et al. Asymptomatic and presymptomatic SARS-CoV-2 infections in residents of a long-term care skilled nursing facility—King County, Washington, March 2020. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 69, n. 13, p. 377, 2020. Disponível em:<<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6913e1.htm>>. Acesso em: 06 set. 2021.

KLEINMAN A, E. L, GOOD B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med.* 1978 Feb;88(2):251-8. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/626456/>>. Acesso em: 11 set. 2022.

KLEINMAN, A. BENSON, P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med.* 2006 Oct;3(10):e294. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17076546/>>. Acesso em: 11 set. 2022.

KLEINMAN, A., 1980. *Patients And Healers In The Context Of Cultures. An Exploration Of Boderland Between Anthropology And Psychiatry* Berkeley/Los Angeles: University Of California Press.

KLEINMAN, A. The soul in medicine. **The Lancet**, v. 394, n. 10199, p. 630-631, August, 2019. Disponível em:<[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31961-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31961-0/fulltext)>. Acesso em: 12 set. 2022.

KLEINMAN, A.; RACINE, N. Entretien avec le Professeur Arthur Kleinman. **L'Évolution Psychiatrique**, v. 84, n. 1, p. 222-236, 2019. Disponível em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014385518300604?via%3Dihub>>. Acesso em: 10 nov. 2022.

KLEINMAN, A., KLEINMAN, H. The illness narratives : suffering, healing, and the human condition. Nova Iorque: Basic Books, 1988.

KOIRALA, A. et al. Vaccines for COVID-19: The current state of play. **Paediatric respiratory reviews**, v. 35, p. 43-49, 2020. Disponível em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1526054220300956>>. Acesso em: 18 set. 2021

LAUER, S. A. et al. The incubation period of coronavirus disease 2019 (COVID-19) from publicly reported confirmed cases: estimation and application. **Annals of internal medicine**, v. 172, n. 9, p. 577-582, 2020. Disponível em:<<https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-0504>>. Acesso em: 06 set. 2021.

LE TERRIER, C., et al. Delayed intubation is associated with mortality in patients with severe COVID-19: A single-centre observational study in Switzerland. **Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine**, v. 41, n. 4, p. 101092, 2022. Disponível em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S235255682200073X>>. Acesso em: 27 out. 2022.

LEMOS, A. C. B. et al. Therapeutic versus prophylactic anticoagulation for severe COVID-19: A randomized phase II clinical trial (HESACOVID). **Thrombosis research**, v. 196, p. 359-366, 2020. Disponível em:<<https://search.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-779689>>. Acesso em: 03 ago. 2021.

LI, Y. et al. Coronavirus vaccine development: from SARS and MERS to COVID-19. **Journal of biomedical science**, v. 27, n. 1, p. 1-23, 2020. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33341119/>>. Acesso em: 16 set. 2021.

LIMA, R., F., S. et al. Práticas populares de cura e o uso de plantas medicinais por mães ribeirinhas no cuidado infantil. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 4, p. 1154-1163, 2017. Disponível em:<<https://repositorio.usp.br/item/003019101>>. Acesso em: 17 out. 2022.

LIU PETER, P. et al. The science underlying COVID-19: implications for the cardiovascular system. **Circulation**, v. 142, n. 1, p. 68-78, 2020. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32293910/>>. Acesso em: 06 out. 2021.

LIU, M. et al. Efficacy and safety of integrated traditional Chinese and western medicine for corona virus disease 2019 (COVID-19): a systematic review and meta-analysis. **Pharmacological research**, v. 158, p. 104896, 2020. Disponível em:<Efficacy and Safety of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine for Corona Virus Disease 2019 (COVID-19): a systematic review and meta-analysis - ScienceDirect>. Acesso em: 25 out. 2022.

LUO, W. et al. Clinical pathology of critical patient with novel coronavirus pneumonia (COVID-19). 2020. Disponível em:<<https://www.preprints.org/manuscript/202002.0407/v2>>. Acesso em: 02 jun. 2021.

LURIE, N. et al. Developing Covid-19 vaccines at pandemic speed. **New England Journal of medicine**, v. 382, n. 21, p. 1969-1973, 2020. Disponível em:<<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp2005630?articleTools=true>>. Acesso em: 16 set. 2021.

MACLAREN, G.; FISHER, D.; BRODIE, D. Preparing for the most critically ill patients with COVID-19: the potential role of extracorporeal membrane oxygenation. **Jama**, v. 323, n. 13, p. 1245-1246, 2020. Disponível em:<<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2761778>>. Acesso em: 06 out. 2021.

MAES, M. et al. Lowered Quality of Life in Long COVID Is Predicted by Affective Symptoms, Chronic Fatigue Syndrome, Inflammation and Neuroimmunotoxic Pathways. **International journal of environmental research and public health**, v. 19, n. 16, p. 10362, 2022. Disponível em:<<https://www.mdpi.com/1660-4601/19/16/10362>>. Acesso em: 10 set. 2022.

MARSHALL, D. L. et al. Sentinel coronavirus environmental monitoring can contribute to detecting asymptomatic SARS-CoV-2 virus spreaders and can verify effectiveness of workplace COVID-19 controls. **Microbial Risk Analysis**, v. 16, p. 100137, 2020. Disponível em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352352220300438>>. Acesso em: 25 jul. 2021.

MATTIOLI, F. et al. Neurological and cognitive sequelae of Covid-19: a four month follow-up. **Journal of neurology**, v. 268, n. 12, p. 4422-4428, 2021. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33932157/>>. Acesso em: 31 out. 2022.

MCMAHON, D. E. et al. Long COVID in the skin: a registry analysis of COVID-19 dermatological duration. **The Lancet Infectious Diseases**, 2021. Disponível em:<[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30986-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30986-5/fulltext)>. Acesso em: 06 out. 2021.

MELO, J. R. et al. Adverse drug reactions in patients with COVID-19 in Brazil: analysis of spontaneous notifications of the Brazilian pharmacovigilance system. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/csp/a/DQHfJwbLrnjCQFZLsYtNZfN/?lang=en>>. Acesso em: 28 jun. 2021.

MENDELSON, M. et al. Long-COVID: An evolving problem with an extensive impact. **SAMJ: South African Medical Journal**, v. 111, n. 1, p. 10-12, 2021. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33403997/>>. Acesso em: 06 out. 2021.

MENDOZA, J. A. et al. (De) constructing 'therapeutic itineraries' of hypertension care: A qualitative study in the Philippines. **Social Science & Medicine**, v. 300, p. 114570, 2022. Disponível em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953621009023?via%3Dihub>>. Acesso em: 10 out. 2022.

MIESBACH, W.; MAKRIS, M. COVID-19: Coagulopathy, Risk of Thrombosis, and the Rationale for Anticoagulation. **Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis**, v. 26, 2020. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32677459/>>. Acesso em 20 ago. 2021.

MIKKELSEN, M. E.; NETZER, G; IWASHYNA, T. Post-intensive care syndrome (PICS). **edn. Edited by Post T. UpToDate; Waltham.(Accessed on June 16, 2020)**, p. 1-29, 2020. Disponível em:<<https://www.medilib.ir/uptodate/show/88330>>. Acesso em: 09 set. 2022.

MSHANA, G., et al. Contested or complementary healing paradigms? Women's narratives of COVID-19 remedies in Mwanza, Tanzania. **Journal of ethnobiology and ethnomedicine**, v. 17, n. 1, p. 1-12, 2021. Disponível em:<<https://link.springer.com/article/10.1186/s13002-021-00457-w>>. Acesso em: 20 out. 2022.

NEWS NETWORK BRASIL (CNN Brasil). Rússia registra a primeira vacina contra Covid-19 do mundo, anuncia Putin. 11 de agosto de 2020a, São Paulo-SP. Disponível em:<<https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/putin-anuncia-que-russia-registrou-primeira-vacina-contracovid-19-do-mundo/>>. Acesso em: 24 set. 2021.

NEWS NETWORK BRASIL (CNN Brasil). Veja quais países iniciaram a vacinação contra a Covid-19; Brasil está fora. 24 de dezembro de 2020b, São Paulo-SP. Disponível em:<<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/quais-os-paises-que-jacomecaram-a-vacinacao-contracovid-19/>>. Acesso em: 24 set. 2021.

OLIVEIRA, F. F. de et al. Itinerário terapêutico de pessoas idosas com Diabetes Mellitus: implicações para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/reben/a/BhpfqPHgqP7X7qNvQjrpXmt/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 12 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). O uso de máscaras no contexto da COVID-19. Orientação provisória. 1 de dezembro de 2020. Disponível em:<<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53101>>. Acesso em: 05 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Brasil receberá as primeiras vacinas contra COVID-19 por meio do Mecanismo COVAX neste domingo. Brasília-DF, 21 de março 2021a. Disponível em:<<https://www.paho.org/pt/noticias/21-3-2021-brasil-recebera-primeiras-vacinas-contracovid-19-por-meio-do-mecanismo-covax>>. Acesso em: 23 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS)/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Fortalecendo a vigilância para a Variante de Preocupação (VOC) Ômicron (B.1.1.529): Informe técnico e ações prioritárias para estados-membros Sede da Organização Mundial da Saúde. Publicado em 28 de novembro de 2021b. Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde. Setor de Embaixadas Norte, Lote 19 - Brasília, Distrito Federal, Brasil. Disponível

em:<[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55717/OPASWBRAPHECOVID-19220016\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55717/OPASWBRAPHECOVID-19220016_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em: 18 abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Rede Regional de Vigilância Genômica de COVID-19. Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde. Brasília-DF, 2021c. Disponível em:<<https://www.paho.org/pt/node/4951/rede-regional-vigilancia-genomica-covid-19>>. Acesso em: 02 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Atualização epidemiológica: Incremento de variante Delta e seu potencial impacto na região das Américas 08 de agosto de 2021d. Disponível em:<<https://www.paho.org/pt/alertas-e-atualizacoes-epidemiologicas>>. Acesso em: 02 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Ocorrência de variantes de SARS-CoV-2 nas Américas. Informações preliminares 11 de janeiro de 2021e. Disponível em:<<https://www.paho.org/pt/documentos/ocorrencia-variantes-sars-cov-2-nas-americas-informacoes-preliminares-11-janeiro-2021>>. Acesso em: 02 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde. Boletim de imunização. v.43, n.2, jun. 2021f. Disponível em:<<https://iris.paho.org/handle/10665.2/54584>>. Acesso em: 15 set. 2021

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Informe científico-Hipertensão e COVID-19, 17 de junho de 2021g. Disponível em:<[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54798/OPASWBRAPHECOVID-19210071\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54798/OPASWBRAPHECOVID-19210071_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em: 05 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS)/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Surgimento de sublinhagens e eventos de recombinação: Evolução genética do SARS-CoV-2. Atualização 13 de abril 2022a. Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde. Setor de Embaixadas Norte, Lote 19 - Brasília, Distrito Federal, Brasil. Disponível em:<<https://www.paho.org/pt/documentos/surgimento-sublinhagens-e-eventos-recombinacao-evolucao-genetica-do-sars-cov-2-13-abril>>. Acesso em: 19 abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS)/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Rede Regional de Vigilância Genômica COVID-19. Atualização 01 de abril 2022b. Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde. Setor de Embaixadas Norte, Lote 19 - Brasília, Distrito Federal, Brasil. Disponível em:<<https://www.paho.org/en/topics/influenza-and-other-respiratory-viruses/covid-19-genomic-surveillance-regional-network>>. Acesso em: 19 abr. 2022.

OUR WORLD IN DATA. The Global Change Data Lab. Coronavirus (COVID-19) Vaccinations. Oxford (UK): Oxford Martin School/University of Oxford/; 2021. Disponível em:<<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=~BRA#citation>>. Acesso em: 02 nov. 2022.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) /WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global & Regional Update. 10 AM WDC. 26 February 2020. Washington, D.C., 2020a. Disponível em:<<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53084/recent-submissions?offset=40>>. Acesso em: 22 out. 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) /WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global & Regional Update. 2 PM WDC. 26 March 2020. Washington, D.C., 2020b. Disponível em:<<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53084/recent-submissions?offset=40>>. Acesso em: 22 out. 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) /WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global & Regional Update. 2 PM WDC. 30 April 2020. Washington, D.C., 2020c. Disponível em:<<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53084/recent-submissions?offset=40>>. Acesso em: 22 out. 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) /WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global & Regional Update. 3 PM WDC. 26 May 2020. Washington, D.C., 2020d. Disponível em:<<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53084/recent-submissions?offset=40>>. Acesso em: 22 out. 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) /WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) Global & Regional Update. 3 PM WDC. 26 June 2020. Washington, D.C., 2020e. Disponível em:<<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53084/recent-submissions?offset=40>>. Acesso em: 22 out. 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) /WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global & Regional Update. 3 PM WDC. 26 July 2020. Washington, D.C., 2020f. Disponível em:<<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53084/recent-submissions?offset=40>>. Acesso em: 22 out. 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) /WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global & Regional Update. 3 PM WDC. 26 August 2020. Washington, D.C., 2020g. Disponível em:<<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53084/recent-submissions?offset=40>>. Acesso em: 22 out. 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) /WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global & Regional Update. 3 PM WDC. 26 September 2020. Washington, D.C., 2020h. Disponível em:<<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53084/recent-submissions?offset=40>>. Acesso em: 22 out. 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) /WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Region of the Americas Update. 3 PM WDC. 26 October 2020. Washington, D.C., 2020i. Disponível em:<<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53084/recent-submissions?offset=40>>. Acesso em: 22 out. 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) /WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Region of the Americas Update. 3 PM WDC. 26 November 2020. Washington, D.C., 2020j. Disponível em:<<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53084/recent-submissions?offset=40>>. Acesso em: 22 out. 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) /WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Region of the Americas Update. 3 PM WDC. 26 December 2020. Washington, D.C., 2020k. Disponível em:<<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53084/recent-submissions?offset=40>>. Acesso em: 22 out. 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) /WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Region of the Americas Update. 3 PM WDC. 25 June 2021. Washington, D.C., 2021a. Disponível em:<<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53084/recent-submissions?offset=40>>. Acesso em: 23 out. 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) /WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Region of the Americas Update. 3 PM WDC. 26 January 2021. Washington, D.C., 2021b. Disponível em:<<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53084/recent-submissions?offset=40>>. Acesso em: 22 out. 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) /WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Region of the Americas Update. 3 PM WDC. 26 February 2021. Washington, D.C., 2021c. Disponível em:<<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53084/recent-submissions?offset=40>>. Acesso em: 22 out. 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) /WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Region of the Americas Update. 3 PM WDC. 26 March 2021. Washington, D.C., 2021d. Disponível em:<<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53084/recent-submissions?offset=40>>. Acesso em: 22 out. 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) /WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Region of the Americas Update. 3 PM WDC. 26 April 2021. Washington, D.C., 2021e. Disponível em:<<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53084/recent-submissions?offset=40>>. Acesso em: 23 out. 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) /WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Region of the Americas Update. 3 PM WDC. 26 May 2021. Washington, D.C., 2021f. Disponível em:<  
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53084/recent-submissions?offset=40>>. Acesso em: 23 out. 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) /WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Region of the Americas Update. 3 PM WDC. 26 July 2021g. Washington, D.C., 2021g. Disponível em:<  
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53084/recent-submissions?offset=40>>. Acesso em: 23 out. 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) /WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Region of the Americas Update. 3 PM WDC. 26 August 2021. Washington, D.C., 2021h. Disponível em:<  
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53084/recent-submissions?offset=40>>. Acesso em: 23 out. 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) /WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Region of the Americas Update. 3 PM WDC. 27 September 2021. Washington, D.C., 2021i. Disponível em:<  
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53084/recent-submissions?offset=40>>. Acesso em: 23 out. 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) /WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Region of the Americas Update. 3 PM WDC. 21 October 2021. Washington, D.C., 2021j. Disponível em:<  
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53084/recent-submissions?offset=40>>. Acesso em: 23 out. 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) /WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Region of the Americas Update. 3 PM WDC. 30 November 2021. Washington, D.C., 2021k. Disponível em:<  
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53084/recent-submissions?offset=40>>. Acesso em: 09 abr. 2022.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) /WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Region of the Americas Update. 3 PM WDC. 31 December 2021. Washington, D.C., 2021l. Disponível em:<  
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53084/recent-submissions?offset=40>>. Acesso em: 09 abr. 2022.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) /WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Region of the Americas Update. 3 PM WDC. 31 January 2022. Washington, D.C., 2022a. Disponível em:<  
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53084/recent-submissions?offset=40>>. Acesso em: 09 abr. 2022.

- PALMA, J. S. et al. Explanatory models of the professional sector in relation to medicinal plants. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, v. 7, n. 3, p. 2998-3008, 2015. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-762262>>. Acesso em: 10 set. 2022.
- PEIXOTO, D. M. et al. Uso do mel de abelha associado ao Ananas comosus (Bromelin) no tratamento da tosse irritativa aguda. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, p. 412-417, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rpp/a/zCyzSjcPrRKf6Q5H8MrH5RH/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 26 out. 2022.
- PEREIRA, M. J. Manual de metodologia da pesquisa científica / José Matias-Pereira. – 4. ed. - [3. Rempr.]. – São Paulo: Atlas, 2019. Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/>>. Acesso em: 25 set. 2021.
- PETRIE, K.; WEINMAN, J. Why illness perceptions matter. **Clinical medicine**, v. 6, n. 6, p. 536, 2006. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17228551/>>. Acesso em: 10 out. 2022.
- PETROSILLO, N. et al. COVID-19 , SARS and MERS : are they closely related ? **Clinical Microbiology and Infection**, v. 26, n. 6, p. 729–734, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32234451/>>. Acesso em: 10 ago. 2021.
- PIOTROWICZ, K. et al. Post-COVID-19 acute sarcopenia: physiopathology and management. **Ageing Clinical and Experimental Research**, v. 33, n. 10, p. 2887-2898, 2021. Disponível em : <<https://link.springer.com/article/10.1007/s40520-021-01942-8>>. Acesso em: 29 out. 2022.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIRANGA. Disponível em: <<https://itapiranga.atende.net/>>. Acesso em: 30 maio 2021a.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIRANGA. Boletins diários relativos ao Coronavírus, COVID-19, 2021b. Disponível em: <<https://itapiranga.atende.net/#!/tipo/pagina/valor/120>>. Acesso em: 23 out. 2021.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIRANGA. Boletins diários relativos ao Coronavírus, COVID-19, 2022. Disponível em: <<https://itapiranga.atende.net/#!/tipo/pagina/valor/120>>. Acesso em: 04 nov. 2022.
- PRIESEMANN, V. et al. An action plan for pan-European defence against new SARS-CoV-2 variants. **The Lancet**, v. 397, n. 10273, p. 469-470, 2021. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00150-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00150-1/fulltext)>. Acesso em: 02 out. 2021
- POLACK, F., P. et al. Safety and efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine. **New England journal of medicine**, 2020. Disponível em: <Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine | NEJM>. Acesso em: 06 nov. 2022.
- PROAL, A. D.; VANELZAKKER, M. B. Long COVID or post-acute sequelae of COVID-19 (PASC): an overview of biological factors that may contribute to persistent

symptoms. **Frontiers in microbiology**, p. 1494, 2021. Disponível em:<Frontiers | Long COVID or Post-acute Sequelae of COVID-19 (PASC): An Overview of Biological Factors That May Contribute to Persistent Symptoms (frontiersin.org)>. Acesso em: 10 set. 2022.

PUNTMANN, V. O. et al. Outcomes of cardiovascular magnetic resonance imaging in patients recently recovered from coronavirus disease 2019 (COVID-19). **JAMA cardiology**, v. 5, n. 11, p. 1265-1273, 2020. Disponível em:<<https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2768916>>. Acesso em: 06 out. 2021.

QU, J. et al. Atypical lung feature on chest CT in a lung adenocarcinoma cancer patient infected with COVID-19. **Annals of Oncology**, v. 31, n. 6, p. 825, 2020. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32165205/>>. Acesso em: 28 set. 2021.

RAJKUMAR, R. P. Ayurveda and COVID-19: where psychoneuroimmunology and the meaning response meet. **Brain, behavior, and immunity**, v. 87, p. 8-9, 2020. Disponível em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159120306371>>. Acesso em: 24 out. 2022.

RASSOULIAN, A.; STASTKA, H. L. The Search for Meaning in Medicine When Confronted with Life-Threatening Illness-How to Include a Bio-Psycho-Social Model into Health-Care. **Psychiatria Danubina**, v. 34, n. 3, p. 398-406, 2022. Disponível em:<<https://europepmc.org/article/med/36256973>>. Acesso em: 17 nov. 2022.

RAMAKRISHNAN, R. K. et al. Unraveling the mystery surrounding post-acute sequelae of COVID-19. **Frontiers in immunology**, v. 12, p. 2574, 2021. Disponível em:<Scopus - Document details - Unraveling the Mystery Surrounding Post-Acute Sequelae of COVID-19 | Signed in>. Acesso em: 29 out. 2022.

RAMALHO, A. O. et al. Acute Skin Failure e Lesão por Pressão em Paciente com COVID-19. **Estima–Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, v. 19, 2021. Disponível em:<<https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/1007/397>>. Acesso em: 04 out. 2021.

RAVEENDRAN, A. V.; JAYADEVAN, R.; SASHIDHARAN, S. Long COVID: an overview. **Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews**, v. 15, n. 3, p. 869-875, 2021. Disponível em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871402121001193>>. Acesso em: 10 set. 2022.

RESENDE, O. L. C. et al. A representação do adoecer em adolescentes com lúpus eritematoso sistêmico. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 56, p. 398-405, 2016. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/rbr/a/7NhqrsCVfj7HfKRgZpMGGkk/?lang=pt&format=html>>. Acesso em: 10 out. 2022.

ROCHA, H. C. et al. Busca por cuidados de saúde: itinerário terapêutico de crianças egressas de unidades neonatais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 34,

2021. Disponível em:<<https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/11708>>. Acesso em: 17 out. 2022.

ROSENTHAL, N. et al. Risk Factors Associated with In-Hospital Mortality in a US National Sample of Patients with COVID-19. **JAMA Network Open**, v. 3, n. 12, 10 dez. 2020. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33301018/>>. Acesso em: 15 ago. 2021.

SANYAOLU, A. et al. The emerging SARS-CoV-2 variants of concern. **Therapeutic Advances in Infectious Disease**, v. 8, p. 20499361211024372, 2021. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34211709/>>. Acesso em: 02 out. 2021.

SASANGO HAR, F. et al. Provider burnout and fatigue during the COVID-19 pandemic: lessons learned from a high-volume intensive care unit. **Anesthesia and analgesia**, 2020. Disponível em:<[https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/2020/07000/Provider\\_Burnout\\_and\\_Fatigue\\_During\\_the\\_COVID\\_1.17.aspx](https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/2020/07000/Provider_Burnout_and_Fatigue_During_the_COVID_1.17.aspx)>. Acesso em: 01 out. 2021.

SCHNEIDER, C. C. et al. Follow-up of adults with noncritical COVID-19 two months after symptom onset. **Clinical Microbiology and Infection**, v. 27, n. 2, p. 258-263, 2021. Disponível em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1198743X20306066>>. Acesso em: 07 out. 2021.

SCHROEDER, K. et al. Nursing perspectives on care delivery during the early stages of the covid-19 pandemic: A qualitative study. **International journal of nursing studies advances**, v. 2, p. 100006, 2020. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7446648/>>. Acesso em: 01 out. 2021.

SHALEV, A.; LIBERZON, I.; MARMAR, C. Post-traumatic stress disorder. **New England journal of medicine**, v. 376, n. 25, p. 2459-2469, 2017. Disponível em:<<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1612499>>. Acesso em: 31 out. 2022.

SHARMA, S. K. et al. Clinical nursing care guidance for management of patient with COVID-19. **JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association**, v. 70, n. 5, p. S118-S123, 2020. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32515397/>>. Acesso em: 04 out. 2021.

SHCHENDRYGINA, A. et al. COVID-19 myocarditis and prospective heart failure burden. **Expert review of cardiovascular therapy**, v. 19, n. 1, p. 5-14, 2021. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33119418/>>. Acesso em: 08 out. 2021.

SILVA, L. F. da et al. O percurso da suspeição ao diagnóstico de pessoas com Covid-19. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, 2021a. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/HHGgnQRMCH77JX6zcRkF8jy/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 10 out. 2022.

SILVA, S., C. et al. Real and illusory perceptions of patients in induced coma. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 72, p. 818-824, 2019. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/reben/a/PNfhxZTQVbw9vzjZ86qhtrR/abstract/?lang=en>>. Acesso em: 27 out. 2022.

SILVA, M. L. M. et al. Análise e validação do conceito de espiritualidade e sua aplicabilidade no cuidado em saúde. **Ciencia y enfermería**, v. 27, 2021b. Disponível em:<[https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532021000100231&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532021000100231&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 17 nov. 2022

SINGAL, C. M. S.; JAISWAL, P.; SETH, P. SARS-CoV-2, more than a respiratory virus: its potential role in neuropathogenesis. **ACS chemical neuroscience**, v. 11, n. 13, p. 1887-1899, 2020. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32491829/>>. Acesso em: 08 out. 2021.

SOVERI, A. et al. Unwillingness to engage in behaviors that protect against COVID-19: the role of conspiracy beliefs, trust, and endorsement of complementary and alternative medicine. **BMC public health**, v. 21, n. 1, p. 1-12, 2021. Disponível em:<<https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-021-10643-w>>. Acesso em: 20 out. 2022.

STAKE, R. **Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam**. Penso Editora, 2016. Disponível em:<[https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=OjA9DQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=pesquisa+qualitativa&ots=hYmEfZJcXU&sig=\\_MixAD15B7ukQLuYx3yFryr3NM#v=onepage&q=pesquisa%20qualitativa&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=OjA9DQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=pesquisa+qualitativa&ots=hYmEfZJcXU&sig=_MixAD15B7ukQLuYx3yFryr3NM#v=onepage&q=pesquisa%20qualitativa&f=false)>. Acesso em: 28 abr. 2021.

SUDRE, C. H. et al. Attributes and predictors of Long-COVID: analysis of COVID cases and their symptoms collected by the Covid Symptoms Study App. **Medrxiv**, 2020. Disponível em:<<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.19.20214494v2>>. Acesso em: 05 out. 2021.

SUTTON, D. et al. Universal screening for SARS-CoV-2 in women admitted for delivery. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 22, p. 2163-2164, 2020. Disponível em:<<https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc2009316>>. Acesso em: 02 out. 2021.

TANG, Y. et al. Assessment of Long-Term Effects on Pulmonary Functions Between Severe and Non-Severe Convalescent COVID-19 Patients: A Single-Center Study in China. **Journal of Inflammation Research**, p. 4751-4761, 2022. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36017172/>>. Acesso em: 31 out. 2022.

TAQUET, M. et al. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. **The Lancet Psychiatry**, v. 8, n. 5, p. 416-427, 2021. Disponível em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2215036621000845>>. Acesso em: 09 set. 2022.

TLEYJEH, I., M. et al. Efficacy and safety of tocilizumab in COVID-19 patients: a living systematic review and meta-analysis. **Clinical Microbiology and Infection**, v. 27, n. 2, p. 215-227, 2021. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33161150/>>. Acesso em: 10 nov. 2022.

TESTON, E. F. et al. Sentimentos e dificuldades vivenciadas por pacientes oncológicos ao longo dos itinerários diagnóstico e terapêutico. **Escola Anna Nery**, v. 22, 2018. Disponível em:<<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-953468>>. Acesso em: 10 out. 2022.

TIAN, S. et al. Pathological study of the 2019 novel coronavirus disease (COVID-19) through postmortem core biopsies. **Modern Pathology**, v. 33, n. 6, p. 1007-1014, 2020. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32291399/>>. Acesso em: 08 out. 2021.

VAN DOREMALEN, N. et al. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. **New England journal of medicine**, v. 382, n. 16, p. 1564-1567, 2020. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32182409/>>. Acesso em: 15 ago. 2021.

VAN KAMPEN, J. et al. Shedding of infectious virus in hospitalized patients with coronavirus disease-2019 (COVID-19): duration and key determinants. **MedRxiv**, 2020. Disponível em:<<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.08.20125310v1>>. Acesso em: 06 set. 2021.

VARDAVAS, C.I.; NIKITARA, K. COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence. **Tobacco induced diseases**, v. 18, 2020. Disponível em:<<http://www.tobaccoinduceddiseases.org/COVID-19-and-smoking-A-systematic-review-of-the-evidence,119324,0,2.html>>. Acesso em: 01 out. 2021.

VEHAR, S. et al. Post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection: Caring for the 'long-haulers'. **Cleveland Clinic Journal of Medicine**, v. 88, n. 5, p. 267-272, 2021. Disponível em:<<https://www.ccjm.org/content/88/5/267>>. Acesso em: 06 out. 2021.

VERA, M., et al. Intubation timing as determinant of outcome in patients with acute respiratory distress syndrome by SARS-CoV-2 infection. **Journal of critical care**, v. 65, p. 164-169, 2021. Disponível em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883944121001210>>. Acesso em: 26 out. 2022.

VERITY, R. et al. Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. **The Lancet infectious diseases**, v. 20, n. 6, p. 669-677, 2020. Disponível em:<[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30243-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30243-7/fulltext)>. Acesso em: 05 out. 2021.

WAHLSTER, S. et al. The coronavirus disease 2019 pandemic's effect on critical care resources and health-care providers: a global survey. **Chest**, v. 159, n. 2, p. 619-633, 2021. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7484703/>>. Acesso em: 04 out. 2021.

WANG, F.; KREAM, R.M.; STEFANO, G. B. Long-term respiratory and neurological sequelae of COVID-19. **Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research**, v. 26, p. e928996-1, 2020. Disponível em:<<https://www.medscimonit.com/abstract/index/idArt/928996>>. Acesso em: 08 out. 2021.

WANG, M. et al. SARS-CoV infection in a restaurant from palm civet. **Emerging infectious diseases**, v. 11, n. 12, p. 1860, 2005. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16485471/>>. Acesso em: 14 ago. 2021.

WANG, Y. et al. Reduction of secondary transmission of SARS-CoV-2 in households by face mask use, disinfection and social distancing: a cohort study in Beijing, China. **BMJ global health**, v. 5, n. 5, p. e002794, 2020. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32467353/>>. Acesso em: 05 set. 2021.

WATSON, O. J. et al. Global impact of the first year of COVID-19 vaccination: a mathematical modelling study. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 22, n. 9, p. 1293-1302, 2022. Disponível em:<[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(22\)00320-6/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(22)00320-6/fulltext#%20)>. Acesso em: 02 nov. 2022.

WILLEMSE, S. et al. Spiritual care in the intensive care unit: An integrative literature research. **Journal of Critical Care**, v. 57, p. 55-78, 2020. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32062288/>>. Acesso em: 17 nov. 2022.

WOO, M. S. et al. Frequent neurocognitive deficits after recovery from mild COVID-19. **Brain communications**, v. 2, n. 2, p. fcaa205, 2020. Disponível em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667296021001853>>. Acesso em: 09 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) et al. **Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions: scientific brief**, 09 July 2020. World Health Organization, 2020a. Disponível em:<[Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions: scientific brief, 09 July 2020 \(who.int\)](https://www.who.int/news/item/26-11-2021-classification-of-omicron-(b.1.1.529)-sars-cov-2-variant-of-concern)>. Acesso em: 05 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Classification of Omicron (B.1.1.529): SARS-CoV-2 Variant of Concern. 26 November 2021a. Disponível em:<[https://www.who.int/news/item/26-11-2021-classification-of-omicron-\(b.1.1.529\)-sars-cov-2-variant-of-concern](https://www.who.int/news/item/26-11-2021-classification-of-omicron-(b.1.1.529)-sars-cov-2-variant-of-concern)>. Acesso em: 26 jan. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus, 6 October 2021b. Disponível em:<[https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post\\_COVID-19\\_condition-Clinical\\_case\\_definition-2021.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1)>. Acesso em: 09 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Tracking SARS-CoV-2 variants, This content is last updated on 12 April 2022a. Disponível

em:<<https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>>. Acesso em:19 abr. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). COVID-19 Weekly Epidemiological Update. Edition 102, published 27 July 2022b. Disponível em:<<https://www.who.int/publications/m/item/monthly-operational-update-on-covid-19---july-2022>>. Acesso em:03 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). COVID-19 Weekly Epidemiological Update. Edition 111 published 28 September 2022c. Disponível em:<<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331686>>. Acesso em: 04 nov. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). COVID-19 Weekly Epidemiological Update. Edition 80, published 22 February 2022d. Disponível em:<<https://www.who.int/publications/m/item/monthly-operational-update-on-covid-19---july-2022>>. Acesso em:03 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). COVID-19 Weekly Epidemiological Update. Edition 85, published 29 March 2022e. Disponível em:<<https://www.who.int/publications/m/item/monthly-operational-update-on-covid-19---july-2022>>. Acesso em:03 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). COVID-19 Weekly Epidemiological Update. Edition 89, published 27 April 2022f. Disponível em:<<https://www.who.int/publications/m/item/monthly-operational-update-on-covid-19---july-2022>>. Acesso em:03 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). COVID-19 Weekly Epidemiological Update. Edition 93, published 25 May 2022g. Disponível em:<<https://www.who.int/publications/m/item/monthly-operational-update-on-covid-19---july-2022>>. Acesso em:03 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). COVID-19 Weekly Epidemiological Update. Edition 98, published 29 June 2022h. Disponível em:<<https://www.who.int/publications/m/item/monthly-operational-update-on-covid-19---july-2022>>. Acesso em: 03 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). COVID-19 Weekly Epidemiological Update. Edition 107, published 31 August 2022i. Disponível em:<<https://www.who.int/publications/m/item/monthly-operational-update-on-covid-19---july-2022>>. Acesso em:03 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Contact tracing and quarantine in the context of COVID-19. Interim guidance 6 July 2022j. Disponível em:<<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance-publications>>. Acesso em: 06 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). COVID-19 Weekly Epidemiological Update. Edition 115 published 26 October 2022k. Disponível em:<<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331686>>. Acesso em: 04 nov. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). COVID-19 Weekly Epidemiological Update. Edition 120 published 30 November 2022l. Disponível em:<<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331686>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). COVID-19 Weekly Epidemiological Update. Edition 123 published 21 December 2022m. Disponível em:<<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331686>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

XIANG, J. Z. et al. Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS- CoV-2 in Wuhan , China. n. February, p. 1730–1741, 2020. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32077115/>>. Acesso em 01 set. 2021.

XIAO, A. T.; TONG, Y. X.; ZHANG, S. Profile of RT-PCR for SARS-CoV-2: a preliminary study from 56 COVID-19 patients. **Clinical Infectious Diseases**, Chicago, v. 71, n. 16, p. 2249-2251, nov. 2020. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32306036/>>. Acesso em: 20 out. 2022.

XIONG, Y. et al. International policies and challenges on the legalization of traditional medicine/herbal medicines in the fight against COVID-19. **Pharmacological research**, v. 166, p. 105472, 2021. Disponível em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1043661821000566>>. Acesso em: 26 out. 2022.

XU, J; ZHANG, Y. Traditional Chinese medicine treatment of COVID-19. **Complementary therapies in clinical practice**, v. 39, p. 101165, 2020. Disponível em:<Traditional Chinese Medicine treatment of COVID-19 - ScienceDirect>. Acesso em: 24 out. 2022.

XU, X. et al. Imaging and clinical features of patients with 2019 novel coronavirus SARS-CoV-2. **European journal of nuclear medicine and molecular imaging**, v. 47, n. 5, p. 1275-1280, 2020. Disponível em:<<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00259-020-04735-9>> Acesso em: 14 set. 2021.

YANG, J. et al. Prevalence of comorbidities and its effects in patients infected with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 94, p. 91-95, 2020. Disponível em:<<https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-8189>>. Acesso em: 01 out. 2021.

YANG, Z. et al. Traditional Chinese medicine against COVID-19: Role of the gut microbiota. **Biomedicine & Pharmacotherapy**, p. 112787, 2022. Disponível em:<<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0753332222001755?token=9B97BC9037DCD65BF2A82D021A1BC7E57E82292B86A69C15524A0CC58CEBDDDD1F38277977B584F1E0BC34B52FC82AFC&originRegion=us-east-1&originCreation=20221113001316>>. Acesso em: 10 nov. 2022.

YONG, S. J. Long COVID or post-COVID-19 syndrome: putative pathophysiology, risk factors, and treatments. **Infectious diseases**, v. 53, n. 10, p. 737-754, 2021.

Disponível em:<<https://www.tandfonline.com/journals/infd20>>. Acesso em: 29 out. 2022.

YU, P. et al. A familial cluster of infection associated with the 2019 novel coronavirus indicating possible person-to-person transmission during the incubation period. **The Journal of infectious diseases**, v. 221, n. 11, p. 1757-1761, 2020. Disponível em:<<https://academic.oup.com/jid/article/221/11/1757/5739751>>. Acesso em: 06 set. 2021.

ZAWILSKA, J., B.; KUCZYŃSKA, K. Psychiatric and neurological complications of long COVID. **Journal of Psychiatric Research**, 2022. Disponível em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022395622005982>>. Acesso em: 31 out. 2022.

ZHAI, P. et al. The epidemiology, diagnosis and treatment of COVID-19. **International journal of antimicrobial agents**, v. 55, n. 5, p. 105955, 2020. Disponível em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924857920301059>>. Acesso em: 02 set. 2021.

ZHANG, J. et al. Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China. **Allergy**, v. 75, n. 7, p. 1730-1741, 2020. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32077115/>>. Acesso em: 12 ago. 2021.

ZHAO, Z. et al. Prevention and treatment of COVID-19 using Traditional Chinese Medicine: A review. **Phytomedicine**, v. 85, p. 153308, 2021. Disponível em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0944711320301409>>. Acesso em: 24 out. 2022.

ZHENG, J. SARS-CoV-2: An Emerging Coronavirus That Causes a Global Threat. **International journal of biological sciences**, v. 16, n. 10, p. 1678, 2020. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32226285/>>. Acesso em: 02 ago. 2021.

ZHONG, N. S. et al. Epidemiology and cause of severe acute respiratory syndrome (SARS) in Guangdong, People's Republic of China, in February, 2003. **The Lancet**, v. 362, n. 9393, p. 1353-1358, 2003. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14585636/>>. Acesso em: 01 ago. 2021.

ZHOU, F. et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. **The lancet**, v. 395, n. 10229, p. 1054-1062, 2020. Disponível em:<[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30566-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30566-3/fulltext)>. Acesso em: 12 set. 2021.

## **APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Nós, Nen Nalú Alves das Mercês, enfermeira e professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná e Vanusa Daiane Eidt, enfermeira e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o (a) Senhor (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada: “O itinerário terapêutico dos sobreviventes da COVID-19”. Esta pesquisa resultará em dados e informações sobre sua trajetória de cuidado desde o primeiro sintoma, até o momento atual. Os atendimentos e serviços que assistiram o (a) Senhor (a), bem como os tratamentos que foram ou possam estar sendo realizados. Os resultados deste estudo poderão contribuir para repensar as práticas de cuidado em saúde e enfermagem. O motivo que nos leva a realizar o estudo é trazer subsídios e conhecimento.

O objetivo desta pesquisa é conhecer o itinerário terapêutico de pessoas sobreviventes, que desenvolveram da COVID 19, no município de Itapiranga, no estado de Santa Catarina.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: Trata-se de um estudo que será constituído por duas etapas, sendo a primeira etapa constituído por um estudo documental de prontuários disponíveis na Unidade Básica de Saúde e no Hospital Sagrada Família- Instituto Santé. E a segunda fase será necessário a realização de entrevista audiogravada, com gravador digital, pela pesquisadora, e posteriormente as respostas serão transcritas para a análise dos resultados. Será encaminhado o conteúdo da entrevista para o (a) Senhor (a), verificar e se quiser fazer alguma alteração.

Caso o (a) senhor (a) aceite participar da pesquisa foi informado (a) de como ela se desenvolverá. O primeiro contato acontecerá via telefone para convidar a participar da pesquisa e agendar o segundo contato. O segundo contato será um encontro para a coleta de dados, na data, horário e local definidos em comum acordo com a mestranda pesquisadora. Haverá o preenchimento de um instrumento chamado “perfil sociodemográfico e clínico”, com dados de identificação pessoal, de moradia, dados de sua doença e tratamentos.

Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em sofrimento, medo, estresse, cansaço que os sujeitos da pesquisa possam sentir ao recordar de fatores dolorosos/tristes,

entre outros sentimentos de desconfortos relacionados às lembranças, vivências e experiências sobre a COVID-19. Se o (a) senhor (a) experimentar algum desconforto, principalmente ao relembrar fatos ou situações desagradáveis e, que se ocorrer, será respeitado a expressão de suas emoções e encerrada a entrevista ou transferida em comum acordo com o (a) senhor (a), se for necessário. Nesta situação iremos propor uma técnica de relaxamento com pensamento guiado, para minimizar o desconforto provocado pelas lembranças. Esta técnica consiste em dirigir oralmente ao (a) senhor (a) palavras significativas sobre ambientes que relembre serenidade e tranquilidade. Será perguntado ao (a) senhor (a) antes da entrevista, quais os ambientes e situações que costumam lhe transmitir paz. E serão esses dados que comporão o encaminhamento para o pensamento dirigido, caso o (a) senhor (a) deseje. Além disso, poderá sentir fadiga e desconforto respiratório pelo tempo que poderá envolver a coleta de dados e pelas complicações em decorrência da doença, e a entrevista também, será encerrada ou transferida em comum acordo com o (a) senhor (a), se for necessário.

A pesquisa contribuirá para conhecimento da sociedade acadêmica não envolvendo nenhum benefício direto (financeiro) o (a) Senhor (a), considerando que seus valores culturais, morais, sociais e religiosos, bem como costumes serão respeitados.

Para participar deste estudo o (a) Senhor (a) não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o (a) Senhor (a) tem assegurado o direito a indenização. O (a) Senhor (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade. O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os resultados da pesquisa serão divulgados, mas você terá a garantia do sigilo e da confidencialidade dos resultados.

Os dados e instrumentos (entrevista) utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Caso o (a) Senhor (a) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, o(a) Senhor(a) pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário FAI de Itapiranga, pelo telefone (49) 3678-8700, no horário das 13h às 17h e das 18h40min às 22h35min. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi disciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

As pesquisadoras Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Nen Nalú Alves das Mercês e a mestranda Vanusa Daiane Eidt tem o endereço institucional: Av. Lothario Meissner, 632 - Bloco Didático II - 4º andar Jardim Botânico - Curitiba/PR CEP: 80210-170 (Campi Jardim Botânico, da Universidade Federal do Paraná). A pesquisadoras poderão ser contatadas para esclarecer eventuais dúvidas que o (a) Senhor (a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Em emergências ou urgência, relacionadas à pesquisa, as mesmas poderão ser contatadas pelo E-mail: nennalu@ufpr.br (Nen Nalú Alves das Mercês) ou e-mail: vanusaeidt@gmail.com (Vanusa Daiane Eidt)

Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Dessa forma, se o (a) Senhor (a) concordar em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações acima, coloque se nome no local indicado abaixo. Desde já, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que será também assinado pelo pesquisador responsável em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com a pesquisadora.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

Itapiranga/SC, ..... de .....de 20...

---

Assinatura do Participante de Pesquisa

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

---

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]

**APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE SOBREVIVENTE DA COVID-19**

Dados de Identificação		
Data da coleta:	Código:	
Nome completo:		
Data de nascimento:	Idade:	Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem.
Religião:	Nº Filhos:	
Cor da pele:	Estado civil:	
Escolaridade:	Ocupação:	
Endereço:		
Bairro:	Cidade:	
Telefone:		
História Clínica		
Data do primeiro atendimento:		
Local do primeiro atendimento:		
Início dos sintomas:	Início do isolamento:	
Sinais e sintomas iniciais:		
Data da coleta do teste:	Tipo de teste realizado:	
Data do 2º teste:	Tipo de teste realizado:	
Local que realizou o teste: ( ) Hospital ( ) Unidade Básica ( ) Privado		
Comorbidades:		
Medicações de uso contínuo:		
Data da internação:		
Sinais e sintomas na internação:		
Exames laboratoriais ( ) sim ( ) não	Raio-X ( ) sim ( ) não	
Quais exames coletou:		
Exames complementares:		
Utilizou oxigênio ( ) sim ( ) não	Data:	
Foi intubado no hospital de origem ( ) sim ( ) não	Data:	
Data da transferência:	Hospital de referência:	
Meio de transporte: ( ) ambulância do SAMU ( ) ambulância da prefeitura		
Data da alta:		
Faz acompanhamento pós-COVID-19 ( ) sim ( ) não		
Local de acompanhamento:		
Sequelas descritas:		
Anotações:		

FONTE: A autora (2021).

### APÊNDICE 3 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA DO SOBREVIVENTE DA COVID-19

#### Questão disparadora

#### 1- Conte-me como o (a) Senhor (a) descobriu que estava doente (COVID-19)?

##### Tópicos complementares:

O (a) senhor (a) poderia me contar como percebeu os primeiros sintomas da doença (quais foram)?

Quando ocorreu (período: dia, mês, ano)?

Quanto tempo levou entre os primeiros sintomas e a confirmação do diagnóstico da COVID-19?

O que o (a) senhor (a) fez/buscou até sair o resultado do seu exame para COVID (massagem, descanso, remédios caseiros, práticas religiosas, automedicação, outras práticas)?

O que o (a) senhor (a) fez quando descobriu que estava com COVID-19? Buscou ajuda para se sentir melhor (quem indicou, fez uso de chás/ervas medicinais/outros, buscou/busca curandeiras, benzedeiras, simpatias, igreja, outros)?

Quem contou sobre o resultado do teste? (Quando (data), soube pelo profissional de saúde (qual), serviço (qual), soube ao ler o resultado, soube pelo familiar).

Com quem o (a) senhor (a) comentou sobre a positividade para COVID-19 (avisou familiares, trabalho, amigos)?

Como se sentiu ao saber que estava com COVID-19 (medo, ansiedade, angústia, não deu importância)?

Quais os sintomas o (a) Senhor (a) sentia com o passar dos dias após o diagnóstico da COVID-19?

Como foi o período de isolamento? Como se sentiu nesse período?

Dificuldades encontradas (serviços de saúde, financeiras, familiares, trabalho, outras)?

Facilidades encontradas (serviços de saúde, financeiras, familiares, trabalho, outras)?

O (A) senhor (a) acredita em um ser maior? Participa de algum tipo de adoração (religiões, igrejas, crenças, novena, promessas, outros)?

**Questão disparadora**

**2) Conte-me como foi a experiência do (a) Senhor (a) no hospital durante sua internação?**

**Tópicos complementares:**

Para onde o (a) senhor (a) foi quando percebeu que não estava melhorando?

O que acha que pode ter piorado a sua doença?

Quem acompanhou o (a) senhor (a)?

Quanto tempo passou do diagnóstico até a hospitalização?

Como o (a) senhor (a) percebeu que estava piorando (sintomas, o que sentia)?

O que mais lhe preocupava em relação a sua situação?

O (A) Senhor (a) lembra o que foi feito/utilizado no hospital para que melhorasse (oxigênio, soro, medicação, IOT, pronação)?

Que tipo de tratamento o (a) senhor (a) acha que deveria ter recebido?

Como era mantido o contato com sua família (quem)?

Quanto tempo transcorreu da hospitalização até a transferência?

Quanto tempo transcorreu da hospitalização até a intubação, recorda?

Como se sentiu quando soube que seria intubado?

Que sinais e sintomas mais incomodaram o (a) senhor (a) durante a internação provocados pela COVID-19/ tratamento?

O que o (a) senhor (a) esperava em relação ao tratamento?

Quanto tempo ficou internado?

Quais foram suas fontes de apoio durante a internação (família, igreja, outros)?

Dificuldades encontradas (serviços de saúde, atraso no tratamento, financeiras, familiares, trabalho, outras)?

Facilidades encontradas (serviços de saúde, financeiras, ajuda familiar, trabalho, outras)?

O (A) senhor (a) acredita que teve algum aprendizado de algo deste período?

**Questão disparadora**

**3) Conte-me como foi a experiência do (a) Senhor (a) após a alta hospitalar até hoje?**

**Tópicos complementares:**

Quando recebeu alta (data), recorda?

Quais são os principais problemas que a COVID-19 te causou?

Manteve algum sintoma de forma persistente?

O que o (a) senhor (a) está fazendo para tentar melhorar esses sintomas? (tipo de tratamento, qual profissional, Serviço de Saúde, chás, ervas, simpatias, espiritual, quem indicou, por quanto tempo)?

Percebeu melhora com os recursos buscados? E quais resultados espera alcançar?

Sente dificuldade em realizar suas atividades diárias (poderia contar quais as dificuldades)?

Dificuldades encontradas (pandemia, serviços de saúde, atraso no tratamento, financeiras, familiares, trabalho, outras)?

Facilidades encontradas (de saúde, financeiras, familiares, trabalho, outras)?

Qual seu sentimento (expectativas) em relação ao momento que está vivendo.

## ANEXO 1 – MINIEXAME DO ESTADO MENTAL

Data da Avaliação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### ORIENTAÇÃO

- Dia da Semana (1 Ponto).....( )
- Dia do mês (1 Ponto) .....( )
- Mês (1 Ponto).....( )
- Ano (1 Ponto) .....( )
- Hora Aproximada (1 Ponto).....( )
- Local Específico (apartamento ou setor) (1 Ponto)... ..( )
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 Ponto).....( )
- Bairro ou Rua próxima (1 Ponto).....( )
- Cidade (1 Ponto).....( )
- Estado (1 Ponto).....( )

### MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não correlacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente sobre as 3 palavras. Dê um ponto para cada resposta correta.....( )

Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

### ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100-7) 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto) .....( )  
(alternativamente soletrar mundo de trás pra frente).

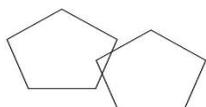
### EVOCAÇÃO

- Pergunte ao paciente pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto/ palavra) .....( )

### LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos) .....( )
- Repetir: “Nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto) ..... ( )
- Comando: Pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão (3 pontos) .....( )
- Ler e obedecer: “feche os olhos” (1 ponto) ..... ( )
- Escrever uma frase (1 ponto) .....( )
- Copiar um desenho (1 ponto) .....( )

**ESCORE ( \_\_\_ / 30)**



**Fonte:** FOLSTEIN *et al.* Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatry Research**, v. 12, n. 3, p.189-198, 1975.

## ANEXO 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### CENTRO UNIVERSITÁRIO FAI



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DOS SOBREVIVENTES DA COVID-19

**Pesquisador:** NEN NALÚ ALVES DAS MERCES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 53899221.9.0000.8064

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.163.229

##### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de natureza qualitativa, de abordagem descritiva, exploratória. Tem como pergunta de pesquisa: Como ocorreu o itinerário terapêutico dos sobreviventes das formas graves da COVID-19, no município de Itapiranga? Os objetivos são: Conhecer o itinerário terapêutico de pessoas sobreviventes, que desenvolveram a forma grave da COVID 19, no município de Itapiranga, no estado de Santa Catarina; reconstituir o itinerário terapêutico dos sobreviventes da COVID-19; Identificar os sistemas de cuidado à saúde utilizados pelos sobreviventes da COVID-19; identificar os cuidados à saúde realizados pelos sobreviventes da COVID-19, no intervalo de tempo do sintoma até o momento atual; analisar o intervalo de tempo, entre as etapas diagnósticas e terapêuticas, do sintoma ao acompanhamento pós COVID dos sobreviventes. O referencial teórico adotado será os Sistemas de Cuidado em Saúde de Arthur Kleinmann. O campo de estudo será no município de Itapiranga, localizado no Extremo Oeste do estado de Santa Catarina. Os participantes do estudo serão dez (10) sobreviventes das formas graves da COVID-19 e seu cuidador/familiar principal dez (10). A seleção dos participantes respeitará os critérios de inclusão e exclusão. A coleta de dados acontecerá através da consulta nos prontuários das unidades básicas de saúde e no hospital do município e ainda através de entrevista semiestruturada áudio gravada com roteiro elaborado pela autora. Quanto a análise de dados, será utilizado o referencial metodológico de Creswell (2021), com codificação de forma manual. A pesquisa respeitará os critérios éticos estabelecidos pela resolução N° 466/12 do

**Bairro:** Universitário

**CEP:** 89.896-000

**UF:** SC

**Município:** ITAPIRANGA

**Telefone:** (49)3678-8700

**E-mail:** cep.itapiranga@uceff.edu.br

**Endereço:** Rua Carlos Kummer 100