

Ministério da Educação Universidade Federal de Itajubá – UNIFEI
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ

Vanessa Rosa Pereira

**Capacidade funcional de indivíduos pós COVID19 crítica sob a perspectiva dos
atores sociais**

Itajubá-MG

2025

Ministério da Educação Universidade Federal de Itajubá – UNIFEI
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ

Vanessa Rosa Pereira

Capacidade funcional de indivíduos pós COVID19 crítica sob a perspectiva dos atores sociais

Dissertação submetida à defesa no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade, na Universidade Federal de Itajubá - UNIFEI.

Área de Concentração:
Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade.

Linha de Pesquisa: Desenvolvimento e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Geraldo Fabiano Moraes.

Itajubá-MG
2025

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ

Vanessa Rosa Pereira

Capacidade funcional de indivíduos pós COVID19 crítica sob a perspectiva dos atores sociais

Essa Dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do título de mestre, no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade, na Universidade Federal de Itajubá – UNIFEI

Itajubá, 29 de agosto de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Pâmela Camila Pereira
Avaliadora externa

Prof. Dr. Luiz Felipe Silva
Avaliador interno

Prof. Dr. Geraldo Fabiano de Souza Moraes
Orientador

Dedico este trabalho aos meus pais por me ensinarem os valores fundamentais da vida e me amarem acima de qualquer circunstância e em especial a todos aqueles que tiveram suas vidas ceifadas pela COVID-19, especialmente minha tia Luciene que trouxe amor e alegria para nossa família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Prof. Dr. Geraldo Fabiano de Souza Moraes que com seu vasto conhecimento, sua sensibilidade, inteligência, generosidade, dedicação e disponibilidade me conduziu por esse árduo caminho.

Aos meus pais, Antônio e Márcia, agradeço pela confiança, perseverança e paciência de permanecerem ao meu lado nesta aventura acadêmica; por me incentivarem a buscar caminhos que me realizassem, por acreditarem no meu sonho e oferecerem todo o suporte necessário para que ele se tornasse realidade; por serem referência e inspiração, fazendo com que eu buscasse sempre minha melhor versão. Obrigada por terem sido a minha base e ponto de apoio na realização dos projetos que edificaram esta dissertação.

À minha amiga Agnes que foi fundamental para a realização deste projeto.

À minha equipe do hospital, agradeço pela paciência, confiança, apoio, carinho, risadas e pela amizade que nasceu entre nós.

Finalmente agradeço a minha parceira de vida Marta, por ser inspiração e motivo desta pesquisa; por ser um verdadeiro modelo de força e vontade de viver.

Mateus 6:22: “A candeia do corpo são os olhos; de sorte que, se os teus olhos forem bons, todo o teu corpo terá luz.”

RESUMO

A pandemia de COVID-19 gerou impactos persistentes sobre saúde, funcionalidade e participação social, particularmente entre casos críticos. No Brasil, desigualdades estruturais agravaram a morbimortalidade e dificultaram a reintegração pós-infecção. Este estudo de caso, exploratório e descritivo, avaliou 13 sobreviventes de COVID-19 crítica atendidos no Hospital de Clínicas de Itajubá (MG) entre 2020 e 2025, todos submetidos à intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva. Predominaram homens (69,23%), faixa etária de 51–60 anos (38,46%) e indivíduos casados/união estável (61,53%). Observou-se alta prevalência de comorbidades pré-existentes, especialmente hipertensão arterial sistêmica (30,77%) e diabetes mellitus (23,08%), além de transtornos psiquiátricos pós-infecção (38,46%) e sequelas persistentes (46,15%), principalmente musculoesqueléticas, neurológicas e respiratórias. O tempo médio de internação foi de 18,82 dias em enfermaria e 19,22 dias em UTI. Os escores do SF-36 indicaram percepção positiva nos domínios Estado Geral de Saúde (89,74) e Saúde Mental (79,15), mas comprometimento em Aspectos Emocionais (40,38) e Aspectos Sociais (56,00). Houve associação significativa entre comorbidades e menores escores em Aspectos Físicos ($p = 0,020$) e entre renda mensal e Estado Geral de Saúde ($p = 0,046$), além de tendências envolvendo histórico vacinal e Saúde Mental ($p = 0,050$) e sequelas e Vitalidade ($p = 0,075$). A análise fundamentada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde evidenciou que a incapacidade pós-COVID-19 crítica resulta da interação entre déficits funcionais, limitações de atividades, restrições de participação e fatores contextuais, como escolaridade, ocupação e rede de apoio. Conclui-se que a reabilitação deve ser multiprofissional, contínua e personalizada, abrangendo recuperação funcional, suporte psicossocial, atenção à saúde mental e redução das desigualdades de acesso, subsidiando políticas públicas e programas voltados à inclusão e funcionalidade plena.

Palavras-chave: COVID-19; Pandemia; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Qualidade de vida

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic, caused by SARS-CoV-2, has generated persistent impacts on health, functionality, and social participation, particularly among critically ill patients. In Brazil, structural inequalities have exacerbated morbidity, mortality, and post-infection reintegration challenges. This exploratory and descriptive case study analyzed 13 survivors of critical COVID-19 treated at the Hospital de Clínicas de Itajubá (MG) between 2020 and 2025, all of whom underwent orotracheal intubation and invasive mechanical ventilation. The sample was predominantly male (69.23%), aged 51–60 years (38.46%), and married or in stable unions (61.53%). High prevalence of pre-existing comorbidities was observed, especially systemic arterial hypertension (30.77%) and diabetes mellitus (23.08%), along with post-infection psychiatric disorders (38.46%) and persistent sequelae (46.15%), mainly musculoskeletal, neurological, and respiratory. Average hospital stay was 18.82 days in the ward and 19.22 days in the ICU. SF-36 scores indicated positive perception in General Health (89.74) and Mental Health (79.15), while Emotional Role (40.38) and Social Functioning (56.00) were the most affected domains. Significant associations were found between pre-existing comorbidities and lower Physical Functioning scores ($p = 0.020$) and between monthly income and General Health ($p = 0.046$), with trends involving vaccination history and Mental Health ($p = 0.050$) and sequelae and Vitality ($p = 0.075$). Analysis based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) demonstrated that post-critical COVID-19 disability results from the interaction of functional deficits, activity limitations, participation restrictions, and contextual factors such as education, occupation, and social support. Rehabilitation for this population should be multidisciplinary, continuous, and personalized, encompassing functional recovery, psychosocial support, mental health care, and reduction of healthcare access inequalities. These findings provide evidence to support public policies and rehabilitation programs aimed at promoting full functionality and social inclusion, highlighting the need for future studies with larger samples to further explore and validate observed associations.

Key-words: COVID-19; Pandemics; International Classification of Functioning, Disability and Health Quality of Life.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo estrutural da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.....	26
Figura 2 - Fluxograma do processo de seleção da amostra do estudo	43
Figura 3 - Diagrama da correlação conceitual entre os componentes da CIF e os domínios do questionário de saúde SF-36	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Evolução da pandemia de COVID-19 no Brasil, na Região Sudeste, no estado de Minas Gerais e no município de Itajubá entre os anos de 2020 e 2025 ...	46
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica dos participantes segundo sexo, idade e estado civil.....	48
Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica dos participantes segundo escolaridade e número de filhos.....	51
Tabela 4 - Caracterização dos participantes segundo hábitos de vida, prática de exercícios físicos e comorbidades prévias	55
Tabela 5 - Caracterização clínica dos participantes segundo sintomas iniciais e histórico de vacinação	58
Tabela 6 - Períodos de Internação Hospitalar	63
Tabela 7 - Caracterização clínica dos participantes segundo comorbidades adquiridas, intervenções de reabilitação e sequelas	65
Tabela 8 - Escores médios e respectivos desvios padrão dos domínios do SF-36...	68
Tabela 9 - Correlação das variáveis sociodemográficas, clínicas e de hábitos de vida com os domínios de qualidade de vida	72
Tabela 10 -- Mapeamento entre os domínios do instrumento SF-36 e os componentes da CIF	77
Tabela 11 - Mapeamento das variáveis do estudo com os domínios e componentes da CIF	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANOVA	Análise de Variância
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde
CoF	Componente Físico
CoM	Componente Mental
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégias de Saúde da Família
FR	Frequência Respiratória
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PPG-DTECS	Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade De Vida Relacionada À Saúde
SatO2	Saturação De Oxigênio No Sangue
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SF-36	Short Form Health Survey 36
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno De Estresse Pós-Traumático
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNIFEI	Universidade Federal de Itajubá
USP	Universidade de São Paulo

UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	iii
AGRADECIMENTOS	iv
EPÍGRAFE	iv
RESUMO.....	vi
LISTA DE FIGURAS	viii
LISTA DE TABELAS.....	ix
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	x
PREFÁCIO	xiv
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Objetivo Geral.....	6
1.1.1 Objetivos Específicos.....	7
1.2 Justificativa e Relevância.....	7
1.3 Problema de Pesquisa	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1 COVID-19: Ciências e Sociedade	11
2.2 A vacina para COVID-19 como tecnologia em tempos de incertezas.....	17
2.3 Funcionalidade e a Participação Social.....	22
2.4 Dinâmicas Sociais e a Publicação Da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde	24
2.5 Perspectivas interdisciplinares sobre saúde, desenvolvimento e sociedade	29
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	33
3.1 Cenário da pesquisa	33
3.2 Delineamento do Estudo	34
3.3 Amostra.....	34
3.4 Instrumentos de coleta de dados.....	35
3.4.1 Questionário sociodemográfico e econômico.....	35
3.4.2 Questionário de condições de saúde	35
3.4.3 Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida – SF-36	36
3.5 Procedimentos de coleta de dados.....	37
3.6 Análise de dados.....	38
3.7 Aspectos éticos da pesquisa	40
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
5 CONCLUSÃO.....	82
REFERÊNCIAS	Erro! Indicador não definido.
APÊNDICE A – CARTA DE APRESENTAÇÃO DOS PESQUISADORES	109

APÊNDICE B - TERMO DE ANUÊNCIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE ITAJUBÁ	111
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO N° ____	112
APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	115
APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE	117
APÊNDICE F – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....	118
ANEXO A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE PACIENTES	119
ANEXO B – TERMO DE FORNECIMENTO DE DADOS PARA FINS DE PESQUISA CLÍNICA.....	120
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	121
ANEXO D - VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA -SF-36	125
ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS.....	129

PREFÁCIO

Esta dissertação não é apenas o fechamento de um ciclo acadêmico, mas a celebração de uma trajetória que entrelaça a ciência, o cuidado e o amor em sua forma mais genuína.

Sou enfermeira desde 2014. A enfermagem, embora não tenha sido minha escolha inicial, se revelou o destino mais acertado e transformador da minha vida. Desde os primeiros passos profissionais, compreendi que ser enfermeira – tanto na gestão quanto na assistência é o que me faz inteira, realizada e, acima de tudo, útil. Encontrei na profissão um propósito que transcende o fazer técnico: o de ser ponte entre a dor e a esperança, entre a vulnerabilidade e a dignidade humana.

Após a graduação, ingressei no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Itajubá. Meus planos eram retornar para Pouso Alegre, minha cidade natal. Mas o destino – que também sabe ser generoso – me apresentou novos caminhos: permaneci em Itajubá, fui contratada pelo hospital, e ali criei raízes. A cidade, o hospital e os itajubenses me acolheram com braços largos. Pela primeira vez, senti o pleno pertencimento a um lugar.

No exercício cotidiano da profissão, entre plantões e aprendizados, conheci o amor, Marta. E foi com ela que vivi o capítulo mais desafiador da nossa história – e talvez o mais revelador sobre o que é, de fato, cuidar.

A pandemia da COVID-19 chegou como um vendaval sobre o mundo. Em 2020, o medo era a matéria-prima de todos os dias: o medo de ir, de voltar, de perder. Trabalhei por anos em UTI, mas em maio de 2021, atuei por uma semana em uma UTI COVID-19 – e essa única semana foi suficiente para mudar minha história. Me contaminei. Marta, também foi infectada. Seu quadro agravou-se rapidamente. Ela foi internada e intubada. Vi minha companheira tornar-se uma das pacientes mais graves que já presenciei em toda a pandemia.

Foram dias em que deixei de ser enfermeira. A técnica, o saber, a experiência... tudo silenciou diante do medo e do amor. Vi minha companheira entre a vida e a morte, rodeada por colegas que nunca desistiram dela...e de mim.

A equipe de enfermagem foi o alicerce que sustentou nossos dias mais difíceis. Não apenas pelo domínio técnico, que é inegável, mas pela sensibilidade com que conduziram cada gesto. Cuidaram da Marta com um zelo que ia além do

protocolo. Banhos impossíveis, trocas adiadas pela gravidade, posicionamentos limitados foram substituídos por presença, carinho, palavras suaves e mãos firmes. Foram elas que seguraram o tempo até que ele pudesse, enfim, passar. Que garantiram humanidade onde tudo parecia desumanizado. Que colocaram música, fé e afeto em um ambiente tomado pelo silêncio e pela incerteza. Enfermagem, mais do que profissão, ali se mostrou essência. E eu nunca esquecerei o quanto foram fundamentais.

Rezei, pela primeira vez com fé, pedindo intercessão a Santa Terezinha. Foram 41 dias de angústia, de gestos de solidariedade que jamais esquecerei, como o da técnica de enfermagem que “resgatou” uma rosa vermelha levada pelo pai da Marta e a colocou em suas mãos. O milagre, então, floresceu.

Marta sobreviveu. Voltou para casa paralisada do pescoço para baixo. Eu permaneci ao seu lado, dia e noite, em um quarto de hospital, em um carro estacionado, em silêncio ou em canções. Vivemos o cuidado em sua forma mais radical. Superamos juntas as fragilidades, a dependência, a reabilitação. Hoje, ela ainda carrega uma marca daquilo que enfrentamos, mas está viva e saudável. Somos sobreviventes e protagonistas de nossa própria história.

Esta pesquisa nasce desse percurso. É fruto de uma experiência vivida na pele, no corpo e na alma. É também homenagem a todos os que cuidam, aos que resistem, aos que acreditam no poder da ciência, da coletividade e do amor. Que este trabalho sirva como testemunho de que a dor pode transformar-se em potência, e que os afetos também produzem conhecimento.

Vanessa Rosa Pereira

1 INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19, devido à infecção altamente contagiosa do SARS-Cov-2, espalhou-se rapidamente em muitos países com alto número de mortes, causando impactos nos sistemas de saúde (Tiwari et al., 2023). Globalmente, até início de março de 2025, mais de 777 milhões de casos foram confirmados e mais de sete milhões de mortes foram relatadas (World Health Organization, 2025).

Segundo a *World Health Organization* (WHO) (2025), no intervalo de 28 dias compreendido entre 7 de julho e 3 de agosto de 2025, registraram-se 7.395 novas hospitalizações por COVID-19 em 37 países, além de 228 novas admissões em unidades de terapia intensiva (UTI) (World Health Organization, 2025).

No mesmo período de 28 dias, 42 países pertencentes a cinco regiões da Organização Mundial de Saúde (OMS) comunicaram novos óbitos relacionados à COVID-19. Foram reportadas 885 mortes, número inferior ao registrado no ciclo anterior de 28 dias, quando 43 países notificaram 1.132 óbitos. Apesar da redução global, em dez países das regiões das Américas, Europa e Sudeste Asiático verificou-se incremento superior a 10% no número de mortes. Ressalta-se que, em julho de 2025, aproximadamente 88% dos óbitos notificados com informação sobre faixa etária ocorreram em indivíduos com 65 anos ou mais (World Health Organization, 2025).

A partir desse marco, os governos passaram a adotar medidas de isolamento social com o objetivo de mitigar os efeitos da COVID-19 em escala mundial. Entre as ações mais significativas estiveram a paralisação de atividades econômicas, educacionais, culturais e esportivas, bem como o confinamento da população em seus domicílios. Nesse novo contexto, muitas das atividades antes realizadas em espaços físicos passaram a ocorrer dentro de casa, modificando profundamente as dinâmicas sociais, familiares e comunitárias (Prado et al., 2023).

Assim, é fundamental reconhecer que a pandemia da COVID-19 impactou amplamente a saúde física e mental da população, e que seus efeitos não se distribuíram de forma homogênea. A crise sanitária global evidenciou e aprofundou desigualdades estruturais preexistentes, afetando com maior intensidade os grupos socialmente vulneráveis (Azevedo; Moraes da Silva, 2021).

No Brasil, país caracterizado por marcantes desigualdades socioeconômicas e diversidade cultural, populações em situação de pobreza, especialmente aquelas residentes em áreas com infraestrutura precária, foram expostas a riscos ambientais como inundações, deslizamentos, escassez de água e ausência de saneamento básico, o que elevou sua suscetibilidade à infecção e agravou os desfechos da doença (Souza et al., 2021). Paralelamente, a vulnerabilidade desses grupos foi intensificada por determinantes sociais, políticos, econômicos e biológicos, que repercutiram negativamente na saúde mental e no acesso a recursos de proteção e cuidado, refletindo a profunda assimetria no enfrentamento da pandemia em contextos de desigualdade (Azevedo; Moraes da Silva, 2021).

No contexto da pandemia, os impactos emocionais tornaram-se uma preocupação relevante nas discussões em saúde mental. De acordo com uma análise realizada por pesquisadores vinculados a *Pine Rest Christian Mental Health Services*, foi estimado que, na cidade de Michigan, as taxas de suicídio poderiam apresentar um aumento de até 32% caso medidas preventivas e de apoio psicológico não fossem implementadas (Deyoung et al., 2020). O estudo também identificou como populações particularmente vulneráveis os profissionais de saúde, cuidadores, crianças, adolescentes, idosos, indivíduos com transtornos mentais prévios, pessoas com transtorno do espectro autista e membros da comunidade LGBTQIAPN+¹.

De acordo com Souza et al. (2021) há uma correlação expressiva entre indicadores socioeconômicos e a incidência de doenças relacionadas às desigualdades ambientais, o que reforça a necessidade de explorar como essas dimensões estruturais se entrelaçam com os impactos da COVID-19. Nesse contexto, a propagação da pandemia assumiu um padrão marcado pela concentração dos casos e óbitos em áreas urbanas densamente povoadas, sobretudo nas grandes cidades, revelando o papel determinante da vulnerabilidade socioambiental. Assim, compreender a intersecção entre a suscetibilidade ambiental e a vulnerabilidade socioeconômica torna-se essencial para o enfrentamento de emergências sanitárias cada vez mais frequentes e desiguais em seus efeitos.

¹ Adota-se a sigla LGBTQIAPN+, que abrange lésbicas, gays, bissexuais, travestis e pessoas trans, queer, intersexuais, agênero, assexuais, pansexuais, polisssexuais, não binárias e demais identidades e orientações. Complementarmente, poderá ser utilizado o acrônimo LGBT, comum na literatura científica, com a mesma abrangência populacional (Correa et al., 2025).

Nesse contexto, é importante considerar que a letalidade da COVID-19, doença causada por um vírus respiratório, não se restringe apenas às características biológicas do agente infeccioso, mas é significativamente modulada por fatores como o nível de conhecimento da população sobre a enfermidade, a capacidade dos sistemas de saúde em realizar diagnósticos oportunos, as condições ambientais e a superlotação das unidades hospitalares, que comprometem a oferta e a qualidade da atenção em saúde (Freitas; Napimoga; Donalisio, 2020; Huang et al., 2020).

A COVID-19 apresenta um amplo espectro de manifestações clínicas, variando desde casos assintomáticos até quadros graves e fatais. Essa evolução foi influenciada pelo surgimento de novas variantes distribuídas em todos os continentes, tendo sido registradas as variantes Alpha, Beta, Gama, Delta, LP.8.1 e NB.1.8.1, bem como pela imunidade adquirida por meio da vacinação e de infecções anteriores (World Health Organization, 2025; Huang et al., 2020).

No período de janeiro a maio de 2025, a dinâmica das variantes do SARS-CoV-2 mudou globalmente. A variante LP.8.1, que predominava em março, vem diminuindo, enquanto a variante NB.1.8.1, tem aumentado gradualmente, representando 10,7% das sequências globais na semana epidemiológica 17 de 2025. Essa variante apresenta mutações na proteína de espícula que podem aumentar transmissibilidade e escapar parcialmente da resposta imune. O crescimento da NB.1.8.1 foi observado principalmente nas regiões do Pacífico Ocidental, Américas e Europa, sendo ainda muito limitado no Sudeste Asiático e ausente nas regiões da África e do Mediterrâneo Oriental (World Health Organization, 2025).

Com o avanço da pandemia, os sistemas de saúde e as instituições hospitalares enfrentaram uma demanda excepcional de pacientes acometidos por infecções respiratórias agudas, resultado da gravidade dos sintomas associados à COVID-19 (Damaceno et al., 2025)

Sabe-se que as pessoas que estiveram mais gravemente acometidas, durante sua internação hospitalar, apresentam pior difusão pulmonar, sintomas de fadiga e maior prejuízo da capacidade funcional, significando que alguns pacientes enfrentam um longo período de hospitalização, sendo assim a população alvo para implementação de intervenções de recuperação em longo prazo (Almeida et al.,

2022). Entretanto, o porquê alguns pacientes se recuperam enquanto em outros a doença persiste não está claro (Untersmayr et al., 2024).

Santos et al. (2021), Almeida et al. (2022), e Silva et al (2023) afirmam que ainda há muito a ser explorado sobre as potenciais deficiências clínicas e funcionais que podem persistir após o COVID-19 devido aos fatores pessoais como comorbidades prévias, idade e sexo feminino e período prolongado de internação em UTI conferem risco aumentado para declínio funcional pós-COVID-19 e a qualidade de vida desses indivíduos promovendo alterações em seus hábitos cotidianos.

Na sociedade, atualmente, mesmo as pessoas bem instruídas, estruturadas financeiramente e bem sucedidas em diversos aspectos estão sendo afetadas emocionalmente com a mudança de sua rotina (Souza et al., 2022). Conforme Fogaça et al. (2021) a pandemia da COVID-19 gerou um paralelo de medo, ansiedade, depressão e estresse contribuindo com o aumento do adoecimento em toda a população mundial.

A condição pós-COVID-19 tem sido associada, em longo prazo, a impactos significativos na qualidade de vida, além de dificuldades no desempenho ocupacional e redução na capacidade de realizar atividades diárias (Callan et al., 2022). Paiva et al. (2021) ressalta que o comprometimento da funcionalidade revela uma notória repercussão nas atividades de vida e participação social. Diante de tal situação social, Haruyama et al. (2022) supõe que o efeito da pandemia foi visto no domínio da participação social, seguido de atividade e função corporal.

Levando em conta o imenso número de infectados, há também um número considerável de indivíduos recuperados. O momento exato em que os danos causados pela doença continuam a afetar o indivíduo, especialmente a funcionalidade, ainda é desconhecido. Desta forma, o conhecimento e avaliação do perfil funcional destes indivíduos pós-pandemia da COVID-19, torna-se importante para aperfeiçoar a abordagem clínica e por meio dela, reduzir a morbimortalidade e trazer progressos na qualidade de vida (Almeida et al., 2022; Bertoldo et al., 2022).

Aragão; Escarce; Chamouton (2025) consideraram os impactos prolongados da pandemia da COVID-19 na saúde dos indivíduos, especialmente entre a população idosa e observaram que a alfabetização em saúde apresentou associação significativa com variáveis como melhor desempenho cognitivo, maior

escolaridade e estratégias mais eficazes de gestão do autocuidado, refletindo positivamente em sua percepção de bem-estar. Esses achados ressaltam a importância de avaliar, no contexto pós-pandêmico, não apenas a funcionalidade, mas também os determinantes individuais que podem influenciar a recuperação e a qualidade de vida dessa população

As sequelas da COVID-19 são variadas e afetam múltiplos sistemas do organismo. Diante do elevado número de sobreviventes que demandam acompanhamento, torna-se essencial implementar medidas simples e replicáveis para identificar e classificar pacientes que relatam recuperação parcial ou lenta (Silva et al., 2023).

Assim, ao avaliar o estado funcional dos indivíduos e suas limitações, a utilização de classificações padronizadas torna-se fundamental, já que essa uniformização é um meio facilitador para identificação de condições consequentes a doença, ajudando no estabelecimento de intervenções, avaliação de sua eficácia, definição de prioridades para a alocação de recursos, disseminação do conhecimento e auxílio na tomada de decisão baseada em evidências entre os profissionais de saúde (Zhou; Leng; Liu, 2022).

Entretanto, muitos instrumentos genéricos têm sido utilizados para avaliar o estado de saúde, não sendo capazes de avaliar e classificar incapacidade de forma objetiva ou não são acessíveis para a prática clínica de rotina (Amatya et al., 2022). Assim, a OMS promoveu a Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) que é um modelo para a organização e documentação de informações sobre funcionalidade e incapacidade (Organização Mundial de Saúde, 2011). A CIF descreve a saúde de indivíduos e populações e o funcionamento dessas pessoas, conceituando a funcionalidade como uma interação dinâmica entre a condição de saúde de uma pessoa, os fatores ambientais e os fatores pessoais (Muñoz; Marcilla; Zapata-Jiménez, 2022).

A CIF pode combinar informações sobre incapacidade com outros elementos funcionais, melhorando a descrição das condições de saúde, bem como a identificação do papel fundamental dos fatores ambientais (Leonardi et al., 2022). O processo de classificação baseado no modelo biopsicossocial estruturado pela CIF objetiva compreender pela perspectiva do usuário o significado multidimensional da vivência de suas incapacidades e da redução da funcionalidade (Zuqui et al., 2022).

A pandemia da COVID-19 também destacou a necessidade de superar abordagens reducionistas sobre a saúde, seja no nível biológico ou social. Esses enfoques limitam a compreensão dos fenômenos que determinam a saúde. É fundamental adotar uma perspectiva integrada, considerando as diversas dimensões envolvidas, o que representa um desafio para a comunicação e as ações em saúde pública (Huang et al., 2020).

A classificação de incapacidade e funcionalidade que aparece na CIF tem um caráter determinante no olhar que se dirige à sociedade e também nas políticas públicas que serão estruturadas a partir de seus dados (Piexak; Cezar-Vaz; Bonow, 2019).

A avaliação de risco global da OMS indica que o risco da COVID-19 permanece alto, apesar da diminuição do impacto sobre a saúde humana devido a imunidade populacional, menor virulência das sublinhagens circulantes e melhor manejo clínico. A circulação do SARS-CoV-2 continua significativa, sem padrões sazonais claros, e variantes emergentes, como LP.8.1 e NB.1.8.1, não apresentam risco aumentado em comparação com outras variantes. A OMS recomenda a manutenção de vigilância integrada, sequenciação genômica, vacinação de grupos de risco, fortalecimento dos serviços de saúde e coordenação nacional, reforçando abordagens sustentáveis, baseadas em evidências e sensíveis ao contexto, para mitigar os impactos contínuos da COVID-19 e de outras doenças respiratórias (World Health Organization, 2025).

O legado da pandemia será longo. Desta forma, as ações devem identificar e proteger as populações afetadas hoje, mas também apresentar estratégia para os cuidados no futuro pós-pandêmico (Brito; Dos Santos; Rego, 2022). Neste sentido, determinar a capacidade funcional de indivíduos acometidos pela COVID-19 crítica utilizando um instrumento de classificação mais acessível tem um caráter determinante no que tange a sociedade e também possibilita a busca por estratégias para um cuidado baseado nas necessidades e por facilitar o retorno ao contexto social (Piexak; Cezar-Vaz; Bonow, 2019).

1.1 Objetivo Geral

Analisar, à luz da perspectiva de desenvolvimento humano e das dinâmicas sociais, o perfil de funcionalidade e a participação social de indivíduos acometidos pela COVID-19 crítica, considerando as interações entre condições de saúde, características socioeconômicas e processos de reintegração social.

1.1.1 Objetivos Específicos

- Identificar as características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos acometidos pela COVID-19 crítica atendidos no Hospital de Clínicas de Itajubá;
- Verificar associações entre características clínicas e socioeconômicas com a funcionalidade e a participação social;
- Avaliar o perfil de funcionalidade e de participação social desses indivíduos, utilizando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como referência.

1.2 Justificativa e Relevância

A pandemia da COVID-19 representou uma das crises sanitárias mais profundas pela qual a humanidade passou ao longo de sua história (Jorge et al., 2022) e são imensuráveis os efeitos adversos sofridos. Barbosa; Costa; Hecksher (2020) reforçaram a necessidade de respostas imediatas em termos de políticas direcionadas para estes grupos da população que foram mais afetados. Assim, é imprescindível que seja enfrentada com base nas melhores evidências disponíveis (Iser et al., 2020).

A pandemia de COVID-19 impôs desafios complexos à saúde pública mundial, não apenas pela elevada taxa de transmissão e mortalidade do vírus SARS-CoV-2, mas também pelas repercussões prolongadas observadas em parte da população que sobreviveu à fase aguda da infecção. Entre essas repercussões, destaca-se a fadiga intensa, falta de ar e redução do condicionamento físico, que comprometem significativamente a funcionalidade e a qualidade de vida dos indivíduos afetados.

Paula (2024) indica que entre 10% e 30% dos pacientes recuperados continuam a apresentar manifestações clínicas por semanas ou até meses após a infecção inicial. Tais achados reforçam a importância de aprofundar o conhecimento sobre as consequências dessa condição, cuja abrangência extrapola o sistema respiratório, alcançando também os sistemas cardiovascular, musculoesquelético e metabólico, com impacto direto na capacidade funcional global.

Apesar dos avanços na compreensão dos efeitos imediatos e de médio prazo da COVID-19, ainda há lacunas importantes quanto ao entendimento das alterações em longo prazo, sobretudo após períodos superiores a dois anos da infecção inicial. Investigar os fatores associados à redução da funcionalidade e da qualidade de vida desses indivíduos é fundamental para subsidiar estratégias de reabilitação mais eficazes, baseadas em evidências e adaptadas às necessidades específicas dessa população emergente.

A despeito da importância da compreensão do impacto da COVID-19, registra-se a relevância de um estudo que analise de forma mais efetiva o quanto este agravo influenciou nas condições de saúde da população e o seu contexto social, considerando aspectos como sua gravidade, duração e potencial de gerar complicações crônicas e incapacidades (Campos et al., 2020). Estas informações aprimoram a nossa compreensão dos extensos fatores que determinam o nível de funcionamento das pessoas (Awuviry-Newton et al., 2022).

Os achados de Ida et al., (2024) apontam para consequências persistentes, com prejuízos evidentes nas esferas cognitiva, emocional e motora, o que compromete de forma expressiva a funcionalidade, a saúde global, a capacidade de retorno ao trabalho e a qualidade de vida dos indivíduos afetados. Diante da complexidade e da multiplicidade de sintomas, torna-se essencial a atuação de uma equipe multiprofissional de reabilitação, com intervenções que contemplem as diversas dimensões neurológicas envolvidas, sendo necessário, em muitos casos, o acompanhamento prolongado, dado que os efeitos clínicos podem se estender por mais de um ano após a infecção inicial.

Castro et al. (2025), concluíram em sua pesquisa que a vivência da síndrome pós-COVID-19 entre pessoas idosas tem provocado mudanças significativas em sua funcionalidade, bem-estar e modo de se relacionar consigo, com os outros e com o mundo. As limitações físicas, cognitivas e emocionais que emergem após a fase

aguda da doença impõem desafios diários e intensificam sentimentos como medo, tristeza, solidão e incerteza quanto ao futuro, impactando diretamente a qualidade de vida.

As incapacidades que afetam a saúde são comuns a todos os seres humanos. O funcionamento de um indivíduo em um determinado domínio depende da interação entre o estado de saúde, fatores ambientais e pessoais. Essa interação é multidimensional e dinâmica, com efeito facilitador ou dificultador (Zhou; Leng; Liu, 2022). Além disso, a avaliação de incapacidades sem o conhecimento dos fatores pessoais e dos efeitos facilitadores em seus ambientes pode ser inútil, pois as barreiras nesses contextos precisam ser superadas para facilitar a participação do indivíduo na sociedade (Patel et al., 2020).

A dificuldade em retomar as atividades habituais e a perda de autonomia tornam evidente a necessidade de estratégias de enfrentamento, entre as quais se destacam a espiritualidade e o apoio social e familiar, que auxiliam no processo de aceitação e ressignificação da nova realidade. Diante disso, reforça-se a importância de um cuidado direcionado à totalidade do ser, que leve em consideração suas experiências subjetivas e ofereça suporte integral, sensível às dimensões físicas, psíquicas, sociais e existenciais que compõem sua condição pós-pandêmica (Castro et al., 2025).

Apesar do encerramento oficial da emergência em saúde pública, os desdobramentos da pandemia continuam presentes e tendem a se prolongar ao longo do tempo. Diante disso, torna-se essencial investigar como esse evento global repercutiu em diversas dimensões da vida social, com destaque para seus efeitos sobre a economia, as dinâmicas do mercado de trabalho e as condições relacionadas à saúde (Dos Santos Júnior et al., 2025).

Um imenso número de medidas surge em nível de saúde coletiva e questões sobre o que, quando e como medir a capacidade funcional desses indivíduos permanece fundamental para o debate (Amatya et al., 2022). Assim, acredita-se que o uso da CIF passa a ser uma alternativa que possibilita a investigação individual e coletiva da funcionalidade, auxiliando na previsão de custos e recursos dos cuidados de saúde, planejamento de intervenções, hospitalizações, altas e pós-altas (Bertoldo et al., 2022). Somado a isto, não há muitas informações padronizadas sobre

relevância, cobertura e aplicabilidade clínica dessas medidas em populações complexas como na pós COVID-19 (Amatya et al., 2022).

Isto dito, o aumento da produção científica que avalia a capacidade funcional e sua repercussão na participação social na pós COVID-19 crítica pode servir como um ponto para o desenvolvimento de modelos terapêuticos atuais e métodos analíticos que aperfeiçoem o planejamento e a tomada de decisão entre profissionais de saúde, gestão pública e a sociedade (Zwecker et al., 2022).

Ao estabelecer relação entre saúde, desenvolvimento e sociedade, justifica-se que um passo significativo será dado ao produzir este estudo, assim como contribuir com conhecimentos para complementar a literatura existente, explorar as necessidades de cuidados no contexto da CIF e responder às demandas dos usuários, frente a abordagens biomédicas ainda predominantes.

1.3 Problema de Pesquisa

Apesar dos avanços na produção científica sobre os impactos da COVID-19, especialmente no que se refere às manifestações clínicas e às implicações imediatas da infecção, ainda há lacunas importantes no que diz respeito à compreensão mais ampla das consequências da doença sobre a funcionalidade e a participação social dos indivíduos que vivenciaram quadros críticos. Estudos prévios já demonstraram que pessoas acometidas pela COVID-19 podem apresentar limitações significativas mesmo após a fase aguda da doença, incluindo restrições em atividades cotidianas, alterações no comportamento social e vulnerabilidade a estigmas relacionados à presença de incapacidades funcionais.

Nesse contexto, embora a literatura internacional e nacional venha se debruçando sobre os desdobramentos da chamada “COVID longa”, evidencia-se a necessidade de investigações que aprofundem os aspectos biopsicossociais da experiência pós-COVID, sobretudo com foco na integração dos sujeitos ao seu cotidiano e na reinserção social e laboral. A avaliação da funcionalidade, das limitações de atividades e das restrições de participação, sob a ótica da CIF, configura-se como uma abordagem essencial para subsidiar intervenções mais eficazes e humanizadas no campo da reabilitação.

A escassez de estudos primários com foco no perfil funcional e na participação social de sobreviventes da COVID-19 crítica pode comprometer a formulação de práticas baseadas em evidências voltadas à promoção da equidade no cuidado e na garantia de direitos.

Diante desse panorama, emergem as seguintes questões norteadoras: Quais os potenciais comprometimentos que podem persistir após a infecção por COVID-19? Como está a funcionalidade dos indivíduos que vivenciaram formas críticas da doença? De que maneira ocorre sua participação social após a alta hospitalar? Quais estratégias podem ser mais eficazes na reinserção desses sujeitos em suas atividades rotineiras?

Nesse sentido, o presente estudo concentra-se em indivíduos que foram acometidos pela forma crítica da COVID-19, ou seja, que necessitaram de hospitalização em UTI e suporte ventilatório invasivo durante a fase aguda da infecção. Serão investigadas, em especial, as repercussões funcionais e sociais desses indivíduos no período de recuperação pós-alta hospitalar, com ênfase na identificação de limitações de atividades, restrições de participação e possíveis barreiras enfrentadas na reinserção à vida cotidiana.

Embora a literatura sobre sequelas da COVID-19 venha se expandindo, ainda são escassos os estudos que exploram de forma aprofundada como sobreviventes de casos críticos reorganizam sua vida funcional e social, particularmente no contexto brasileiro e em cidades de médio porte.

Assim, busca-se aprofundar o entendimento sobre os efeitos da COVID-19 crítica na funcionalidade e participação social, contribuindo para o planejamento de estratégias terapêuticas e de reabilitação mais direcionadas às necessidades dessa população.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 COVID-19: Ciências e Sociedade

Em dezembro de 2019 a OMS, foi comunicada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, na China. O agente causador dessas infecções era um novo tipo de coronavírus (SARS-CoV-2) que ainda não havia sido isolado em

seres humanos. Esse novo coronavírus foi responsável por causar a doença COVID-19. Em março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia (Organização Mundial de Saúde, 2020), a qual refere-se à distribuição geográfica de uma doença e não à sua gravidade (Organização Pan-Americana de Saúde, 2020).

Tendo em vista o conhecimento sobre a história natural da doença, a pandemia continua a ser debate para reflexões sobre as estimativas nacionais e globais (Campos et al., 2020). Brito, Dos Santos, Rego (2022) afirmam que os efeitos no Brasil foram compreendidos como de trágicas proporções. Assim, o mundo mirou suas atenções para nosso país, não pelos avanços científicos, mas por sermos um dos principais epicentros em número de mortes pela COVID-19.

Desde fevereiro de 2025, a atividade global do SARS-CoV-2 tem apresentado aumento, com a taxa de positividade dos testes alcançando 11% em maio, valor similar ao observado em julho de 2024. Esse aumento foi mais evidente em países das Regiões do Mediterrâneo Oriental, Sudeste Asiático e Pacífico Ocidental, enquanto outras regiões, como África, Europa e Américas, registraram níveis mais baixos, embora algumas sub-regiões apresentassem tendência crescente. Dados de hospitalizações, admissões em UTI e óbitos permanecem limitados em várias regiões, dificultando a avaliação do impacto nos sistemas de saúde (World Health Organization, 2025).

Até março de 2025, o Brasil havia registrado mais de 39 milhões de casos confirmados e mais de 715 mil mortes. No que se refere à região sudeste, foram confirmados mais de 15 milhões de casos com mais de 345 mil óbitos. Minas Gerais segue com seus mais de quatro milhões de casos e mais de 67 mil óbitos. Itajubá, a cidade onde é realizada a pesquisa, até início de maio, 28544 casos foram notificados e 505 óbitos confirmados (Ministério da Saúde, 2024).

Nas últimas décadas, a reinserção dos sobreviventes de doenças com maior potencial de gravidade na comunidade, com satisfatória qualidade de vida, tem sido considerada, mundialmente, o resultado mais significativo (Fontes et al., 2022). Sabe-se que as atuais e futuras consequências da pandemia são enormes e as métricas a serem construídas precisam considerar diversos aspectos (Campos et al., 2020) como os que serão apontados neste estudo. Assim vários desafios foram

impostos ao governo, profissionais de saúde e população, uma vez que a urgência em salvar vidas é uma necessidade (Brandão et al., 2020).

A COVID-19 é uma infecção respiratória causada por um patógeno identificado como um novo vírus, classificado como betacoronavírus e denominado atualmente de SARS-CoV-2 (Dias et al., 2020). A patogênese da COVID-19 apresenta-se como um processo complexo, fortemente associado à interação do vírus SARS-CoV-2 com a enzima conversora de angiotensina 2, presente em diversos tecidos do organismo. Essa ligação desencadeia uma cascata inflamatória sistêmica, caracterizada pela liberação excessiva de citocinas (fenômeno conhecido como tempestade de citocinas) que contribui para danos celulares generalizados. Entre os efeitos adversos dessa resposta inflamatória exacerbada, destacam-se a disfunção mitocondrial e o aumento do estresse oxidativo, alterações que podem persistir mesmo após a fase aguda da infecção (Paula, 2024).

A doença é potencialmente grave e altamente transmissível. A contaminação ocorre por contato próximo, principalmente por meio de gotículas respiratórias. A partir do contato com o vírus, o início dos sintomas pode variar de 1 a 14 dias, mas, geralmente é de cinco a seis dias (Ministério da Saúde, 2021).

Segundo o Ministério da Saúde (MS) (2021), a infecção pelo SARS-CoV-2 pode variar de casos assintomáticos e manifestações clínicas leves até quadros moderados, graves e críticos, sendo necessária atenção especial aos sinais e sintomas que indicam piora do quadro clínico que exijam a hospitalização do paciente.

Os sinais e sintomas de COVID-19 variaram bastante. Alguns estudos trouxeram a prevalência de sintomas musculoesqueléticos generalizados e gastrointestinais, tosse, perda de apetite, febre, coriza, diarreia, cefaleia, tontura, náuseas, pele fria, palpitação, dispneia, alteração do humor, perda de paladar e/ou olfato (Dias et al., 2020; Oliveira et al., 2022).

Entretanto, devido aos diversos sinais e sintomas, o diagnóstico permanece muito amplo e sensível, de forma que não é possível definir nem ao menos um sinal ou sintoma obrigatório para determinar a presença da infecção (Iser et al., 2020). Assim, aproximadamente 80% dos pacientes que apresentam sintomas se recuperam da doença sem precisar de tratamento hospitalar; 15% são

hospitalizados pela necessidade de oxigênio e 5% ficam gravemente doentes e precisam de cuidados intensivos (Ministério da Saúde, 2021).

Iser et al. (2020) e Kanazawa et al. (2024) revela que a população com comorbidades prévias e com idade avançada está suscetível a um quadro mais intenso e de pior evolução. Alguns autores afirmaram que doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e estilo de vida também são preditivos de pior prognóstico. Indivíduos com hipertensão arterial sistêmica e COVID-19 coexistente estão associados ao aumento da mortalidade hospitalar e admissão na UTI; o tabagismo, que já representa riscos ao sistema respiratório, associado à infecção, gera mais complicações a uma população já enfraquecida (Almeida et al., 2022). Indivíduos com doenças cardiovasculares e metabólicas, até mesmo os jovens, estão mais suscetíveis à forma grave da COVID-19, uma vez que já possuem um perfil imune desregulado (Brandão et al., 2020). De modo geral, indivíduos com diabetes convivem com uma condição crônica que, por si só, pode gerar diversas complicações ao longo do tempo. Quando associados à infecção pelo SARS-CoV-2, esses pacientes tendem a apresentar agravamento do quadro clínico, com impactos negativos na funcionalidade, redução da qualidade de vida e aumento significativo da demanda por cuidados de saúde, refletindo em maiores custos para o sistema de saúde e para o próprio indivíduo (Carvalho; Azevedo, 2024).

O intervalo durante o qual o indivíduo com COVID-19 permanece infectado é incerto, mas carga viral mais elevada logo após o início dos sintomas tem maior probabilidade de transmissão no período inicial da doença. A carga viral decresce ao longo do tempo e se torna negativa entre o 9º e 14º dia de doença, exceto para os pacientes críticos (Dias et al., 2020).

No que diz respeito às fases da COVID-19, estas estão relacionadas diretamente à intensidade da resposta imune e ao comprometimento pulmonar. Quando existe resposta inflamatória adequada, os indivíduos não progridem e ocorre resolução da infecção. À medida que existe uma resposta imune exacerbada, observa-se uma piora progressiva da doença, com maior risco de complicações respiratórias e sistêmicas (Brandão et al., 2020).

Diante do caráter excepcional da pandemia de COVID-19 e da necessidade urgente de adaptação dos sistemas de saúde para lidar com seus múltiplos desdobramentos, tornou-se fundamental compreender de forma aprofundada a

fisiopatologia da doença, bem como estabelecer critérios clínicos que orientem condutas assistenciais desde o primeiro contato com os pacientes.

Nesse intuito, a classificação clínica da COVID-19 tem sido amplamente utilizada como instrumento norteador na tomada de decisões, sendo baseada principalmente na extensão do comprometimento pulmonar. Essa categorização, que contempla quatro formas clínicas predominantes — leve, moderada, grave e crítica —, permite estratificar os pacientes de acordo com a gravidade do quadro e definir abordagens terapêuticas adequadas. São elas: 1) leve: sem dispneia, sem baixa saturação de oxigênio no sangue (SatO_2) que representam aproximadamente 80% dos casos sintomáticos; 2) moderada: dispneia, SatO_2 entre 94% a 98%, sinais radiológicos de pneumonia; 3) grave: dispneia, SatO_2 93%, frequência respiratória (FR) $> 30 \text{ irp/min}^2$, progressão radiológica das lesões, com suplementação de O_2 necessário, eventualmente com ventilação não invasiva sendo em torno de 15% dos casos, que incluem os pacientes com pneumonia e hipoxemia, e necessitam hospitalização; 4) crítica: os pacientes necessitam de ventilação mecânica com falência respiratória, choque séptico e disfunção múltipla de órgãos em 5% dos casos (Carda et al., 2020; Dias et al., 2020; Ministério da Saúde, 2022).

Carda et al. (2020) traz que os indivíduos com sintomas limitados recuperam completamente sem quaisquer sequelas em longo prazo. O variado repertório fisiopatológico envolvido na doença, relativo às características individuais e do patógeno, pode explicar o amplo espectro de complicações e sequelas.

Dado o contexto recente da pandemia, diversas sequelas decorrentes da COVID-19 foram investigadas e reportadas. Geralmente, pessoas com formas graves ou críticas, tem acometimento de múltiplos sistemas (Miranda; Ostolin, 2022).

As principais complicações da COVID-19 são de cunho neurológico e muscular, respiratório, psiquiátrico, cardiovascular, urinário e digestório (Aguiar et al., 2022; Avelar et al., 2021). Alguns autores elencaram as sequelas mais relatadas como: fadiga, polineuropatia de membros inferiores e superiores, rigidez, dor articular e imobilização (Garcia-Garro et al., 2022; Carda et al., 2020); dispneia, difusão pulmonar prejudicada e síndrome respiratória aguda grave (SRAG); coagulopatias (Brandão et al., 2020, Centenaro et al., 2022); ansiedade, depressão,

² Irp/min: incursões respiratórias por minuto

medo e raiva bem como transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (Santos et al., 2021); incontinência vesical e intestinal (Emordi et al., 2024).

Evidências demonstram que os efeitos da infecção pela COVID-19 podem se prolongar por um período superior a um ano, com sintomas persistentes que afetam de maneira relevante a vida cotidiana das pessoas acometidas. Cerca de 15 meses após a infecção, ainda são frequentes relatos de fadiga intensa (46%), dificuldades de memória (39%), falta de ar (31%), além de manifestações de ansiedade e dores articulares, ambas referidas por aproximadamente 25% dos indivíduos (Ida et al., 2024).

Em meio às evidências, a estratégia terapêutica para a COVID-19 baseou-se no reconhecimento precoce das complicações e no suporte otimizado para aliviar os sintomas que englobe terapias que melhorem as condições cardiovasculares e metabólicas dos infectados, além de medicações que reduzam a replicação viral, a hiperinflamação e o risco de trombose (Brandão et al., 2020).

Em novembro de 2023, a OMS publicou a 13ª atualização das suas diretrizes sobre tratamentos para a COVID-19 recomendando fortemente a combinação de nirmatrelvir e ritonavir para pessoas com risco elevado e moderado de hospitalização. Para pessoas com baixo risco de hospitalização, não há nenhum tratamento antiviral recomendado, apenas medicamentos para alívio dos sintomas (Organização Mundial de Saúde, 2023).

Ressalta-se ainda que, como medida de prevenção das formas moderadas, graves e críticas, a vacinação continua sendo o avanço mais bem-sucedido da pandemia, estabelecendo uma imunidade protetora em toda a população (Maciel et al., 2022) e até início de agosto de 2024, mais de 13 bilhões de doses totais da vacina foram administradas (Organização Mundial da Saúde, 2025).

Aguiar et al. (2022) e Emordi et al. (2024) e expõe que a pandemia e as suas consequências para a medicina, para a ciência e para a sociedade continuam a repercutir. Os dados atuais disponíveis são de estudos predominantemente retrospectivos e instigam refletir e compreender as implicações futuras, para o indivíduo acometido pela doença, para a sociedade e para o sistema de saúde e as evidências atuais já mostram a necessidade de identificar precocemente os indivíduos com complicações, desenvolver e implementar tratamentos adequados (Emordi et al., 2024).

Adicionalmente, as sequelas eram descritas imediatamente após a fase aguda da COVID-19 e associadas a características similares de outras doenças respiratórias e de síndrome pós-terapia intensiva ou internação. Entretanto, com o intuito de evitar que tais sequelas se tornem permanentes, destaca-se a importância da vigilância pós-alta hospitalar e na reabilitação (Ostolin; Miranda; Abdala, 2022).

A necessidade de se conhecer o que acontece com os indivíduos após o diagnóstico, com o decorrer do tempo, principalmente em relação as doenças crônicas, torna-se cada vez mais importante para a sociedade (Farias; Buchalla, 2005).

Amorim et al. (2022) afirmam que o impacto pandêmico se fez sentir em diferentes segmentos populacionais. A literatura contém inúmeros relatos mostrando que as complicações pós COVID-19 são uma potencial causa da redução da qualidade de vida por causarem incapacidades funcionais em indivíduos (Almeida et al., 2022, Fontes et al. 2022, Oliveira et al., 2025).

Particularmente, entre pessoas com incapacidades, existe uma fresta nas expectativas das interações sociais, barreiras que lhes inviabilizam o exercício dos seus direitos fundamentais reafirmando de forma não silenciosa as diferenças (Amorim et al., 2022).

As respostas após essa emergência sanitária devem considerar que as desigualdades impõem barreiras estruturais para determinadas pessoas dentro de suas especificidades. Nesse sentido, quando falamos de pessoas, precisamos refletir que todos residimos em um corpo com gênero, cor, classe, e alguns de nós com incapacidades (Brito; Santos; Rego, 2022).

A proporção de indivíduos com incapacidades relacionadas à COVID-19 cresceu rapidamente e considerando a importância da capacidade funcional na vida do ser humano, é necessário compreender os possíveis impactos causados pela doença, possibilitando a melhor compreensão dessa condição, subsidiando o planejamento de ações e direcionando profissionais e gestores de saúde na tomada de decisões, a fim de restabelecer a função destes pacientes de volta a suas atividades (Mendonça et al., 2020).

2.2 A vacina para COVID-19 como tecnologia em tempos de incertezas

A declaração da pandemia de COVID-19 evidenciou a urgência na geração e disseminação de conhecimento científico em escala global, assim como a necessidade de respostas rápidas às demandas emergentes de saúde. As dúvidas iniciais sobre os modos de transmissão, a rapidez com que o vírus se espalhava e o elevado índice de mortalidade entre populações vulneráveis representaram obstáculos significativos à contenção da crise sanitária (Maciel et al., 2022).

A pandemia de COVID-19 tensionou fronteiras entre ciência, política e sociedade, expondo contradições históricas nos modos de produção, circulação e apropriação do conhecimento científico. Nesse cenário de incertezas globais e desorganização institucional, a vacina emergiu não apenas como um dispositivo biomédico, mas como uma tecnologia social carregada de sentidos, disputas e promessas.

Mais do que uma solução técnico-científica, a vacinação contra a COVID-19 mobilizou infraestruturas epistemológicas, redes globais de poder e afetou profundamente os imaginários sociais sobre proteção, responsabilidade coletiva e desenvolvimento. Assim, compreender a vacina como tecnologia em tempos de incerteza exige reconhecer sua dimensão sociotécnica, articulando inovações científicas, decisões políticas e dinâmicas culturais que moldaram, e ainda moldam, os caminhos para a reconstrução social no pós-pandemia.

A campanha de vacinação contra a COVID-19 no Brasil teve início em 17 de janeiro de 2021, com a aplicação da primeira dose do imunizante em Mônica Calazans, enfermeira intensivista do Instituto de Infectologia Emílio Ribas, em São Paulo. A escolha de uma profissional de enfermagem para inaugurar a campanha simbolizou o reconhecimento do papel central da categoria no enfrentamento da pandemia. A operacionalização da vacinação em larga escala contou com o protagonismo da enfermagem, que se manteve na linha de frente desde o início da crise sanitária. Apesar dessa atuação essencial, os profissionais de enfermagem continuam enfrentando desafios relacionados à valorização profissional, como remuneração inadequada, jornadas extenuantes e falta de reconhecimento institucional (Conselho Regional de Enfermagem da Bahia, 2022).

A atuação da enfermagem no processo de imunização contra a COVID-19 foi ampla e estratégica, abrangendo desde a gestão das salas de vacina nas redes de atenção básica até a participação ativa em pesquisas clínicas. Nos serviços de

saúde, o enfermeiro é responsável pelo planejamento, coordenação e avaliação das ações da equipe, enquanto nos centros de pesquisa atua na seleção e acompanhamento de voluntários, administração dos imunobiológicos e monitoramento de eventos adversos, conforme os protocolos dos estudos. Diante da complexidade dessas funções, torna-se fundamental a qualificação dos profissionais e a promoção de espaços de formação sobre os princípios da imunização e as tecnologias vacinais em uso, uma vez que a enfermagem participa de todas as etapas que envolvem a prevenção e o controle da disseminação do SARS-CoV-2 (Silva et al., 2021).

Embora as vacinas contra a COVID-19 tenham demonstrado alta eficácia, sobretudo na prevenção de casos graves, o processo de imunização no Brasil enfrentou sérios entraves de ordem política e administrativa como a ausência de um plano nacional coordenado, falhas logísticas, negligência nas negociações com fabricantes e tensões diplomáticas que comprometeram a resposta do governo federal. Além disso, a politização da pandemia agravou o cenário, com o presidente da República disseminando desinformações sobre vacinas — especialmente as produzidas em parceria com a China — e relativizando sua importância ao tratá-las como uma escolha individual. Esses fatores revelam como o negacionismo e a falta de compromisso com políticas públicas eficazes também se refletiram na gestão da campanha vacinal (Castro, 2021)

O Brasil abriga um dos programas de vacinação mais amplos e estruturados do mundo, integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Desde sua implementação, em 1973, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) desempenhou um papel fundamental na redução expressiva da incidência e mortalidade por doenças preveníveis por vacinas. No entanto, durante a pandemia de COVID-19 observou-se um enfraquecimento desse protagonismo apesar da existência de uma base sólida e de uma adesão popular historicamente elevada. A condução da campanha vacinal contra a COVID-19 no país enfrentou falhas estratégicas importantes e deixou lacunas significativas na cobertura e na gestão do processo (Maciel et al., 2022).

Nesse panorama, evidenciou-se o enfraquecimento do PNI durante o enfrentamento da pandemia no Brasil que apesar da adoção de evidências científicas consistentes por parte de instâncias técnicas na formulação de estratégias de enfrentamento à pandemia, decisões políticas foram frequentemente

pautadas por interesses alheios à ciência, desconsiderando recomendações fundamentais para a gestão eficaz da crise sanitária. Entretanto, o processo de imunização avançou gradualmente no país com a incorporação de imunizantes como CoronaVac[®], AstraZeneca[®], Pfizer[®] e Janssen[®], fazendo com que o Brasil conseguisse ampliar significativamente sua cobertura vacinal, superando, em determinado momento, os índices registrados nos Estados Unidos (Maciel et al., 2022).

A imunização, realizada por meio da administração de vacinas, promove a proteção contra doenças infecciosas ao estimular uma resposta imunológica específica que previne ou minimiza manifestações clínicas adversas (Silva et al. 2023). Sabe-se que a eficácia prolongada das vacinas está relacionada à indução de células de memória do sistema imunológico, que permanecem no organismo e podem ser prontamente ativadas diante de uma nova exposição ao mesmo agente infeccioso (Silva et al., 2021)

As vacinas atualmente aprovadas continuam a oferecer proteção contra formas graves de COVID-19 e óbitos associados. O Grupo Consultivo Técnico da OMS sobre Composição da Vacina contra a COVID-19 mantém monitoramento contínuo da evolução do SARS-CoV-2 para avaliar o impacto sobre o desempenho vacinal. A vacinação não deve ser adiada, e prioriza-se que indivíduos de alto risco recebam qualquer dose disponível, mesmo antes do acesso a formulações atualizadas contendo as variantes mais recentes (World Health Organization, 2025).

No contexto da COVID-19, o desenvolvimento acelerado e coordenado de vacinas seguiu protocolos rigorosos de ensaios clínicos, resultando na aprovação emergencial por diversas autoridades regulatórias. A campanha de vacinação tem como objetivo reduzir morbidade, mortalidade e hospitalizações causadas pelo SARS-CoV-2, sendo uma das estratégias mais seguras e eficazes para a saúde pública. Apesar disso, as vacinas não estão isentas de riscos, o que exige a implementação de sistemas de vigilância para monitorar eventos adversos pós-vacinação, que podem variar desde sintomas leves e esperados até reações mais graves, embora raras. Considerando a dimensão inédita da campanha vacinal, o aumento proporcional dos registros de eventos adversos reforça a necessidade de acompanhamento rigoroso para assegurar a segurança e fortalecer a confiança da população (Silva et al., 2023).

Pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP) relataram que os eventos adversos pós-vacinação contra a COVID-19 variam conforme a vacina: AstraZeneca[®] apresentou maior frequência de manifestações vasculares (plaquetopenia e trombose), neurológicas e cutâneas; Coronavac[®] teve predominância de reações cutâneas e alguns casos de Síndrome de Guillain-Barré; Pfizer[®] mostrou maior incidência de sintomas neurológicos, além de manifestações cutâneas, vasculares e casos de pericardite; Janssen[®] esteve associada a eventos vasculares semelhantes. A maioria dos eventos foi leve, especialmente em mulheres, e erros de imunização foram raros e bem resolvidos. Casos graves e óbitos ocorreram em pacientes com comorbidades, sem relação causal direta com a vacina. Os dados reforçam a segurança e eficácia das vacinas no controle da pandemia no Brasil (Silva et al., 2023).

Com base no Guia Rápido de Vacinação contra a COVID-19 de 2025, as vacinas atualmente utilizadas no Brasil abrangem diferentes tecnologias, incluindo as vacinas Moderna[®] (Spikevax) e Pfizer[®] (Comirnaty), e a vacina recombinante Serum/Zalika[®]. Essas vacinas foram aprovadas para uso conforme rigorosos critérios de segurança e eficácia, possibilitando uma resposta imunológica robusta contra o SARS-CoV-2. A campanha de imunização prioriza a proteção de grupos populacionais considerados especialmente vulneráveis ou de maior risco, como pessoas vivendo em instituições de longa permanência e seus trabalhadores, imunocomprometidos, indígenas, comunidades ribeirinhas e quilombolas, puérperas que não foram vacinadas durante a gestação, trabalhadores da saúde, pessoas com deficiência permanente, comorbidades, pessoas privadas de liberdade, funcionários do sistema prisional, adolescentes e jovens em medidas socioeducativas, além de pessoas em situação de rua. Esta estratégia busca garantir equidade no acesso à vacinação, reduzindo a morbimortalidade e fortalecendo a resposta do sistema de saúde frente à pandemia (Ministério da Saúde, 2025).

Globalmente, até 30 de maio de 2025, mais de 13 bilhões de doses foram aplicadas e a percentagem da população total vacinada com pelo menos uma dose da vacina contra a COVID-19, o Brasil segue com 87% da população e os Estados Unidos com 82% (Organização Mundial da Saúde, 2025).

Diante da maior campanha de vacinação da história recente, o processo de imunização contra a COVID-19 se consolidou como um marco de articulação entre

ciência, política pública e ação coletiva. No caso brasileiro, mesmo diante de entraves logísticos, tensionamentos ideológicos e negligência institucional, a resposta vacinal evidenciou a resiliência do SUS e o protagonismo de categorias profissionais como a enfermagem.

A análise crítica do percurso vacinal brasileiro revela tanto os avanços quanto as fragilidades estruturais do país na gestão de emergências sanitárias, demonstrando que a eficácia de uma campanha de imunização não depende apenas da disponibilidade de vacinas, mas também da confiança pública, da coordenação entre esferas de governo e da valorização do trabalho em saúde. Reconhecer a vacina como uma tecnologia sociotécnica implica entender seus efeitos para além da dimensão biomédica, pois ela mobiliza sentidos sociais, disputas políticas e desigualdades históricas. Nesse contexto, refletir sobre os aprendizados da pandemia é fundamental para o fortalecimento de políticas públicas mais equitativas, sustentáveis e baseadas em evidências, que estejam preparadas para responder com maior eficiência a futuras crises em saúde pública.

2.3 Funcionalidade e a Participação Social

Teixeira (2022) destaca que os efeitos econômicos e sociais decorrentes da COVID-19 serão significativos e estarão diretamente relacionados à duração da pandemia, considerando que o isolamento social foi a principal estratégia preventiva para conter a propagação do vírus. Dessa forma, alternativas que possam contribuir para a prevenção e/ou tratamento da infecção pelo SARS-CoV-2 devem ser exploradas, desde que sua aplicação seja viável e segura para a população.

As complicações resultantes das doenças influenciam na qualidade de vida a depender do grau de limitação e comprometimento da autonomia das pessoas, gerando muitas vezes restrições na participação social, aposentadorias precoces e aumento da demanda do SUS que, por sua vez, tem distribuição desigual no país limitando o acesso a reabilitação, a universalidade e integralidade do acesso ao sistema de saúde (Campos et al., 2020).

Ao estabelecer relação entre funcionalidade e as dinâmicas sociais na concepção de saúde, busca-se superar a ideia da normalidade biológica, apontando para os fatores de ordem social que implicam em incapacidade e funcionalidade.

Neste estudo os termos capacidade funcional e funcionalidade serão utilizados como sinônimos. Logo, o termo incapacidade refere-se ao oposto significado. Assim, ao serem avaliadas, enfatiza-se que a capacidade funcional não é imposta só pelo biológico, mas também por questões que surgem das barreiras encontradas na sociedade (Piexak; Cezar-Vaz; Bonow, 2019). Algumas pessoas podem ter uma capacidade limitada ao executar uma tarefa no ambiente em que vivem, por causa da raça, sexo, religião, deficiências ou outras características socioeconômicas. A funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa são concebidas como uma interação dinâmica entre os estados de saúde e os fatores pessoais e ambientais (Organização Mundial de Saúde, 2013; Zuqui et al., 2022).

Funcionalidade e incapacidade são entendidas como termos abrangentes que denotam os aspectos positivos e negativos da funcionalidade sob uma perspectiva biológica, individual e social (Organização Mundial de Saúde, 2013).

Santos, Virtuoso Júnior (2008) dão significado a capacidade funcional como a condição do indivíduo em realizar com autonomia e independência suas atividades diárias. A funcionalidade é essencial para o bem-estar. A autonomia para viver é parte fundamental da natureza humana e quando tal componente é ameaçado, as dimensões humanas nos âmbitos físico, social e psicológico são afetadas negativamente.

A Funcionalidade engloba todas as funções do corpo, atividades e participação. De maneira similar, incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação. (Organização Mundial de Saúde, 2013). Assim, além das complicações mencionadas no tópico anterior, a pandemia criou um cenário mundial de potenciais incapacidades clínicas e funcionais ainda desconhecidas que podem persistir após a afecção, mas sabe-se que podem afetar diretamente a participação social e a qualidade de vida desses indivíduos (De Almeida et al., 2022; Santos et al., 2021).

De Avelar et al. (2021) ressalta que mesmo após o término da pandemia, com a diminuição progressiva de casos e óbitos, surge o desafio de se lidar com o aumento da demanda no SUS por diagnóstico, tratamento e reabilitação dos pacientes recuperados, mas ainda com complicações.

As investigações de Haruyama et al. (2022) mostraram que indivíduos afetados pela COVID-19 tiveram seu funcionamento consistentemente deteriorados.

Entretanto, Piexak; Cezar-Vaz; Bonow (2019) entendem que esses padrões não são permanentes, mas mesmo com toda atuação para retornar a um estado de saúde, o corpo nunca mais será o mesmo de antes a doença.

As restrições decorrentes das sequelas, limitação das atividades de mobilidade e restrição da participação social tem impacto negativo na vida adulta com maior propensão a inatividade física, isolamento social, depressão e na baixa capacidade de resolução de problemas e enfrentamento da doença. O olhar atento para essa população e valorização dos sintomas relatados é imprescindível para elucidação diagnóstica e tratamento precoce (Campos et al., 2020).

Segundo De Almeida et al. (2022) a reabilitação de indivíduos que se recuperaram da COVID-19 envolve um trabalho multiprofissional, contando com o governo, equipe de saúde e sociedade, tendo como objetivo principal melhorar a saúde e funcionalidade dos indivíduos afetados seja através da restauração de capacidades, minimização de incapacidades ou adaptações para retornar e realizar atividades diárias e profissionais.

Isto disto percebe-se que a construção de ações e decisões da equipe de saúde, governo e comunidade frente às demandas dessa população enfrenta diversas complexidades, já que ela deve ultrapassar as necessidades do grupo que visa atender, bem como outras possíveis restrições que poderiam atrasar esse processo. Ao tratarmos desse tema, compreende-se a necessidade de se analisar sob diversos aspectos o enredo das relações sociais, bem como os diversos atores envolvidos no processo de implementação de novas políticas (Lopes, 2019).

Pode-se apontar que avaliar as incapacidades temporárias e permanentes representa estratégia para subsidiar o planejamento, a programação, o impacto econômico no sistema de saúde, permite a descrição das práticas clínico-terapêuticas das diferentes áreas fundamentadas e a possibilidade de incorporar um novo paradigma em saúde à rotina profissional (Biz; Chun, 2020).

2.4 Dinâmicas Sociais e a Publicação Da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

As respostas diante da pandemia de COVID-19 não têm considerado o contexto no qual as pessoas estão inseridas e desta forma não refletindo a realidade

vivenciada pelas mesmas. No entanto, importa considerar que as desigualdades estruturais impõem privilégios para determinados grupos dentro de suas especificidades (Brito; Dos Santos; Rego, 2022). Haruyama et al. (2022) pressupõem que a participação social foi mais diretamente afetada pela COVID-19, seguida de atividade e função corporal.

Assim, a classificação individualizada destes indivíduos deve compreender intervenções abrangentes, incluindo mudanças educacionais e comportamentais, sendo o objetivo não apenas melhorar as condições físicas e mentais, mas também ajudá-los a retornar à família e à sociedade mais prontamente.

Todavia, os indicadores, habitualmente utilizados, focam nas doenças não levando em consideração, adequadamente, as consequências da doença nos indivíduos e nas populações (Campos et al., 2020). Deste modo, para descrever e mensurar funcionalidade e incapacidade a OMS em 2011 produziu a CIF, como padrão internacional (Organização Mundial de Saúde, 2011).

A CIF atua descrevendo o funcionamento de pessoas associado a condições de saúde dentro de um contexto (Muñoz; Marcilla; Zapata-Jiménez, 2022), oferecendo uma abordagem biopsicossocial com múltiplas perspectivas que se reflete no modelo multidimensional. Tem seu foco especialmente sobre saúde e funcionalidade. Previamente, a incapacidade começava onde a saúde terminava: uma vez que o indivíduo tinha uma incapacidade, ele estava em uma categoria separada. Assim, a CIF é um instrumento muito versátil com uma área muito mais ampla de uso que uma classificação tradicional de saúde e incapacidade tendo seu foco sobre nível de saúde. A CIF coloca as noções de 'saúde' e 'incapacidade' sob um novo enfoque, reconhecendo que todo ser humano pode experimentar alguma incapacidade. Deste modo, ela coloca todas as condições de saúde em pé de igualdade, permitindo que sejam comparadas, usando uma medida comum (Organização Mundial de Saúde, 2013).

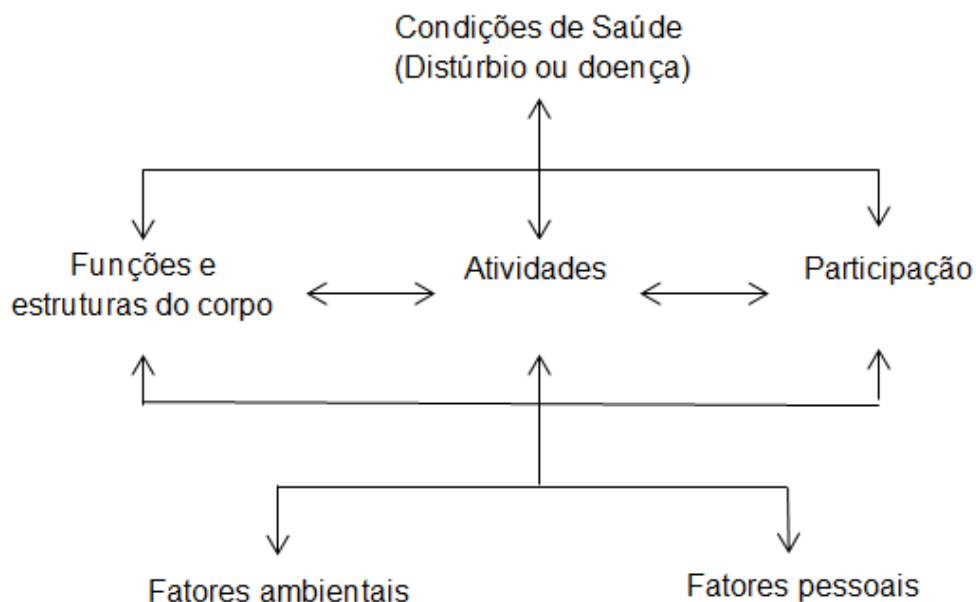
Entretanto, mesmo que as ciências médicas avancem reforçando que existe uma relação entre o ser biológico e o ambiente, ainda existe o predomínio do biológico sobre o ambiente. Nesta compreensão, a CIF não está associada com problemas de saúde ou doenças específicas; descreve as dimensões de funcionalidade associadas em múltiplas perspectivas nos níveis corporal, pessoal e

social buscando a interligação ao classificar a situação de saúde das pessoas (Organização Mundial de Saúde, 2013; Organização Mundial de Saúde, 2011).

Assim, Piexak; Cezar-Vaz; Bonow (2019) reforçam que a incapacidade é uma barreira imposta não só pelo biológico, mas também por questões que emergem das barreiras encontradas na sociedade. Os padrões contidos na CIF mostram uma tentativa articulada de ampliar as perspectivas no que diz respeito à relação do meio ambiente e corpo em condição patológica e normal.

A CIF classifica a funcionalidade e a incapacidade, não as pessoas, em si; classifica funções fisiológicas, psicológicas, estruturas anatômicas, ações, tarefas, áreas da vida e influências externas. O modelo e o conjunto de itens da CIF podem ser usados como base para a descrição e mensuração da funcionalidade (Organização Mundial de Saúde, 2011). Em resumo, a CIF fornece uma visão coerente de diferentes perspectivas da saúde: individual, biológica e social utilizando um modelo biopsicossocial que pode ser representado pela Figura 1.

Figura 1 - Modelo estrutural da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde



Fonte: Um Manual Prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), 2013.

Onde, no contexto de saúde:

- Funções do corpo são as funções fisiológicas e psicológicas dos sistemas do corpo;
- Estruturas do corpo são partes anatômicas como órgãos, membros e seus componentes;
- Atividade trata-se da execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo;
- Participação é o envolvimento em situações da vida diária.
- Fatores ambientais relacionam-se ao ambiente físico, social e de atitude no qual as pessoas vivem e conduzem sua vida. Estes são barreiras ou facilitadores para a funcionalidade de uma pessoa;
- Fatores pessoais incluem gênero, idade, estilo de vida, condição social, educação, profissão, experiências passadas e presentes, padrão de comportamento geral, caráter e outros fatores que influenciam a maneira como a incapacidade é experimentada pelo indivíduo (Organização Mundial de Saúde, 2011).

A CIF está organizada em duas partes. A Parte 1 contempla os componentes Funções e Estruturas do Corpo e Atividades e Participação. A Parte 2 abrange os Fatores Ambientais e os Fatores Pessoais, sendo estes últimos não codificados formalmente. Cada componente é identificado por prefixos: “b” para funções do corpo, “s” para estruturas do corpo, “d” para atividades e participação e “e” para fatores ambientais. No componente Atividades e Participação, o prefixo “d” pode ser substituído por “a” ou “p”, caso se deseje diferenciar atividades de participação (Organização Mundial de Saúde, 2013).

A codificação segue estrutura hierárquica: nível 1 (capítulo), nível 2 (dois dígitos adicionais), nível 3 (um dígito) e nível 4 (mais um dígito), permitindo crescente detalhamento. Por exemplo: b2 refere-se a Funções sensoriais e dor; b210, a Funções visuais; b2102, à Qualidade da visão; e b21022, à Sensibilidade ao contraste. É possível empregar códigos independentes ou inter-relacionados, variando de descrições gerais (3 a 18 códigos, até nível 2) a classificações minuciosas de quatro níveis, recomendadas em contextos especializados como reabilitação, geriatria ou saúde mental (Organização Mundial de Saúde, 2013).

Para conferir significado aos códigos, a CIF requer o uso de qualificadores, que indicam a magnitude da limitação ou do recurso funcional, variando de “0”

(nenhum problema, 0–4%) a “4” (problema completo, 96–100%), com categorias intermediárias para níveis leve, moderado e grave. Nos fatores ambientais, o qualificador também pode expressar aspectos facilitadores, assinalados por sinal positivo (ex.: e110+2) (Organização Mundial de Saúde, 2011).

As categorias incluem definições operacionais padronizadas, critérios de inclusão e exclusão, e opções de “outro especificado” ou “não especificado” para casos não contemplados ou sem informações suficientes. A aplicação pode ser transversal, refletindo o estado funcional em um momento específico, ou longitudinal, permitindo monitoramento temporal. O uso adequado da CIF requer conhecimento técnico e padronização, garantindo comparabilidade e utilidade dos dados em pesquisa, prática clínica e formulação de políticas em saúde (Organização Mundial de Saúde, 2011).

Embora a CIF ofereça um sistema minucioso e padronizado de codificação, a presente dissertação não se deterá na aplicação estrita e exaustiva dessa estrutura. O objetivo central é utilizar seus conceitos e componentes como referência teórica para a interpretação dos achados, sem, contudo, realizar a codificação detalhada de cada domínio ou subcategoria. Essa decisão visa preservar o foco na análise dos resultados e na correlação entre as variáveis investigadas, evitando que o estudo se torne excessivamente técnico em relação ao sistema classificatório e, assim, comprometendo sua clareza e fluidez para os diferentes públicos que poderão ter acesso ao trabalho (Organização Mundial de Saúde, 2013)

Neste caminho, o objetivo principal da CIF é padronizar uma linguagem e uma estrutura que descreva a saúde e os estados relacionados à saúde, acolher e compreender de forma humanizada pela perspectiva do usuário o significado multidimensional da vivência de suas incapacidades e da redução da sua funcionalidade (Organização Mundial de Saúde, 2011; Organização Mundial de Saúde, 2013). Estes resultados ajudam a construir uma justificativa para o efeito social da pandemia de COVID-19 e apoiar o foco nas características individuais para fins médicos e sociais (Haruyama et al., 2022).

A CIF identifica o que constitui a saúde e o impacto das doenças na condição de saúde da pessoa e alguns componentes do bem-estar relacionados com a saúde, como educação, trabalho e participação social. Assim, esta classificação também é utilizada por seguros, segurança social, trabalho, educação, economia, política

social, desenvolvimento de políticas e de legislação em geral, oferecendo informações adequadas aos cuidados de saúde pessoais, tais como a prevenção, a promoção da saúde e a melhoria da participação, removendo ou atenuando as barreiras sociais e estimulando a atribuição de apoios e de facilitadores sociais (Organização Mundial de Saúde, 2013).

Ao utilizar o modelo proposto pela CIF, pode-se contribuir para que as reais condições de vida das pessoas com incapacidades venham a fazer parte das estatísticas, permitindo guiar ações e decisões, delinear políticas, definir intervenções, destinar orçamentos, promover a igualdade de oportunidades para todos e a apoiar a luta contra a discriminação das pessoas com deficiência ou incapacidade (Di Nubila; Buchalla, 2008).

A pandemia de COVID-19 expôs as limitações e os prejuízos do modelo biomédico tradicional, que frequentemente não considera o contexto social e as desigualdades estruturais nas suas abordagens. O enfoque estritamente biológico deste modelo negligencia a influência do ambiente e das condições sociais sobre a saúde dos indivíduos, resultando em respostas que não refletem adequadamente a realidade vivenciada pelas pessoas. A CIF, com sua abordagem biopsicossocial, surge como uma alternativa que reconhece a complexidade da saúde humana ao integrar múltiplas perspectivas e focar na funcionalidade. Ao descrever as dimensões de funcionalidade e incapacidade de maneira abrangente, a CIF facilita uma compreensão mais completa das condições de saúde, permitindo uma análise mais justa e equitativa.

2.5 Perspectivas interdisciplinares sobre saúde, desenvolvimento e sociedade

Quando se trata das sociedades modernas contemporâneas, os sistemas de saúde e a medicina científica também não se dirigem a um mundo único, moderno e universal. As diversidades culturais onde interferem as diferenças religiosas, educativas, étnicas; as diferenças de gênero, de idade, de classes sociais; as diferenças somáticas, regionais e tantas outras colocam novamente os sistemas de saúde e a medicina moderna diante de um universo plural e multifacetado que exige dela atenção e olhares diferenciados (Munanga, 2007 p. 14).

O Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade (PPG-DTECS) da Universidade Federal de Itajubá (UNIFEI) constitui um

espaço de produção de conhecimento comprometido com a compreensão e intervenção em problemas complexos da sociedade contemporânea. Com enfoque interdisciplinar, o programa articula diferentes áreas do saber para responder a demandas sociais, econômicas, tecnológicas e culturais, promovendo avanços em ciência, tecnologia e inovação voltados ao desenvolvimento sustentável e à melhoria da qualidade de vida (Universidade Federal de Itajubá, 2025).

Nesse contexto, esta dissertação se insere como investigação relevante e alinhada às diretrizes do PPG-DTECS. O estudo integra aspectos da saúde, vulnerabilidade social e desenvolvimento humano, buscando compreender as repercussões da COVID-19 crítica na funcionalidade e participação social de indivíduos. Para isso, associa características demográficas e socioeconômicas às percepções dos atores sociais, possibilitando analisar as interações entre condições clínicas, contextos de vida e processos de reintegração social.

A abordagem proposta amplia a compreensão sobre os impactos de uma crise sanitária global e dialoga com os eixos estratégicos do programa, bem como com a Agenda 2030, contribuindo para objetivos como promoção da saúde e bem-estar, redução das desigualdades e fortalecimento de sociedades inclusivas. Dessa forma, evidencia-se o potencial transformador de pesquisas interdisciplinares na construção de soluções que articulem desenvolvimento, justiça social e resiliência comunitária.

A noção de saúde não é homogênea nem universal, estando diretamente relacionada ao contexto histórico e sociocultural. Trata-se de uma construção social influenciada por determinantes políticos, econômicos, ambientais e culturais, que variam conforme as particularidades de cada sociedade. Compreender esses fatores permite analisar as condições que favorecem ou limitam a produção da saúde coletiva (Universidade Federal do Maranhão, 2015).

Reflexões sobre saúde devem considerar sua relação indissociável com o ser humano e o contexto social, já que ambos se influenciam reciprocamente ao longo da história. A configuração dos sistemas de saúde em cada país reflete a dinâmica de distribuição de recursos, oferta de serviços, gestão e regulação, inserida em um contexto sociopolítico e econômico específico. Analisar essas condições exige compreender a economia que sustenta os sistemas, o papel do Estado na gestão, a

sociedade beneficiária e as particularidades do processo saúde-doença (Sampaio; Lima, Nunes; 2022).

Georges Canguilhem, filósofo e médico francês, revisita concepções históricas sobre saúde e doença. Na Antiguidade, a enfermidade era vista como desequilíbrio interno entre os quatro humores corporais, cabendo ao organismo restabelecer a harmonia, com o médico atuando como facilitador. Em contrapartida, tradições egípcias e orientais associavam a doença a agentes externos, como parasitas, requerendo intervenções externas. Na Idade Média, a doença passou a ser associada ao pecado, e a saúde, à salvação espiritual, limitando a intervenção científica. Somente na modernidade, a redefinição dos conceitos de normal e patológico permitiu o avanço da ciência biológica sobre o adoecimento (Canguilhem, 2024).

Os conceitos de normalidade e patologia são complexos, exigindo consideração de dimensões filosóficas, históricas, sociais e políticas. Cada área do conhecimento científico precisa fundamentar-se em definições próprias de normal e patológico, essenciais para a prática profissional. Assim, refletir criticamente sobre essas fronteiras é fundamental para o desenvolvimento das ciências da saúde (Dias; Moreira, 2011).

Um modelo abrangente, capaz de revelar vulnerabilidades expostas pela COVID-19, é essencial para superar a fragmentação das ações de saúde pública que desconsideram a interação entre contextos micro e macro. A perspectiva da reprodução social da saúde permite compreender as desigualdades e determinantes sociais da COVID-19, especialmente no Brasil. Interações entre fatores sociais, econômicos e políticos, e seus impactos ambientais globais, evidenciam a urgência de revisar paradigmas de desenvolvimento insustentável. Nesse cenário, a solidariedade, expressa em ações cooperativas, torna-se indispensável para enfrentar crises sanitárias e ambientais (Santos et al., 2023).

A interdisciplinaridade surge como estratégia essencial para lidar com desafios contemporâneos, particularmente na saúde. A construção de novos modelos de atenção exige transformações nos processos de formação profissional, incluindo currículos integrados que promovam o diálogo entre saberes. Embora ainda limitadas, experiências de integração curricular mostram potencial para formar

profissionais sensíveis às realidades sociais e comprometidos com a transformação do cuidado (Vilela; Mendes, 2023).

A prática multiprofissional aprimora a qualidade da assistência, especialmente diante de condições clínicas complexas. A integração de saberes e competências de diferentes categorias profissionais possibilita uma abordagem ampla, contemplando não apenas aspectos biológicos, mas também dimensões emocionais, sociais e culturais que influenciam o processo saúde-doença e o bem-estar dos usuários (Nuevo et al., 2024).

O fortalecimento da interdisciplinaridade contribui para práticas profissionais mais abrangentes e contextualizadas, incorporando diversos saberes ao processo saúde-doença-cuidado. A formação em saúde desempenha papel central nesse processo, promovendo profissionais mais aptos e coerentes com as necessidades da realidade contemporânea (Machado et al., 2023).

A consolidação da prática multiprofissional, aliada à expansão de oportunidades de formação em diferentes contextos socioeconômicos, evidencia a importância de difundir iniciativas bem-sucedidas, contribuindo para o aprimoramento da formação acadêmica e profissional (De Marchi et al., 2023).

Em síntese, a compreensão da saúde e da doença como construções historicamente e socialmente situadas evidencia a necessidade de abordagens que integrem múltiplas dimensões — biológica, social, cultural e política — na análise das condições de vida e na organização dos sistemas de saúde. A complexidade das sociedades contemporâneas, marcada por desigualdades e diversidades, reforça a importância da interdisciplinaridade e da articulação entre saberes na formação de profissionais e na produção de conhecimento capaz de enfrentar desafios sanitários, como a pandemia de COVID-19. Assim, esta seção estabelece a base conceitual que orienta a presente dissertação, destacando que a investigação das repercussões da COVID-19 crítica deve considerar simultaneamente fatores clínicos, contextos de vida e processos sociais, promovendo uma compreensão integral e fundamentada da saúde, da funcionalidade e da participação social dos indivíduos.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo, descreve-se o percurso metodológico adotado para a realização desta pesquisa, com o propósito de atender ao objetivo previamente delineado. Inicialmente, apresenta-se o cenário da pesquisa, incluindo informações sobre o município e o hospital envolvidos, a fim de caracterizá-los. Em seguida, discute-se o delineamento do estudo e a amostra, detalhando os critérios de inclusão e exclusão dos participantes. Posteriormente, são apresentados os instrumentos utilizados para coleta dos dados, bem como os procedimentos de coleta e análise dos dados, descrevendo as estratégias aplicadas para assegurar a confiabilidade e validade das informações obtidas. Por fim, abordam-se os aspectos éticos da pesquisa, destacando as medidas adotadas para garantir a proteção e o respeito aos direitos dos participantes, culminando em uma síntese metodológica que integra todas as etapas descritas.

3.1 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em um município do interior de Minas Gerais (MG) com uma população estimada, em 2022, de aproximadamente 100.000 habitantes.

Na saúde, os serviços encontrados na cidade são prestados pela rede básica, por meio de Estratégias de Saúde da Família (ESF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) e procedimentos hospitalares de média e alta complexidade por um hospital filantrópico e uma Santa Casa de Misericórdia.

O hospital público é uma referência da macrorregião em procedimentos de média e alta complexidade, sendo o único Hospital Quaternário na região com o Centro de Transplantes. Dispõe de leitos e serviços para a Central de Regulação de Leitos do SUS Fácil, que atende cerca de três milhões de habitantes, sendo ainda referência como centro cardiovascular. É também certificado pelo Ministério da Educação e Ministério da Saúde como Hospital de Ensino, sendo campo de formação prática para alunos de graduação e pós-graduação em áreas de saúde.

3.2 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo de caso, com abordagem exploratória descritiva que foi realizado com indivíduos residentes em uma cidade do interior de MG pós COVID-19 crítica que foram assistidos em um hospital público local no período de março de 2020 a 2025. Para coletar os dados, os participantes foram caracterizados, por meio de um questionário sociodemográfico, econômico e clínico elaborados pela pesquisadora. A amostra foi definida após análise do banco de dados do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

Segundo Goldenberg (2011) o estudo de caso se dá por meio de uma análise abrangente, a mais completa possível, que considera a parcela social estudada como um todo: seja um indivíduo, uma família, ou uma comunidade, com o objetivo de compreendê-los em seus próprios termos. Não é possível estabelecer regras ou técnicas usadas nos estudos de caso, já que cada entrevista ou observação é única e dependente do objeto de pesquisa, das concepções dos investigadores e dos seus sujeitos.

As pesquisas exploratórias pretendem explorar um fenômeno e torná-lo acessível, o que só se concretiza após a análise e compreensão de depoimentos de pessoas que vivenciaram o tema estudado (Gil, 2010).

Além de exploratória, a pesquisa é classificada como descritiva que tem como objetivo descrever as características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na padronização da técnica de coleta de dados, tais como questionários e a observação sistemática (Gil, 2002).

3.3 Amostra

A amostra deste estudo foi constituída por indivíduos que foram acometidos pela forma crítica da COVID-19, sendo caracterizada como uma amostra de conveniência. Ou intencional e a seleção será proposital, ou seja, os participantes foram cuidadosamente selecionados pela pesquisadora seguindo os critérios de

elegibilidade (Polit; Beck, 2011). O número de participantes foi definido após análise do banco de dados do SCIH.

Os participantes foram identificados e recrutados para participarem do presente estudo por meio da base de dados do SCIH do hospital filantrópico local. Foi apresentado o projeto de pesquisa aos gestores da instituição descrevendo a proposta do estudo, objetivo e procedimentos (APÊNDICE A) foram obtidos o termo de anuência da instituição para realização do estudo no hospital (APÊNDICE B), o termo de autorização para utilização de dados de paciente (ANEXO A), o termo de fornecimento de dados para fins de pesquisa clínica (ANEXO B) e o parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (ANEXO C). Os critérios de inclusão estabelecidos foram: ser maior que 18 anos; quaisquer sexos; indivíduos acometidos pela forma crítica da COVID-19 (submetidos à ventilação mecânica); ter sido assistido no hospital filantrópico local e residir na cidade. Foram excluídos os indivíduos que foram a óbito, aqueles que não residem mais na cidade ou que se encontrarem incapazes de responder aos questionamentos.

O contato com os participantes elencados após análise na base de dados do SCIH foi feito via telefone ou meio telemático fornecido no registro da internação. Ressalta-se que todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos e procedimentos do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) fornecido pela pesquisadora.

3.4 Instrumentos de coleta de dados

3.4.1 Questionário sociodemográfico e econômico

Foi elaborado um questionário (APÊNDICE D), a fim de caracterizar a amostra por meio da identificação pessoal quanto ao sexo, idade, estado civil, escolaridade, número de filhos, situação profissional, profissão, condições da habitação, renda individual, renda familiar, estilo de vida e prática de exercícios físicos.

3.4.2 Questionário de condições de saúde

Foi elaborado um questionário (APÊNDICE E), a fim de caracterizar a amostra por meio da identificação pessoal quanto a comorbidades prévias, uso de medicamentos contínuos, sintomas iniciais, histórico de vacinação, tempo de internação, comorbidades adquiridas pós-internação, necessidade de reabilitação e sequelas.

3.4.3 Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida – SF-36

Complementarmente para coleta dos dados foi utilizada a versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida - SF-36 (ANEXO D) que avalia a qualidade de vida (QV) da população validado por Ciconelli et al (Ciconelli et al, 1999). O questionário SF-36 foi escrito originalmente na língua inglesa em 1992 por Ware e Sherbourne com questões próprias da sua cultura, portanto, para sua utilização em nossa população, procederam-se à equivalência de ambas as culturas, para que este instrumento pudesse realmente avaliar as atividades realizadas também pela população brasileira. Fora acrescentado a cada uma das 36 questões da versão nº 2 em português a opção de resposta “não aplicável”, com a finalidade de identificar quais as questões que seriam culturalmente não compatíveis ou até mesmo não compreendidas por nossa população, sendo culturalmente inapropriadas (Campolina, 2011).

O SF-36 trabalha com oito dimensões, sendo: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens) e saúde mental (5 itens). Além disso, possibilita a obtenção de dois componentes sumários: componente físico (CoF) e componente mental (CoM). e um item sobre o estado de saúde atual comparado há um ano atrás que é computado a parte. Em termos gerais, para a avaliação dos resultados é dado um escore para cada item (ou questão), posteriormente transformado numa escala de 0 a 100, na qual o valor 0 reflete uma pior QV e o valor 100 reflete uma melhor QV. A consistência interna estimada pelo SF-36 excedeu 0,80 (Leitão et al., 2021).

O SF-36 inclui ainda um item de avaliação das alterações de saúde ocorridas no período de um ano e que embora não seja usado para pontuar nenhuma das oito

dimensões anteriores, é de suma importância para o conhecimento da doença do paciente (Campolina, 2011).

A separação detalhada encontra-se apresentada a seguir, de modo ilustrativo, permitindo compreender a distribuição das questões entre as oito dimensões e os dois componentes sumários.

- Capacidade funcional → Itens 3 a 12 (10 itens) – CoF
- Aspectos físicos → Itens 13 a 16 (4 itens) – CoF
- Dor → Itens 21 e 22 (2 itens) – CoF
- Estado geral de saúde → Itens 1, 33, 34, 35, 36 (5 itens) – CoF
- Vitalidade → Itens 23, 27, 29, 31 (4 itens) – CoM
- Aspectos sociais → Itens 20 e 32 (2 itens) – CoM
- Aspectos emocionais → Itens 17, 18, 19 (3 itens) – CoM
- Saúde mental → Itens 24, 25, 26, 28, 30 (5 itens) – CoM

Pesquisadores podem usar observação, ferramentas e questionários diversos para coletar informações. Assim o SF-26 será utilizado relacionando-se com as dimensões e domínios da CIF, de forma conceitual para descrever funcionalidade. Quando se correlaciona o SF-36 ao modelo conceitual da CIF, os dados obtidos podem documentar a extensão de um problema com qualquer nível de detalhe escolhido (Organização Mundial de Saúde, 2011).

A aplicação de questionários é apropriada para reunir questões pré-estabelecidas com determinados tópicos. O investigador tem a função de estar atento e viabilizar aos participantes situações que propiciem a concessão das informações necessárias, com mínimo de interferência possível para não influenciar ou direcionar as respostas, que poderiam ser motivos de viés no estudo (Polit; Beck, 2011).

3.5 Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente, todos os participantes foram esclarecidos quanto à proposta, objetivos e procedimentos do estudo e, em seguida, assinaram o TCLE e responderam ao questionário sociodemográfico e econômico, a fim de se obter as informações necessárias para caracterização dos participantes. Complementarmente, a pesquisadora principal aplicou o questionário de condições de saúde para obter informações acerca do histórico da COVID-19 e suas implicações até os dias atuais. Por fim, foi aplicada a versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida - SF-36 para análise da capacidade funcional dos participantes utilizando o modelo biopsicossocial da CIF como estrutura conceitual.

O estudo seguiu as normas e procedimentos de ética, tendo sido aprovado em 2024 pelo CEP sob o parecer consubstanciado nº 6.738.490. Os dados obtidos foram tabulados e analisados para entendimento e investigação dos aspectos apontados e relevantes para consolidação dos resultados deste estudo; foram codificadas para garantir a confidencialidade dos participantes; armazenados e após utilização dos mesmos para a pesquisa serão destruídos, como forma complementar para garantir a confidencialidade dos sujeitos de pesquisa, em aderência à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) Nº 13.709, DE 14 de agosto de 2018, que segundo o Art. 46:

Os agentes de tratamento devem adotar medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito (Brasil, 2018 p.3).

3.6 Análise de dados

Os dados coletados serão organizados e tabulados utilizando a planilha Excel Office 2019 (Microsoft©, Redmond, Washington, Estados Unidos) para análise descritiva das respostas obtidas nos questionários aplicados. A partir desses dados, serão calculados os escores mínimos, máximos e médios dos itens do SF-36 em cada domínio avaliado — capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental — permitindo a obtenção dos valores resultantes.

A análise será estruturada segundo o modelo biopsicossocial da CIF, considerando os domínios de funções e estruturas do corpo, atividade e participação, fatores ambientais e fatores pessoais como referência conceitual para interpretação dos achados.

As variáveis categóricas foram comparadas por meio de tabelas de contingência, relacionando simultaneamente a frequência absoluta e relativa.

Para análise das associações entre os escores dos domínios do SF-36 e variáveis categóricas, foi empregado o teste de Kruskal-Wallis, devido à natureza não paramétrica das distribuições.

Para sistematizar o processo, foi apresentado um fluxograma detalhando todas as etapas do processo amostral, desde a identificação dos casos até a composição da amostra final.

Além disso, foram disponibilizadas tabelas descritivas abordando: a evolução da pandemia de COVID-19 no Brasil, na Região Sudeste, em Minas Gerais e em Itajubá; características sociodemográficas e clínicas dos participantes; perfil profissional; hábitos de vida e condições clínicas prévias; sintomas iniciais e histórico de vacinação; períodos de internação hospitalar; comorbidades adquiridas, intervenções de reabilitação e sequelas; e escores médios e desvios-padrão dos domínios do SF-36.

As relações entre variáveis sociodemográficas, clínicas e de hábitos de vida com os domínios de qualidade de vida foram exploradas por meio de testes não paramétricos de Mann-Whitney U e Kruskal-Wallis H, possibilitando identificar associações relevantes mesmo em amostras pequenas ou com distribuições assimétricas. Para reforçar a interpretação conceitual dos resultados, foram apresentados diagramas e mapeamentos, correlacionando os domínios do SF-36 aos componentes da CIF, destacando como cada dimensão da funcionalidade e participação social foi avaliada no estudo.

Dessa forma, a análise de dados permitirá compreender de forma integrada os efeitos da COVID-19 crítica sobre a funcionalidade e participação social dos participantes, considerando não apenas aspectos físicos, mas também emocionais, sociais e contextuais, alinhando os achados aos objetivos propostos nesta pesquisa.

3.7 Aspectos éticos da pesquisa

Esta pesquisa seguiu os preceitos éticos da Resolução 466/12, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, a Resolução 580/18 que dispõe sobre as pesquisas de interesse estratégico para o SUS, ambas do Conselho Nacional da Saúde, a Carta Circular nº. 039/2011/CONEP/CNS/GB/MS que trata do uso de dados de prontuários para fins de Pesquisa e a Lei Nº 13.709, DE 14 de agosto de 2018 (LGPD) que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais.

A Resolução 466/12 prevê a obtenção do Consentimento Livre e Esclarecido do participante da pesquisa, assegurando o sigilo profissional e a proteção da imagem.

A Resolução 580/18 se refere ao item XIII. 4 da Resolução citada anteriormente, e estabelece as especificidades éticas das pesquisas com seres humanos em instituições do SUS. Desse modo, ressalta-se que o atendimento ao usuário do SUS não deve ser prejudicado e que os procedimentos da pesquisa não deverão interferir na rotina dos serviços da instituição. Como prevê a Resolução, será encaminhado ao responsável legal das instituições, no caso o diretor geral do Hospital de clínicas de Itajubá, o Termo de Anuência Institucional.

A Carta Circular nº. 039/2011/CONEP/CNS/GB/MS discorre:

As pesquisas que envolvam acesso e uso de prontuário médico devem ser analisadas pelo Sistema CEP/CONEP, contudo não cabe a tal sistema legislar sobre o acesso e uso do prontuário médico, porém cabe determinar o cumprimento do sigilo e da confidencialidade, além de exigir que toda pesquisa envolvendo seres humanos trate os mesmos em sua dignidade, respeite-os em sua autonomia e defenda-os em sua vulnerabilidade, conforme Resolução CNS 196/96, itens III.1."a" e IV.1."g" (CNS, 2011, p.2).

De acordo com a Lei Nº 13.709, DE 14 de agosto de 2018, em seu Artigo, 7º:

O tratamento de dados pessoais somente poderá ser realizado nas seguintes hipóteses: IV - para a realização de estudos por órgão de pesquisa, garantida, sempre que possível, a anonimização dos dados pessoais (Brasil, 2018 p.1).

No que diz respeito ao consentimento para tratamento de dados, o Hospital de Clínicas de Itajubá, no ato da hospitalização, fornece um documento (ANEXO E) que

deve ser assinado pelo paciente ou responsável onde informa que ao assinar o indivíduo está ciente que a instituição passa a ser controladora dos seus dados pessoais. Assim, munida do termo de anuência assinado pelo diretor geral do HCI, do termo de confidencialidade (APÊNDICE F) assinado pelos pesquisadores, termo de autorização para utilização de dados de paciente e o termo de fornecimento de dados para fins de pesquisa clínica, os dados que foram acessados estarão seguros em consonância com a legislação.

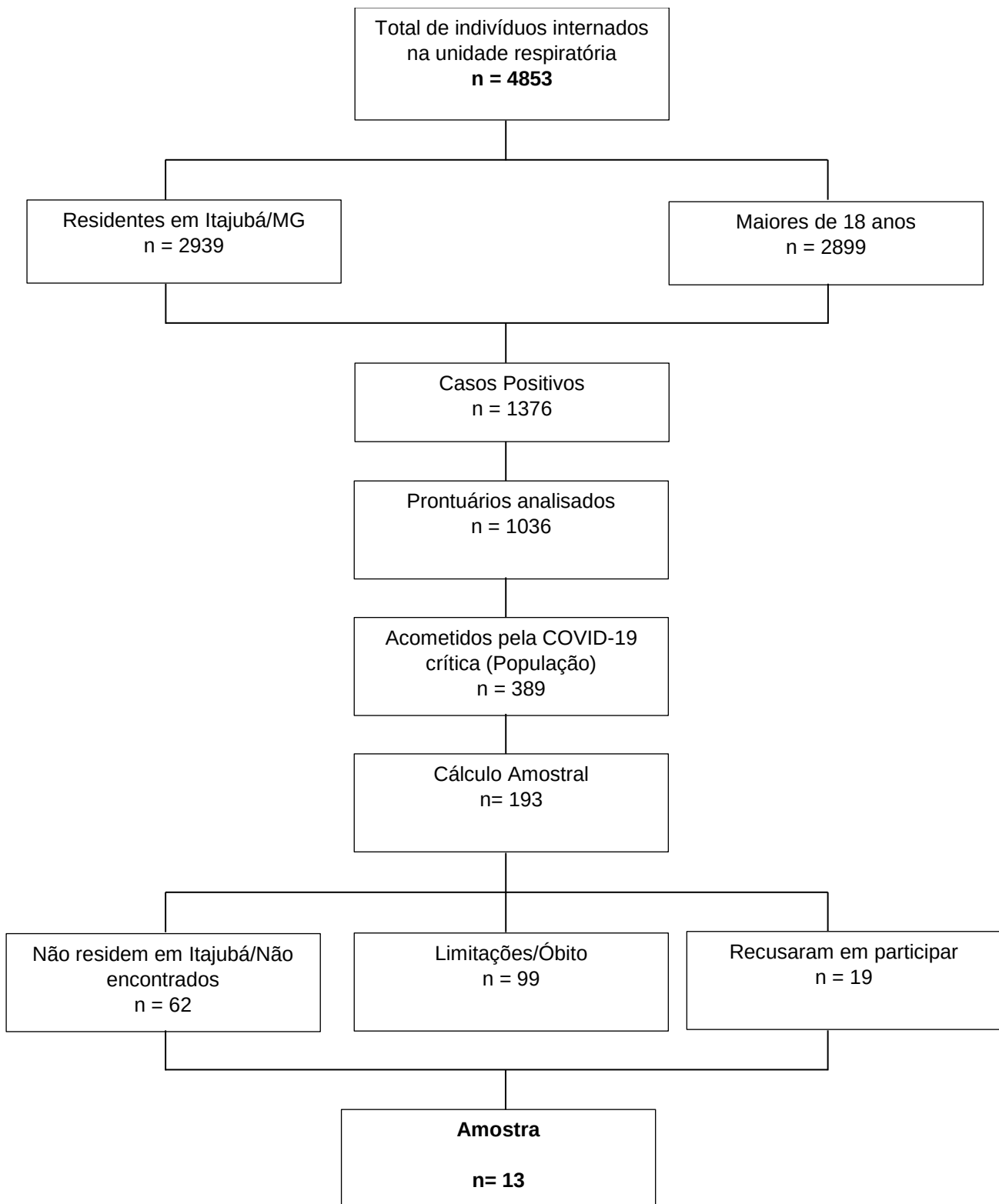
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo teve como população-alvo indivíduos acometidos pela forma crítica da COVID-19, que necessitaram de intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva durante a internação em um hospital público de referência no município de Itajubá/MG.

A partir da base de dados do SCIH, identificou-se um total de 4.853 internações na unidade respiratória durante o período analisado, das quais 2.939 correspondiam a residentes do município. Destes, 2.899 indivíduos tinham idade igual ou superior a 18 anos, e 1.376 apresentaram diagnóstico confirmado de COVID-19. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade citados, foram analisados 1.036 prontuários, dos quais 389 indivíduos haviam sido submetidos à intubação orotraqueal com suporte ventilatório invasivo, constituindo a população elegível para o estudo.

Embora o cálculo amostral tenha indicado a necessidade de aproximadamente 193 participantes para representar adequadamente essa população, ao final do processo de coleta de dados, apenas 13 indivíduos atenderam plenamente aos critérios de inclusão. A redução em relação ao número previsto decorreu de fatores extrínsecos, incluindo óbitos ocorridos em outras instituições de saúde, mudança de domicílio, recusa em participar da pesquisa e limitações físicas ou cognitivas que impossibilitaram a resposta aos questionários. Tais circunstâncias refletem a complexidade do contexto pós-COVID-19 crítica e são consistentes com os desafios frequentemente observados em estudos populacionais envolvendo pacientes em recuperação de enfermidades graves.

Apesar do número reduzido de participantes em relação ao tamanho amostral inicialmente estimado, a análise detalhada das condições de saúde, funcionalidade e participação social desses 13 indivíduos permite explorar de forma aprofundada os processos de reabilitação e resiliência e sobre a experiência funcional pós-COVID-19 em contextos clínicos e sociais complexos. Esses dados estão sintetizados na Figura 2 que ilustra de forma detalhada todas as etapas do processo amostral, desde a identificação dos casos até a composição da amostra final.

Figura 2 - Fluxograma do processo de seleção da amostra do estudo

Fonte: Própria autora

A construção desse recorte amostral apresentados nesta seção permitiu explorar aspectos relevantes sobre o perfil clínico, sociodemográfico e funcional desses sujeitos, bem como identificar as implicações da experiência de adoecimento crítico em sua trajetória de recuperação e reinserção social. A abordagem adotada possibilitou a sistematização de informações relevantes não apenas em termos quantitativos, mas também no reconhecimento das repercussões da doença na vida cotidiana e na funcionalidade dos participantes, de modo alinhado às diretrizes da CIF. A análise crítica dos dados, apresentada a seguir, busca articular os achados empíricos com o contexto epidemiológico mais amplo e com a literatura científica atual, oferecendo subsídios para a compreensão dos desafios enfrentados por indivíduos sobreviventes da COVID-19 crítica em seu processo de reabilitação e retomada da vida social.

A análise dos dados apresentados na Tabela 1 mostra a evolução da pandemia de COVID-19 no Brasil, na Região Sudeste, no estado de Minas Gerais e no município de Itajubá entre os anos de 2020 e 2025 e permite identificar tendências epidemiológicas relevantes no cenário nacional, regional e local.

No ano de 2020, primeiro ano da pandemia, o Brasil registrou 7.675.973 casos acumulados de COVID-19, com uma incidência de 3.652,67 por 100 mil habitantes e uma taxa de mortalidade de 92,77/100 mil habitantes. Minas Gerais apresentou um comportamento inicial menos intenso, com 542.909 casos (2.564,67/100 mil hab) e 11.902 óbitos (56,22/100 mil hab). Itajubá, embora sem cálculo de incidência por não atingir a população mínima exigida para padronização estatística, apresentou 1.963 casos e 74 óbitos, evidenciando o impacto da pandemia também em contextos municipais de menor porte.

Em 2021, observou-se um aumento expressivo no número de casos e óbitos em todas as esferas. O Brasil atingiu 22.287.521 casos e 619.056 óbitos, representando uma incidência de 6.941,30 e uma taxa de mortalidade de 201,59/100 mil hab. Minas Gerais teve 2.223.985 casos acumulados, com uma alta incidência (7.922,52/100 mil hab) e uma taxa de mortalidade de 210,96/100 mil hab, refletindo o impacto da variante Gama e sobrecarga do sistema de saúde. Em Itajubá, houve crescimento significativo, com 10.521 casos e 423 óbitos acumulados.

No ano de 2022, o número de casos seguiu elevado (Brasil: 36.331.281), porém a taxa de mortalidade sofreu queda acentuada (35,57/100 mil hab), evidenciando o impacto positivo da vacinação em massa. Minas Gerais registrou 4.079.422 casos, com incidência de 8.762,28 e taxa de mortalidade de 36,79/100 mil hab. Itajubá acumulou 24.478 casos e 484 óbitos.

Em 2023 e 2024, os dados confirmam tendência de desaceleração da pandemia. Em 2023, a incidência nacional caiu para 894,41/100 mil hab e a taxa de mortalidade para 7,04/100 mil hab. No mesmo ano, Minas Gerais teve 742,91 de incidência e 7,79/100 mil hab de mortalidade. Apesar da redução nos indicadores, Itajubá seguiu apresentando casos novos (26.326 em 2023 e 28.137 em 2024), com óbitos ainda presentes (495 e 501, respectivamente).

Em 2025, o número de casos acumulados e óbitos praticamente se estabilizou. O Brasil apresentou incidência de apenas 98,49/100 mil hab e taxa de mortalidade de 0,79/100 mil hab. Minas Gerais registrou 105,58 de incidência e 0,98/100 mil hab de mortalidade. Em Itajubá, foram registrados 28.561 casos acumulados e 505 óbitos desde o início da pandemia, confirmando o impacto prolongado da COVID-19 no município.

Esses dados revelam uma curva epidêmica com crescimento agudo nos primeiros dois anos, pico de mortalidade em 2021, seguido por declínio sustentado nos anos subsequentes. O município de Itajubá, embora de pequeno porte populacional, acompanhou as tendências observadas nos âmbitos estadual e nacional, reforçando a importância do monitoramento local e da continuidade da vigilância em saúde mesmo após a fase crítica da pandemia

Tabela 1 - Evolução da pandemia de COVID-19 no Brasil, na Região Sudeste, no estado de Minas Gerais e no município de Itajubá entre os anos de 2020 e 2025

							Con
ANO	REGIÃO	POPULAÇÃO	CASOS ACUMULADOS	INCIDÊNCIA (100mil hab)	ÓBITOS ACUMULADOS	TAXA MORTALIDADE	
2020	NACIONAL	210.147.125	7.675.973	3.652,67	194.949	92,77	
	SUDESTE	88.371.433	2.688.086	3.041,80	89.229	11,97	
	MINAS GERAIS	21.168.791	542.909	2.564,67	11.902	56,22	
	ITAJUBÁ	96.869	1.963	—	74	REQUER POPULAÇÃO	
2021	NACIONAL	210.147.125	22.287.521	6.941,30	619.056	201,59	
	SUDESTE	88.371.433	8.662.788	6.749,99	294.659	232,2	
	MINAS GERAIS	21.168.791	2.223.985	7.922,52	56.659	210,96	
	ITAJUBÁ	96.869	10.521	—	423	REQUER POPULAÇÃO	
2022	NACIONAL	210.147.125	36.331.281	6.680,93	693.853	35,57	
	SUDESTE	88.371.433	14.407.277	6.499,25	333.330	43,74	
	MINAS GERAIS	21.168.791	4.079.422	8.762,28	64.447	36,79	
	ITAJUBÁ	96.869	24.478	—	484	REQUER POPULAÇÃO	

Fonte: Ministério da Saúde, 2025

Tabela 1 - Evolução da pandemia de COVID-19 no Brasil, na Região Sudeste, no estado de Minas Gerais e no município de Itajubá entre os anos de 2020 e 2025

ANO	REGIÃO	POPULAÇÃO	CASOS ACUMULADOS	INCIDÊNCIA (100mil hab)	ÓBITOS ACUMULADOS	TAXA MORTALIDADE
2023	NACIONAL	210.147.125	38.210.864	894,41	708.638	7,04
	SUDESTE	88.371.433	15.253.488	957,56	341.269	8,98
	MINAS GERAIS	21.168.791	4.236.687	742,91	66.096	7,79
	ITAJUBÁ	96.869	26.326	—	495	REQUER POPULAÇÃO
2024	NACIONAL	210.147.125	39.073.544	410,51	714.597	3
	SUDESTE	88.371.433	15.635.652	432,45	344.77	3,97
	MINAS GERAIS	21.168.791	4.349.128	531,16	66.956	4,06
	ITAJUBÁ	96.869	28.137	—	501	REQUER POPULAÇÃO
2025	NACIONAL	210.147.125	39.280.516	98,49	716.254	0,79
	SUDESTE	88.371.433	15.717.735	92,88	345.889	1,26
	MINAS GERAIS	21.168.791	4.371.479	105,58	67.164	0,98
	ITAJUBÁ	96.869	28.561	—	505	REQUER POPULAÇÃO

A partir do levantamento destes dados, a caracterização socioclinicodemográfica dos participantes deste estudo constituiu uma etapa fundamental para a compreensão do perfil dos indivíduos acometidos pela forma crítica da COVID-19 e das possíveis repercussões dessa condição em seus processos de recuperação e reintegração social. Os dados obtidos permitiram descrever aspectos como idade, sexo, escolaridade, ocupação, presença de comorbidades, tempo de internação, uso de suporte ventilatório e condição de alta, compondo um panorama abrangente que subsidia a análise das consequências da doença em múltiplas dimensões da vida dos sujeitos. A seguir, na tabela 3, apresentam-se os principais achados relacionados às características sociodemográficas e clínicas dos 13 participantes incluídos na amostra, os quais foram selecionados conforme critérios previamente definidos nesta pesquisa.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica dos participantes segundo sexo, idade e estado civil

VARIÁVIES		FREQUÊNCIA	
		ABSOLUTA	RELATIVA (%)
SEXO	FEMININO	4	30,77
	MASCULINO	9	69,23
IDADE	18-30	1	7,69
	41-50	3	23,08
	51-60	5	38,46
	61-70	3	23,08
	71-80	1	7,69
	SOLTEIRO	1	7,69
ESTADO CIVIL	UNIÃO ESTÁVEL	2	15,38
	CASADO	6	46,15
	DIVORCIADO	2	15,38
	VIÚVO	2	15,38

Fonte: Própria autora

Ao analisar o perfil sociodemográfico da amostra deste estudo, observa-se predomínio do sexo masculino (69,23%), contrastando com a maioria das investigações correlatas, nas quais prevaleceu o sexo feminino. Em um estudo com 84 pacientes pós-COVID-19, a predominância foi de mulheres (69%), com média de

idade de 59,40 anos ($\pm 10,32$). Da mesma forma, outros estudos apontaram maior participação de mulheres, como no levantamento com 140 indivíduos, dos quais 73,6% eram do sexo feminino, com mediana de idade de 35,5. Em outro recorte, com 114 voluntários, verificou-se distribuição semelhante, sendo 45,6% do sexo feminino e 54,4% do sexo masculino, com idade média de 34,99 anos (Carvalho; Azevedo, 2024, Laskovski et al., 2023; Silva; Pereira; Milan, 2021).

Medrado et al (2021) observou maior incidência de infecção entre os homens, fenômeno que pode ser parcialmente explicado por práticas de autocuidado insuficientes, padrões de socialização e contextos de exposição associados às normas da masculinidade hegemônica. Esses fatores contribuíram para tensionar a noção de invulnerabilidade historicamente atribuída ao masculino. Ao vivenciarem situações de adoecimento antes consideradas distantes de sua realidade, muitos homens passaram a ressignificar suas concepções sobre saúde e enfermidade, processo frequentemente marcado por sentimentos de estranhamento e desconstrução de paradigmas anteriores.

Quanto à faixa etária, os dados da presente pesquisa revelaram uma concentração nas faixas de 51 a 60 anos (38,46%) e 61 a 70 anos (23,08%), o que indica um perfil de indivíduos mais velhos, possivelmente associados a maior risco de complicações pós-COVID-19. Essa tendência também se alinha a achados como os de um estudo com média etária de 52,8 anos, e de outro com participantes entre 34 e 82 anos, cuja média foi de 59,4 anos, destacando que a faixa etária acima de 50 anos tem sido recorrente em investigações sobre comprometimentos funcionais e necessidades de reabilitação no período pós-agudo da COVID-19 (Silva; Pereira; Milan, 2021, Laskovski et al., 2023, Carvalho; Azevedo, 2024, Góis; Rodrigues; Teles, 2024, Ida et al., 2024).

Essa tendência de maior comprometimento entre indivíduos mais velhos também é evidenciada em estudos de base populacional sobre a mortalidade por COVID-19 no Brasil. Uma análise das taxas de mortalidade brutas e padronizadas por idade nas capitais brasileiras demonstrou que, embora os números absolutos de óbitos variem entre as regiões, a padronização etária revela um impacto significativamente maior da doença em populações mais envelhecidas, sobretudo na Região Norte, como observado em Manaus, onde a mortalidade entre indivíduos acima de 70 anos foi o dobro da registrada no Rio de Janeiro e o triplo da observada

em São Paulo. Tais dados reforçam a associação entre envelhecimento e maior vulnerabilidade às consequências da COVID-19, além de indicarem a necessidade de considerar o perfil etário das populações nos estudos epidemiológicos e nas estratégias de saúde pública voltadas ao enfrentamento das sequelas da pandemia (Silva; Jardim; Lotufo, 2021).

Ainda, a prevalência de participantes casados (46,15%) ou em união estável (15,38%) no presente estudo pode indicar um suporte social mais consolidado, o que pode influenciar positivamente tanto na recuperação clínica quanto na adesão aos cuidados no domicílio. Tal dado também pode representar um diferencial em relação a estudos que não especificaram o estado civil dos participantes, mas que apontaram para a importância de redes de apoio durante o processo de reabilitação funcional e emocional após a COVID-19.

Corroborando essa perspectiva, um estudo qualitativo realizado com casais heterossexuais adultos durante a pandemia evidenciou que, apesar dos inúmeros desafios impostos pelo contexto pandêmico, muitos casais relataram efeitos positivos em suas relações afetivas. A vivência conjunta do período crítico favoreceu reflexões sobre a importância das relações significativas, da solidariedade e da valorização da vida, aspectos que contribuíram para o enfrentamento emocional dessa crise sanitária. Esses achados reforçam a relevância do suporte afetivo-conjugal como um fator protetivo, não apenas para a saúde mental dos indivíduos, mas também para a adesão ao tratamento e a reconstrução da rotina no período pós-COVID-19, especialmente em contextos de reabilitação funcional. Ainda que o referido estudo tenha se concentrado em casais com perfil socioeconômico específico e em fase de constituição da conjugalidade, seus resultados dialogam com a presente pesquisa ao indicar que relações estáveis podem oferecer sustentação emocional e prática relevantes no enfrentamento das consequências da pandemia (Maesima; Neumann; Rocha, 2024).

A seguir, apresenta-se a Tabela 3, que descreve o perfil sociodemográfico e profissional dos participantes da pesquisa, incluindo informações sobre escolaridade, número de filhos, situação profissional e ocupações declaradas. A análise dessas variáveis visa compreender o contexto social e econômico dos indivíduos avaliados, elementos fundamentais para a interpretação dos achados relacionados à funcionalidade e ao processo de recuperação pós-COVID-19. Esses

dados permitem identificar possíveis fatores de vulnerabilidade ou proteção, especialmente no que tange às condições de vida, suporte social e inserção no mercado de trabalho, que influenciam diretamente a capacidade de enfrentamento das sequelas da doença e a adesão às estratégias de reabilitação.

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica dos participantes segundo escolaridade e número de filhos

		Frequência	
Variável		Absoluta	Relativa (%)
ESCOLARIDADE	ANALFABETO	1	7,69
	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	3	23,08
	FUNDAMENTAL COMPLETO	1	7,69
	MÉDIO INCOMPLETO	2	15,38
	MÉDIO COMPLETO	4	30,77
	SUPERIOR COMPLETO	1	7,69
	PÓS GRADUAÇÃO	1	7,69
Nº FILHOS	ZERO	1	7,69
	1 A 2	7	53,85
	3 A 4	3	23,08
	5 MAIS	2	15,38
SITUAÇÃO PROFISSIONAL	APOSENTADO	5	38,46
	ASSALARIADO COM CARTEIRA ASSINADA	3	23,08
	TRABALHADOR SEM VINCULOS	2	15,38
	NA	3	23,08
PROFISSÃO	SERVIÇOS MANUAIS, DOMÉSTRICOS E AUTÔNOMOS (DIARISTA, PEDREIRO, MANICURE E AUTÔNOMO)	4	30,77
	SERVIÇOS E TRANSPORTE E OPERAÇÃO (FRENTISTA E MOTOBOY)	2	15,38
	ENGENHARIAS (ENGENHEIRO MECANICO E ENGENHEIRO CIVIL)	2	15,38

Fonte: Própria autora

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica dos participantes segundo escolaridade e número de filhos

Continuação

VARIÁVEL	FREQUÊNCIA	
	ABSOLUTA	RELATIVA (%)
PROFISSÕES	ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA E EUAÇÃO (SECRETÁRIO PARLAMENTAR E PROFESSOR)	2 15,38
	TRABALHADORES RURAIS E GERAIS (TRABALHADOR RURAL E SERVIÇOS GERAIS)	3 23,08

Fonte: Própria autora

No que se refere à escolaridade, observou-se uma predominância de participantes com ensino médio completo (30,77%), seguido daqueles com ensino fundamental incompleto (23,08%) e médio incompleto (15,38%). Os extremos do espectro educacional – analfabetismo, ensino superior completo e pós-graduação – representaram, cada um, 7,69% da amostra. Este dado revela uma concentração de sujeitos com baixa escolarização, o que pode estar relacionado a uma menor inserção em atividades formais de trabalho e menor acesso a recursos informacionais sobre saúde, especialmente durante a pandemia da COVID-19. Estudos apontam que a escolaridade é um importante determinante social da saúde, influenciando diretamente a capacidade de compreensão de orientações médicas, adesão a tratamentos e tomada de decisões em saúde (Marmot et al., 2008; Barreto, 2017).

Marques et al. (2023) realizaram um estudo analítico, de corte transversal, com dados secundários de 6.168 óbitos por Covid-19 no Brasil, registrados entre março de 2020 e setembro de 2021, com informações completas sobre escolaridade e etnia. Os resultados demonstraram associação significativa entre menor nível de escolaridade e maior letalidade, além de evidenciar que, em todos os níveis educacionais, exceto no ensino superior completo, a proporção de mortes entre pessoas negras foi superior. Essas disparidades, já presentes no contexto social brasileiro, foram acentuadas pela pandemia, refletindo a ausência de políticas

públicas efetivas para garantir acesso equitativo à educação e à saúde, pilares essenciais à dignidade humana.

Em um estudo publicado pela Revista Baiana de Saúde Pública em 2023, foi identificada uma correlação inversa entre o número de casos notificados de COVID-19 e a taxa de analfabetismo, enquanto a presença de indivíduos com ensino médio e superior completos se associou a maior incidência acumulada no município. Não houve associação significativa entre escolaridade e taxa de mortalidade. Fatores como densidade demográfica, acesso facilitado à testagem e tratamento por pessoas com maior poder aquisitivo, além da infraestrutura hospitalar local, podem influenciar esses resultados (Bomfim et al., 2023).

A pandemia da COVID-19 acelerou e intensificou desigualdades sociais já presentes, evidenciando que negros e populações pobres são desproporcionalmente afetados em termos de morbidade e mortalidade pela doença. Esta realidade, que pode ser compreendida por meio do conceito de necropolítica, expõe como grupos historicamente vulnerabilizados são marginalizados e abandonados à exposição aos riscos de morte, seja por omissão ou ação do Estado (Lemgruber et al., 2020). Nesse contexto, nossa pesquisa corrobora esse cenário, ao revelar aspectos importantes da composição familiar e das condições socioeconômicas dos participantes, os quais enfrentam desafios que transcendem o âmbito individual, envolvendo redes de apoio e estrutura social.

No que tange à composição familiar, a maioria dos participantes possuía entre um e dois filhos (53,85%), indicando uma estrutura familiar mais compacta, com possíveis implicações na dinâmica de cuidado no domicílio e no suporte social disponível. Em contrapartida, 23,08% relataram ter entre três e quatro filhos, e 15,38%, cinco ou mais filhos, sugerindo que uma parcela da amostra pode enfrentar maiores desafios em termos de responsabilidades familiares e demandas cotidianas, sobretudo em contextos de vulnerabilidade pós-COVID-19.

Os resultados de um estudo na região Sul do Brasil indicaram maior vulnerabilidade em saúde mental nos participantes sem filhos e naqueles com filhos pequenos, que apresentaram escores mais elevados de depressão, ansiedade, estresse e estresse pós-traumático em comparação ao grupo com filhos mais velhos (Schönffeldt; Bucker, 2022)

Quanto à situação profissional, observou-se que a maior parte dos entrevistados encontrava-se aposentada (38,46%), seguida por trabalhadores assalariados com carteira assinada (23,08%). Uma proporção significativa (15,38%) era composta por diaristas ou trabalhadores informais sem vínculos empregatícios, o que reflete a presença da informalidade e da precarização do trabalho, fenômenos acentuados durante a pandemia. Além disso, 23,08% dos participantes não informaram a ocupação, indicando situações de desemprego, informalidade não declarada ou descontinuidade laboral por motivos de saúde. Esses achados dialogam com dados nacionais que apontam o impacto desproporcional da pandemia sobre os trabalhadores informais e sobre a população aposentada, que frequentemente compõe os grupos mais vulneráveis em termos de renda e acesso a cuidados de saúde (Ipea, 2021).

A análise da variável profissão revela uma diversidade ocupacional, com destaque para os serviços manuais, domésticos e autônomos (30,77%), trabalhadores rurais e de serviços gerais (23,08%) e atividades ligadas a serviços e transporte (15,38%). Apenas 15,38% dos participantes atuavam em áreas como engenharia, e outros 15,38% em setores relacionados à administração pública e educação. A expressiva presença de trabalhadores em atividades operacionais, braçais e informais reflete não apenas o perfil socioeconômico da amostra, mas também pode indicar uma maior exposição a fatores de risco durante a pandemia, como impossibilidade de trabalho remoto e menor acesso a medidas de proteção. De acordo com a literatura, essas condições ampliam a vulnerabilidade social e sanitária, comprometendo a recuperação funcional e emocional no período pós-COVID-19 (Paula et al., 2022; Carlsten; Gulati; Hines, 2021).

Este perfil ecoa achados de estudos realizados em comunidades periféricas, nos quais 54% dos entrevistados estavam trabalhando durante a pandemia, porém majoritariamente em ocupações informais ou liberais (34%), com baixa formalização (apenas 26% possuíam carteira assinada). Além disso, apesar da alta solicitação de auxílios emergenciais (62%), apenas pouco mais da metade dos beneficiários (52%) tiveram acesso efetivo a esses recursos, reforçando as barreiras estruturais que perpetuam a exclusão social e econômica. Essas condições refletem o impacto profundo da precariedade socioeconômica na capacidade das famílias de enfrentar as sequelas da pandemia, destacando a importância de políticas públicas que

ampliem o suporte social e assistencial para grupos vulneráveis (Lemgruber et al., 2020).

Os dados relacionados aos hábitos de vida e condições clínicas prévias dos participantes desta pesquisa serão apresentados a seguir na Tabela 4, a fim de subsidiar a compreensão dos fatores que podem ter contribuído para os desfechos funcionais e sociais observados no contexto pós-COVID-19 crítica. A análise desses aspectos é essencial para identificar possíveis associações entre estilo de vida, comorbidades e a capacidade de recuperação desses indivíduos.

Tabela 4 - Caracterização dos participantes segundo hábitos de vida, prática de exercícios físicos e comorbidades prévias

VARIÁVEL		FREQUÊNCIA	
		ABSOLUTA	RELATIVA
HÁBITOS DE VIDA	ALCOLISMO	1	7,69
	NENHUM	8	61,54
	NA	4	30,77
EXERCÍCIOS FÍSICOS	SIM	2	15,38
	NÃO	10	76,92
	NA	1	7,69
COMORBIDADES PRÉVIAS	HAS	4	30,77
	DM	3	23,08
	HIPERCOLESTÉPROLEMIA	2	15,38
	OUTROS	6	46,15
	NÃO OU NA	7	53,85

Fonte: Própria autora

Observa-se que a maioria dos participantes da pesquisa declarou não fazer uso de bebidas alcoólicas (61,54%), enquanto 7,69% relataram consumo alcoólico e 30,77% não informaram nenhuma condição. O baixo índice de consumo declarado pode estar relacionado ao perfil etário ou ao contexto hospitalar prévio, o que pode ter influenciado a autorreferência. Ainda assim, a ausência de dados em quase um terço da amostra limita uma análise mais aprofundada dessa variável.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (2021), o consumo de bebidas alcoólicas está associado a riscos à saúde tanto em curto quanto em longo prazo. Indivíduos que fazem uso de álcool apresentam maior propensão à imunossupressão, o que os torna mais suscetíveis a infecções, incluindo a COVID-

19. Ademais, o uso de álcool configura-se como fator de risco para o desenvolvimento da SRAG, uma das manifestações clínicas mais severas da infecção por SARS-CoV-2.

Durante a pandemia, observou-se um expressivo aumento nas vendas online e nos serviços de entrega de bebidas alcoólicas, bem como na veiculação de marketing digital, sobretudo nas redes sociais, o que intensificou a exposição de jovens à publicidade desse tipo de produto. Paralelamente, disseminaram-se informações incorretas acerca de supostos efeitos protetores do álcool contra o coronavírus, como a crença de que bebidas alcoólicas eliminariam o vírus ou fortaleceriam o sistema imunológico. Tais afirmações são infundadas. O consumo de álcool não protege contra a COVID-19, e, ao contrário, pode aumentar a vulnerabilidade à infecção e às suas complicações (Organização Pan-Americana da Saúde, 2021).

Quanto à prática de exercícios físicos, 76,92% dos participantes informaram não realizar atividades regulares, enquanto apenas 15,38% relataram praticá-las, e 7,69% não responderam. Esse achado é consistente com evidências da literatura que associam a inatividade física a piores desfechos clínicos em pacientes acometidos pela COVID-19. O estudo de Souza et al. (2020) baseado em modelo de regressão multivariada demonstrou que a prática de, pelo menos, 150 minutos semanais de atividade física moderada ou 75 minutos semanais de atividade vigorosa está associada a uma redução de 34,3% na prevalência de hospitalizações por COVID-19. Tais evidências reforçam a relevância da exercício físico como fator protetivo, especialmente em contextos pandêmicos, onde sua ausência pode estar relacionada à maior vulnerabilidade clínica e maior demanda por internações hospitalares.

No que tange às comorbidades pré-existentes, destaca-se que 46,15% dos participantes apresentavam condições agrupadas como "outros", seguidos por hipertensão arterial sistêmica (HAS) em 30,77%, diabetes mellitus (DM) em 23,08% e hipercolesterolemia em 15,38%. Ainda assim, 53,85% dos participantes não referiram comorbidades ou deixaram essa informação em aberto, o que deve ser considerado uma limitação para inferências epidemiológicas mais precisas.

Esses achados corroboram, em parte, os resultados observados em estudo realizado por Santos et al. (2021), o qual analisou 1.276 registros de indivíduos que

evoluíram para óbito por COVID-19 e identificou prevalência de HAS em 26,5% e de DM em 19,7%, com sobreposição significativa entre essas duas condições. A associação entre HAS e DM foi notável: 53,3% dos hipertensos também eram diabéticos, e 71,4% dos diabéticos apresentavam HAS. Ainda, o estudo evidenciou que grande parte dos pacientes com essas comorbidades possuía outras condições associadas, como cardiopatias, obesidade e doenças respiratórias, indicando a complexidade clínica que pode agravar os desfechos em casos críticos de COVID-19. A comparação entre os dados destaca a importância do mapeamento preciso das comorbidades na população pós-COVID-19 crítica, uma vez que sua presença e interação podem impactar diretamente na evolução clínica e na funcionalidade dos indivíduos.

Além disso, um estudo que investigou a associação entre o perfil lipídico e a gravidade da COVID-19 durante a primeira onda da pandemia avaliou 102 pacientes infectados pelo SARS-CoV-2 e identificou a idade avançada e a presença de hipertensão arterial como fatores significativamente associados à menor sobrevida, conforme apontado por análises de regressão de Cox univariada e multivariada. Por outro lado, variáveis como sexo, diabetes mellitus e obesidade não demonstraram relação estatisticamente significativa com a mortalidade. Notavelmente, níveis elevados de triglicerídeos e concentrações reduzidas de HDL-c mostraram-se preditores importantes de pior prognóstico, reforçando o papel da dislipidemia como fator relevante na evolução clínica da doença. Esses achados evidenciam que, além dos fatores de risco tradicionais, o perfil lipídico pode contribuir para a estratificação de risco e o direcionamento de estratégias terapêuticas mais precisas, indicando a necessidade de aprofundamento nas investigações sobre o papel das alterações metabólicas nos desfechos da COVID-19 (Ochoa-Ramírez; De La Herrán Arita, Sanchez-Zazueta, 2024).

A análise conjunta dos dados sugere que o predomínio de estilos de vida sedentários e a presença de condições clínicas prévias podem ter contribuído para o comprometimento funcional observado no período pós-infecção crítica, conforme apontado por Marmot et al. (2008) ao discutir os determinantes sociais da saúde. A ausência de hábitos saudáveis, como a prática de exercícios físicos, aliada à prevalência de comorbidades, reforça a necessidade de estratégias de reabilitação

que integrem intervenções multidisciplinares voltadas à promoção da saúde integral e à recuperação funcional e psicossocial desses indivíduos.

Os dados referentes aos sintomas iniciais relatados pelos participantes e ao histórico de vacinação contra a COVID-19 são apresentados conforme dispostos na Tabela 5. Essa caracterização clínica inicial permite observar aspectos relevantes do quadro sintomatológico na fase aguda da infecção, além de fornecer informações sobre a adesão ao esquema vacinal entre os indivíduos da amostra. Cabe destacar que as variáveis relacionadas aos sintomas permitem múltiplas respostas, uma vez que os indivíduos podiam relatar mais de um sintoma concomitantemente no início do quadro clínico. Dessa forma, a soma das frequências relativas ultrapassa 100%, o que é esperado e metodologicamente aceitável nesse tipo de análise. Esse aspecto deve ser considerado na interpretação dos dados, pois reflete a complexidade do quadro sintomatológico apresentado pelos indivíduos após a infecção por SARS-CoV-2, especialmente em casos críticos.

Tabela 5 - Caracterização clínica dos participantes segundo sintomas iniciais e histórico de vacinação

VARIÁVEL		FREQUÊNCIA	
		ABSOLUTA	RELATIVA
SINTOMAS INICIAIS	SINTOMAS RESPIRATÓRIOS	19	146,15
	SINTOMAS GASTROINTESTINAIS	3	23,08
	SINTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS	11	84,62
	SINTOMAS NEUROLÓGICO	10	76,92
	FEBRE	3	23,08
HISTÓRICO DE VACINAÇÃO	2º DOSE	3	23,08
	3º DOSE	3	23,08
	4º DOSE	5	38,46
	5º DOSE	1	7,69
	NA	1	7,69

Fonte: Própria autora

A análise dos sintomas iniciais evidencia que a maioria dos participantes relatou sintomas respiratórios (146,15%), musculoesqueléticos (84,62%) e neurológicos (76,92%). Ressalta-se que a frequência relativa superior a 100% para sintomas respiratórios indica que alguns participantes relataram múltiplos sintomas

simultaneamente, o que é consistente com a apresentação clínica multifacetada da COVID-19 em casos graves ou críticos.

A alta prevalência de manifestações neurológicas e musculoesqueléticas reforça achados da literatura que apontam para o envolvimento sistêmico do SARS-CoV-2, incluindo mialgia, fadiga intensa, cefaleia e alterações cognitivas como sintomas comuns mesmo após a fase aguda da doença.

Os sintomas gastrointestinais e a febre foram relatados por apenas 23,08% dos participantes, o que pode sugerir um menor predomínio desses sinais nessa amostra específica ou uma subnotificação, considerando que a febre é classicamente reconhecida como um sintoma marcante na fase inicial da infecção viral.

Em um estudo transversal realizado por Coelho et al. (2022) conduzido com 718 profissionais de saúde do Nordeste brasileiro, pertencentes às categorias médica, de enfermagem e fisioterapia e atuantes em diferentes áreas assistenciais, observou-se uma elevada prevalência de sintomas atribuídos à infecção por COVID-19. Os sintomas mais frequentemente referidos foram cefaleia (68,5%), mialgia (62,3%) e dor de garganta (58,2%), indicando predomínio de manifestações neurológicas e musculoesqueléticas no quadro clínico inicial. Outros sintomas também foram relatados, como coriza (48,6%), febre (39,5%), fadiga (38,8%), diarreia (36,1%), perda de paladar (25,9%), perda de olfato (25,3%), e dispneia (17,4%).

A partir da análise dos dados do estudo Epicovid-19-RS, que contou com a participação de 18 mil indivíduos, dos quais 181 apresentaram anticorpos contra o SARS-CoV-2, observou-se uma prevalência significativamente maior de sintomas entre os soropositivos. A proporção de assintomáticos foi de apenas 19,9% entre os participantes com anticorpos, comparada a 49,7% entre os sem anticorpos. A análise das razões de prevalência entre os dois grupos demonstrou que alterações de olfato ou paladar apresentaram a maior razão (9,1), seguidas de febre (4,2), tremeadeira (3,9), dificuldade respiratória (3,2) e tosse (2,8), indicando forte associação entre esses sintomas e a presença de resposta imune específica. A perda total do olfato e febre destacaram-se como os principais preditores clínicos de positividade sorológica. Esses achados reforçam a utilidade de sintomas específicos como critérios clínicos para triagem e manejo de casos suspeitos em contextos de

restrição de acesso a testes laboratoriais, contribuindo para estratégias de contenção da transmissão comunitária do vírus (Mesenburg; et al., 2021).

Em relação ao histórico vacinal, observa-se que 38,46% dos participantes haviam recebido até a quarta dose da vacina, enquanto 7,69% relataram ter recebido a quinta dose. Os dados sugerem uma adesão parcial ao esquema vacinal completo, com possível influência sobre os desfechos clínicos e o curso da doença. A presença de indivíduos com esquema incompleto ou sem informação vacinal (7,69%) também chama atenção para questões como hesitação vacinal, acesso desigual ou falhas no registro de doses aplicadas.

Um estudo analisou a relação entre a vacinação contra COVID-19 e os desfechos clínicos em pacientes com SRAG no Distrito Federal, no período de 2020 a 2023. Foi realizado um estudo descritivo retrospectivo a partir de dados de notificação compulsória fornecidos pela Gerência de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis e de Transmissão Hídrica e Alimentar. As variáveis coletadas englobaram dados sociodemográficos, status vacinal, comorbidades e desfechos clínicos. Por meio de testes estatísticos e análise multivariada, identificou-se que a vacinação apresentou um efeito protetor significativo contra desfechos graves, enquanto fatores como necessidade de suporte ventilatório e comorbidades específicas, como síndrome de Down e imunodepressão, também se destacaram como preditores relevantes de mortalidade. A robustez do modelo foi confirmada pela análise de multicolinearidade, indicando que os resultados são confiáveis (Montes et al., 2024).

Os achados do presente estudo dialogam com o cenário descrito na América Latina e no Caribe, onde a hesitação vacinal se intensificou no contexto da pandemia de COVID-19, refletindo-se inclusive entre profissionais de saúde. A propagação de desinformação, a politização das medidas sanitárias e a fragmentação da comunicação institucional contribuíram para o enfraquecimento da confiança nas vacinas, mesmo em grupos tradicionalmente considerados promotores da imunização. Estudos na região indicam que o declínio nas coberturas vacinais não se restringe à COVID-19, mas também afeta o calendário vacinal infantil, evidenciando um fenômeno mais amplo e persistente. Nesse sentido, estratégias interdisciplinares, como planos de comunicação baseados em evidências e adaptados ao contexto cultural local, têm sido recomendadas para reverter esse

quadro. A promoção do engajamento comunitário, o fortalecimento da confiança nos profissionais de saúde e a garantia do acesso equitativo às vacinas são medidas essenciais para enfrentar a hesitação vacinal e ampliar a adesão a esquemas completos de imunização (Debbag et al., 2025).

Entretanto os achados do presente estudo convergem com os resultados de um estudo retrospectivo realizado em um hospital universitário de Múrcia, na Espanha, que analisou 276 pacientes com insuficiência respiratória aguda por COVID-19, observando que apenas 8,3% apresentavam vacinação completa, enquanto 12% possuíam esquema vacinal incompleto e 79,7% não haviam sido vacinados. Embora os vacinados tivessem mais comorbidades, a gravidade clínica foi maior entre os não vacinados e parcialmente vacinados, evidenciando a possível influência do status vacinal na severidade do quadro clínico. Ainda que o estudo não tenha demonstrado diferença estatisticamente significativa nos desfechos clínicos, as estimativas de mortalidade hospitalar favoreceram os pacientes que haviam recebido ao menos uma dose da vacina contra a COVID-19, sugerindo um potencial benefício clínico da vacinação, mesmo que parcial, na evolução da doença em casos críticos (Costa et al., 2024).

A associação entre sintomas relatados, gravidade do quadro clínico e status vacinal merece aprofundamento em estudos futuros, especialmente considerando o potencial impacto da vacinação na modulação da resposta inflamatória sistêmica e na prevenção de formas graves da COVID-19.

De acordo com o Protocolo Clínico da Secretaria de Saúde da Paraíba, entre os pacientes infectados pelo SARS-CoV-2 há um grupo que requer atenção especial e internação hospitalar, principalmente indivíduos com fatores de risco como comorbidades e idade avançada. Pacientes que apresentam síndrome gripal, sintomas respiratórios evidentes, necessidade de suporte de oxigênio ou disfunções orgânicas devem ser criteriosamente avaliados para internação, pois esses sinais clínicos, radiológicos e laboratoriais funcionam como indicadores de agravamento e necessidade de acompanhamento em ambiente hospitalar. Entre os critérios para internação hospitalar, destacam-se a necessidade de oxigênio para manter saturação adequada, alterações radiológicas pulmonares, desconforto respiratório grave, disfunção hemodinâmica e presença de comorbidades descompensadas, que indicam a progressão da doença para estágios mais severos (Paraíba, 2020)

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (2016), em sua resolução Nº 2.156/2016, no que concerne à internação em UTI, os critérios estabelecidos permanecem fundamentais, destacando a necessidade de monitorização intensiva em casos de instabilidade clínica e disfunções orgânicas graves. Indicadores de gravidade, como insuficiência respiratória aguda com necessidade de ventilação mecânica, instabilidade hemodinâmica, choque séptico e falência de múltiplos órgãos, são mandatórios para internação em UTI. Pacientes com acometimento pulmonar extenso também devem ser considerados prioritários para monitorização intensiva, respeitando a disponibilidade de leitos. Em casos não contemplados nos critérios, a avaliação deve ser individualizada, com consulta à coordenação médica da UTI para decisão adequada, reforçando a importância do manejo clínico criterioso e personalizado na assistência a pacientes com COVID-19 (Paraíba, 2020).

Os dados referentes aos períodos de internação hospitalar dos participantes serão apresentados na Tabela 6, incluindo tanto a permanência em enfermaria quanto em UTI. A análise das frequências absolutas e relativas, assim como as medidas de tendência central e dispersão, fornece um panorama da duração média das internações nessa amostra.

Quanto à internação na enfermaria, observa-se que a maioria dos participantes (38,46%) permaneceu entre 11 e 20 dias, com uma média de 18,82 dias e mediana de 17 dias, indicando uma variação considerável no tempo de internação, refletida no desvio padrão elevado (14,52). Destaca-se também que 23,08% dos participantes permaneceram até 10 dias, enquanto um percentual menor (7,69%) ficou internado por mais de 30 dias, o que pode indicar casos mais graves ou com complicações prolongadas. Ainda, 15,38% dos participantes não souberam informar ou não responderam sobre o período de internação na enfermaria, o que representa uma limitação para a análise mais detalhada.

Em relação à internação na UTI, o padrão de distribuição do tempo foi semelhante, com 23,08% dos participantes internados por 21 a 30 dias e 23,08% entre 11 e 20 dias. A média do tempo de internação na UTI foi de 19,22 dias, com mediana de 16 dias e desvio padrão de 8,70, indicando menor variabilidade comparado ao período em enfermaria. Contudo, observa-se uma maior proporção de participantes (30,77%) que não souberam ou não informaram a duração da internação em UTI, fator que pode comprometer a precisão das conclusões.

Tabela 6 - Períodos de Internação Hospitalar

VARIÁVEL		FREQUÊNCIA		ESTATÍSTICA		
		ABSOLUTA	RELATIVA	MÉDIA	MEDIANA	DESVIO PADÃO
INTERNAÇÃO NA ENFERMARIA	0 A 10	3	23,08			
	11 A 20	5	38,46			
	21 A 30	2	15,38	18,82	17	14,52
	30 MAIS	1	7,69			
	NA	2	15,38			
INTERNAÇÃO NA UTI	0 A 10	2	15,38			
	11 A 20	3	23,08			
	21 A 30	3	23,08	19,22	16	8,70
	30 MAIS	1	7,69			
	NA	4	30,77			

Fonte: Própria autora

Um estudo identificou que a duração da internação hospitalar, especialmente em UTI, demonstrou ser um dos fatores mais fortemente associados ao grau de comprometimento funcional dos participantes no momento da admissão ao serviço. A média de permanência na UTI foi de 28 dias ($\pm 15,51$), apresentando correlação de magnitude moderada com escores que avaliam a capacidade para realizar atividades básicas da vida diária; que quantificam o nível de dependência funcional; do teste de caminhada de seis minutos, utilizado para estimar a resistência aeróbica e a capacidade funcional global; e que mensuram a percepção subjetiva de esforço físico durante a atividade (Crema et al., 2022).

Uma pesquisa transversal realizada em uma UTI COVID-19 de um hospital público no Nordeste brasileiro identificou que o tempo de internação superior a 10 dias esteve significativamente relacionado ao sexo masculino, ao uso de tratamentos específicos como a cloroquina e à necessidade de suporte ventilatório invasivo no momento da admissão. Além disso, o estudo destacou que comorbidades pré-existent, especialmente hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, foram prevalentes entre os pacientes, influenciando a gravidade da doença e, conseqüentemente, o tempo de hospitalização. A compreensão desses fatores contribui para aprimorar as estratégias assistenciais e otimizar a gestão do

tempo de internação, possibilitando intervenções mais direcionadas e eficientes no manejo clínico dos pacientes acometidos pela COVID-19 (Silva et al., 2023).

Nesse sentido, um estudo qualitativo realizado com idosos hospitalizados por COVID-19 na coorte Paraná/UEM oferece um olhar detalhado sobre as vivências subjetivas durante a internação. Por meio de entrevistas semiestruturadas e análise temática, foram identificadas categorias importantes, como os sentimentos vivenciados ao longo da hospitalização, a percepção sobre o cuidado recebido, especialmente o acolhimento e a humanização por parte da equipe de enfermagem, e as estratégias adotadas para lidar com os desafios físicos e emocionais da doença. Essa integração entre dados quantitativos e qualitativos amplia a compreensão dos desfechos hospitalares, destacando não apenas o tempo de internação, mas também o impacto psicológico e a importância do suporte multidisciplinar para a recuperação dos pacientes (Giron et al., 2024).

Os dados apresentados na Tabela 7 demonstram a distribuição das comorbidades adquiridas, intervenções de reabilitação realizadas e sequelas observadas entre os participantes do estudo. Essas variáveis são essenciais para compreender o impacto clínico da COVID-19 e suas consequências a médio e longo prazo, especialmente considerando a recuperação funcional dos pacientes.

Em relação às comorbidades adquiridas, observou-se que a HAS e o DM apresentaram prevalências iguais de 15,38%, enquanto os transtornos psiquiátricos foram reportados em 38,46% dos participantes. A alta proporção de indivíduos sem comorbidades registradas (53,85%) deve ser interpretada com cautela, pois pode refletir limitações no registro ou autodeclaração. Vale destacar que essas comorbidades podem já ter existido antes da infecção, mas foram identificadas ou confirmadas durante o período de internação hospitalar, evidenciando a importância do diagnóstico oportuno para manejo clínico adequado.

No que tange às sequelas, quase metade dos pacientes (46,15%) relataram apresentar sequelas relacionadas à infecção pelo SARS-CoV-2, incluindo sequelas musculoesqueléticas (30,77%), neurológicas (23,08%) e respiratórias (15,38%). Essa diversidade reforça o caráter multisistêmico da COVID-19 e a necessidade de acompanhamento clínico contínuo para detectar e tratar complicações crônicas.

Tabela 7 - Caracterização clínica dos participantes segundo comorbidades adquiridas, intervenções de reabilitação e sequelas

	VARIÁVEL	FREQUÊNCIA	
		ABSOLUTA	RELATIVA
COMORBIDADES ADQUIRIDAS	HAS	2	15,38
	DM	2	15,38
	TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS	5	38,46
	NÃO	7	53,85
REABILITAÇÃO	FISIOTERAPIA MOTORA E/OU TERAPIA OCUPACIONAL	4	30,77
	FISIOTERAPIA CARDIOPULMONAR	5	38,46
	SIM	7	53,85
	NA	1	7,69
SEQUELAS	SIM	6	46,15
	NÃO E N.A	2	15,38
	SEQUELAS RESPIRATÓRIAS	2	15,38
	SEQUELAS MUSCULOESQUELÉTICAS	4	30,77
	SEQUELAS NEUROLÓGICAS	3	23,08

Fonte: Própria autora

Para relacionar com os resultados obtidos nesta pesquisa, destaca-se um estudo transversal descritivo realizado em um ambulatório de referência para atendimento pós-COVID-19 no município de Barbacena. A investigação avaliou uma amostra de 248 pacientes adultos e os achados indicaram que as sequelas mais prevalentes nessa população foram dispneia (28,22%), fadiga (24,6%), mialgia (16,5%), queda de cabelo (16,5%), perda de memória (10,9%), tosse persistente (10,9%), infecção pulmonar (8,87%), cefaleia (5,65%) e ansiedade (2,41%). Esses resultados corroboram as observações do presente estudo, especialmente no que se refere às sequelas musculoesqueléticas, neurológicas e respiratórias relatadas pelos pacientes, reforçando o impacto multissistêmico da COVID-19 e a necessidade de acompanhamento clínico e reabilitação focada para a população pós-infecciosa (Lisboa et al., 2024).

Um estudo de coorte ambidirecional conduzido em três hospitais de referência na capital do Mato Grosso, com 259 pacientes avaliados aos 6 e 12 meses após a alta hospitalar, destacou que a maioria dos participantes relatou ao menos um

sintoma residual após a alta: 87,4% aos 6 meses e 67,5% aos 12 meses. A fadiga destacou-se como o sintoma mais prevalente em ambos os momentos (55,3% e 40,6%, respectivamente), seguida por dificuldades de memória (36,8% e 20%) e queda de cabelo (26,8% e 11,2%). A prevalência de sintomas prolongados foi maior entre pacientes com idade avançada, menor renda, hipertensão, diabetes e quadros clínicos mais graves durante a internação. Estes achados evidenciam a relevância do acompanhamento contínuo para identificar e manejar os efeitos prolongados após a fase aguda da doença (Rocha et al., 2024).

Quanto à reabilitação, mais da metade dos participantes (53,85%) informaram ter realizado algum tipo de intervenção, destacando-se a fisioterapia cardiopulmonar (38,46%) e a fisioterapia motora e/ou terapia ocupacional (30,77%). Esses dados indicam a importância dos programas de reabilitação multiprofissional para a recuperação pós-COVID, alinhados com evidências que indicam melhora funcional e qualidade de vida em pacientes pós-internação.

A reabilitação de indivíduos no período pós-COVID-19 deve seguir os mesmos princípios adotados em programas de reabilitação voltados a pacientes acometidos por outras enfermidades ou lesões incapacitantes. É esperado que muitos apresentem múltiplas sequelas decorrentes tanto da infecção viral quanto da internação prolongada em UTI, incluindo, em alguns casos, o uso de ventilação mecânica invasiva. Além disso, condições crônicas pré-existentes podem ter sido agravadas ou descompensadas durante o curso da doença, exigindo uma abordagem terapêutica especializada e de longa duração. Nesse contexto, torna-se essencial a realização de uma avaliação abrangente e a elaboração de um plano terapêutico individualizado e progressivo, com foco na restauração da funcionalidade, no engajamento em atividades significativas e na reintegração social, visando à promoção da qualidade de vida dos pacientes (Fraga-Maia et al., 2020)

Embora muitos pacientes acometidos pela COVID-19 recebam alta clínica, persistem limitações funcionais que dificultam a retomada das atividades cotidianas, o que evidencia a importância da reabilitação interdisciplinar como estratégia essencial para a recuperação. Em estudo com 22 participantes, a maioria apresentava comorbidades e excesso de peso, além de prejuízos significativos na qualidade de vida, dispneia aos esforços e limitação funcional, mesmo após a alta hospitalar. Após a intervenção reabilitadora, observou-se melhora estatisticamente

significativa na força muscular, capacidade aeróbica, equilíbrio, independência funcional e percepção de dispneia. Ainda que nem todos os domínios da qualidade de vida tenham apresentado melhora significativa, os achados indicam que o tempo de internação se relaciona com o grau de incapacidade funcional e que programas estruturados de reabilitação contribuem de forma relevante para a recuperação funcional de pacientes com sequelas pós-COVID-19 (Crema et al., 2022).

Em estudo quase-experimental realizado em Curitiba, entre 2020 e 2022, os efeitos de um programa de reabilitação pulmonar foram analisados em 49 pacientes com Síndrome pós-COVID-19 aguda. Utilizando instrumentos como a escala de dispneia, o teste de caminhada de seis minutos e o Índice de Barthel, os autores observaram melhorias estatisticamente significativas na redução da dispneia, no aumento da capacidade funcional e na autonomia dos participantes. Esses achados destacam a efetividade da reabilitação personalizada e sustentam a importância da incorporação desses programas ao cuidado contínuo de pacientes pós-COVID-19, visando à melhora funcional e à diminuição da sobrecarga nos serviços de saúde (Túlio et al., 2025).

A Tabela 8 apresenta os escores médios e os respectivos desvios-padrão dos domínios avaliados pelo instrumento SF-36, aplicado aos participantes da pesquisa, com o objetivo de mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde sob a perspectiva da funcionalidade após a alta hospitalar por COVID-19 crítica.

Os escores dos domínios do SF-36 foram avaliados com base na média e desvio padrão dos 13 participantes do estudo, variando em uma escala de 0 a 100, em que valores mais elevados indicam melhor qualidade de vida relacionada à saúde. A análise descritiva evidenciou que o domínio Estado Geral da Saúde apresentou a maior média ($89,74 \pm 20,19$), sugerindo percepção positiva global do estado de saúde entre os participantes. Já os domínios Dor ($73,08 \pm 38,56$) e Vitalidade ($73,08 \pm 24,44$) também alcançaram médias elevadas, embora com maior variabilidade, especialmente no domínio Dor, que apresentou o maior desvio padrão, indicando ampla dispersão nas respostas individuais.

Por outro lado, os domínios Aspectos Emocionais ($40,38 \pm 12,63$) e Aspectos Sociais ($56,00 \pm 16,80$) tiveram as médias mais baixas, revelando possíveis limitações emocionais e sociais que afetam os participantes. O desvio padrão relativamente menor em Aspectos Emocionais sugere maior homogeneidade nas

respostas dessa dimensão. O domínio Capacidade Funcional ($60,31 \pm 15,03$) e Aspectos Físicos ($62,69 \pm 26,28$) indicam um comprometimento moderado da função física, com o segundo apresentando maior variabilidade, possivelmente refletindo diferenças individuais na limitação por aspectos físicos.

Por fim, o domínio Saúde Mental alcançou média de 79,15 ($\pm 19,88$), indicando uma avaliação relativamente positiva, ainda que com variabilidade considerável. Essa distribuição dos escores sugere que, embora os participantes percebam boa saúde geral e mental, aspectos emocionais e sociais podem representar áreas de maior vulnerabilidade na qualidade de vida.

Esses resultados destacam a importância de análises específicas para cada domínio do SF-36, respeitando a independência dos mesmos, e indicam áreas potenciais para intervenções focadas, sobretudo em aspectos emocionais e sociais.

Tabela 8 - Escores médios e respectivos desvios padrão dos domínios do SF-36

DOMÍNIOS	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
CAPACIDADE FUNCIONAL	60,31	15,03
ASPECTOS FÍSICOS	62,69	26,28
DOR	73,08	38,56
ESTADO GERAL DA SAÚDE	89,74	20,19
VITALIDADE	73,08	24,44
ASPECTOS SOCIAIS	56	16,80
ASPECTOS EMOCIONAIS	40,38	12,63
SAÚDE MENTAL	78,15	19,88

Fonte: Própria autora

Os achados de um estudo colombiano revelam que a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) está intrinsecamente ligada a fatores psicossociais e comportamentais, como estados de humor, nível de atividade física, comportamento sedentário e apoio parental. Essa correlação é altamente relevante e convergente com os resultados do presente estudo, ainda que aplicado a uma população com características distintas — sobreviventes da COVID-19 crítica. Ambos os estudos demonstram que, independentemente da faixa etária ou condição clínica, a QVRS não pode ser compreendida exclusivamente sob a ótica biomédica; ela depende de determinantes emocionais, sociais e contextuais. No caso dos pacientes pós-

COVID-19, escores mais elevados em domínios como saúde mental, aspectos emocionais e sociais sugerem que fatores subjetivos de enfrentamento e redes de apoio podem modular positivamente a percepção de saúde, mesmo diante de limitações físicas e dor persistente. Essa convergência reforça o entendimento de que a funcionalidade e o bem-estar não são lineares nem uniformes, mas sim construídos a partir da interação entre condições clínicas e suporte psicossocial, apontando para a necessidade de abordagens terapêuticas integradas que considerem a totalidade do indivíduo em seu contexto biopsicossocial (Cardona-Gómez , González, 2025).

Um estudo nacional que analisou a carga de morbimortalidade causada pela COVID-19 no Brasil identificou que, somente no ano de 2020, a doença resultou em mais de 5,4 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade, com mais de 99% desse impacto relacionado à mortalidade. Contudo, casos graves e críticos, além da COVID longa, também contribuíram para essa carga, indicando que os efeitos da doença extrapolam a fase aguda e geram repercussões significativas na funcionalidade dos sobreviventes. Considerando que a maior parte da amostra deste estudo é composta por indivíduos com histórico de internação em UTI, os achados nacionais reforçam a magnitude das limitações funcionais observadas no presente trabalho, bem como a necessidade de estratégias de acompanhamento e reabilitação desses pacientes após a alta hospitalar (Santos et al., 2025)

Embora o presente estudo não tenha como foco específico a Doença de Parkinson, é possível estabelecer uma correlação com outras condições crônicas e debilitantes no que se refere aos efeitos do isolamento social durante a pandemia da COVID-19. Um estudo transversal realizado com 200 pacientes com Doença de Parkinson, conduzido no Hospital Bu Ali entre abril de 2019 e o final de 2021, evidenciou que a quarentena e a restrição de atividades resultaram em agravamento dos sintomas motores e não motores, além de um declínio expressivo na qualidade de vida desses indivíduos. Tais achados demonstram que o isolamento imposto pela pandemia teve efeitos deletérios não apenas do ponto de vista infeccioso, mas também funcional e psicossocial, especialmente entre pacientes mais idosos, com baixa adesão medicamentosa ou com acesso limitado ao acompanhamento profissional (Rafizade et al., 2025). De modo semelhante, os participantes desta pesquisa, todos sobreviventes da COVID-19 crítica, também vivenciaram prejuízos

importantes na funcionalidade e na qualidade de vida após o período de internação e isolamento, com baixos escores observados em domínios como vitalidade, dor e aspectos físicos. Isso sugere que a quarentena, aliada à experiência de hospitalização crítica e à interrupção de vínculos sociais e atividades regulares, constitui um fator agravante no processo de recuperação funcional, afetando tanto a saúde física quanto emocional e dificultando o retorno pleno à participação social.

Ao realizar uma análise estatística, conduzida por meio dos testes não paramétricos de Mann-Whitney U e Kruskal-Wallis H, abrangendo um amplo conjunto de variáveis sociodemográficas, clínicas e de hábitos de vida, permitiu uma avaliação minuciosa das possíveis associações com os diferentes domínios de qualidade de vida. A escolha metodológica pelos testes não paramétricos Mann-Whitney U e Kruskal-Wallis H foi pautada pelas características da base de dados e pela natureza das variáveis analisadas. Antes da aplicação das análises, procedeu-se à verificação da distribuição dos dados, a qual indicou ausência de normalidade em grande parte das variáveis contínuas, inviabilizando o uso de testes paramétricos, como o t de Student ou Análise de Variância (ANOVA), que pressupõem distribuição normal e homocedasticidade.

O teste de Mann-Whitney U foi utilizado para comparações entre dois grupos independentes, permitindo avaliar diferenças na distribuição dos escores de qualidade de vida em função de variáveis dicotômicas, como presença ou ausência de comorbidades e histórico vacinal. Já o teste de Kruskal-Wallis H, por ser uma extensão do Mann-Whitney U, foi aplicado nas situações que envolveram três ou mais grupos independentes, como nas análises relacionadas à faixa etária ou níveis de renda.

Essa abordagem garantiu maior robustez estatística e minimizou o risco de interpretações enviesadas, uma vez que esses testes não exigem pressupostos estritos quanto à distribuição dos dados e são adequados para lidar com variáveis ordinais e amostras com tamanhos desiguais. Assim, a aplicação combinada de ambos os testes possibilitou explorar de forma mais abrangente as relações entre fatores sociodemográficos, clínicos e de hábitos de vida com os domínios de qualidade de vida, respeitando as especificidades e limitações da amostra analisada.

De forma geral, a maioria das comparações apresentadas na Tabela 9 não apresentou diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$), o que indica

ausência de associação consistente em diversos aspectos avaliados. No entanto, a investigação revelou pontos de destaque que merecem atenção. Observou-se associação estatisticamente significativa entre a presença de comorbidades prévias e o domínio “Aspectos físicos” ($p = 0,020$), sugerindo que condições de saúde preexistentes podem comprometer de maneira mais acentuada a percepção e o desempenho físico dos indivíduos. Do mesmo modo, a variável “Renda mensal” apresentou relação significativa com o domínio “Estado geral de saúde” ($p = 0,046$), apontando que fatores socioeconômicos exercem influência direta na autopercepção da saúde.

Adicionalmente, foram identificadas tendências de significância que, embora não alcancem o limiar estatístico convencional, indicam potenciais associações que merecem investigação aprofundada. O “Histórico de vacinação” apresentou p-valor limítrofe ($p = 0,050$) no domínio “Saúde mental”, sugerindo que a imunização pode estar relacionada a uma melhor percepção de bem-estar psicológico ou à redução de ansiedade frente ao risco de reinfecção. Da mesma forma, a variável “Sequelas” apresentou tendência de associação com o domínio “Vitalidade” ($p = 0,075$), o que sugere que as consequências clínicas pós-COVID-19 podem impactar negativamente a energia e disposição dos indivíduos. Esses achados reforçam a importância de considerar o contexto clínico e socioeconômico no planejamento de estratégias de promoção e recuperação da qualidade de vida, além de evidenciar a necessidade de análises complementares para aprofundar a compreensão das interações identificadas.

Tabela 9 - Correlação das variáveis sociodemográficas, clínicas e de hábitos de vida com os domínios de qualidade de vida

Continua

Domínios	Variável	p-valor	p-maior	p-menor	Domínios	Variável	p-valor	p-maior	p-menor
CAPACIDADE E FUNCIONAL	Sexo	0,756			VITALIDADE	Sexo	0,368		
	Estado Civil	0,652				Estado Civil	0,298		
	Escolaridade	0,372				Escolaridade	0,736		
	Renda mensal	0,631				Renda mensal	0,754		
	Situação profissional	0,154				Situação profissional	0,445		
	Profissão	0,076				Profissão	0,455		
	Hábitos vida	0,226				Hábitos vida	1,000		
	Exercícios físicos	0,427	Sexo	Profissão		Exercícios físicos	0,250	Hábitos de vida 1	Sequelas 0,075
	Comorbidades prévias	0,250	0,756	0,076		Comorbidades prévias	0,325		
	Medicamentos uso contínuo	0,238				Medicamentos uso contínuo	0,587		
	Histórico vacinação	0,323				Histórico vacinação	0,678		
	Comorbidades adquiridas	0,306				Comorbidades adquiridas	0,578		
	Reabilitação	0,178				Reabilitação	0,479		
	Sequelas	0,427				Sequelas	0,075		
	Sexo	0,100				Sexo	0,115		
ASPECTOS FÍSICOS	Estado Civil	0,876			ASPECTOS SOCIAIS	Estado Civil	0,384		
	Escolaridade	0,855				Escolaridade	0,932		
	Renda mensal	0,464				Renda mensal	0,958		
	Situação profissional	0,440				Situação profissional	0,077		
	Profissão	0,483				Profissão	0,978		
	Hábitos vida	1,000	Hábitos de vida	Comorbidade s prévias		Hábitos vida	0,339		
	Exercícios físicos	1,000	Exercícios físicos	0,020		Pratica atividade física	0,687	Reabilitação 1	Situação profissional 0,077
	Comorbidades prévias	0,020				Comorbidades prévias	0,770		
	Medicamentos uso contínuo	0,235	1			Medicamentos uso contínuo	0,940		
	Histórico vacinação	0,288				Histórico vacinação	0,097		
	Comorbidades adquiridas	0,370				Comorbidades adquiridas	0,359		
	Reabilitação	0,498				Reabilitação	1,000		
	Sequelas	0,089				Sequelas	0,420		

Tabela 9 - Correlação das variáveis sociodemográficas, clínicas e de hábitos de vida com os domínios de qualidade de vida

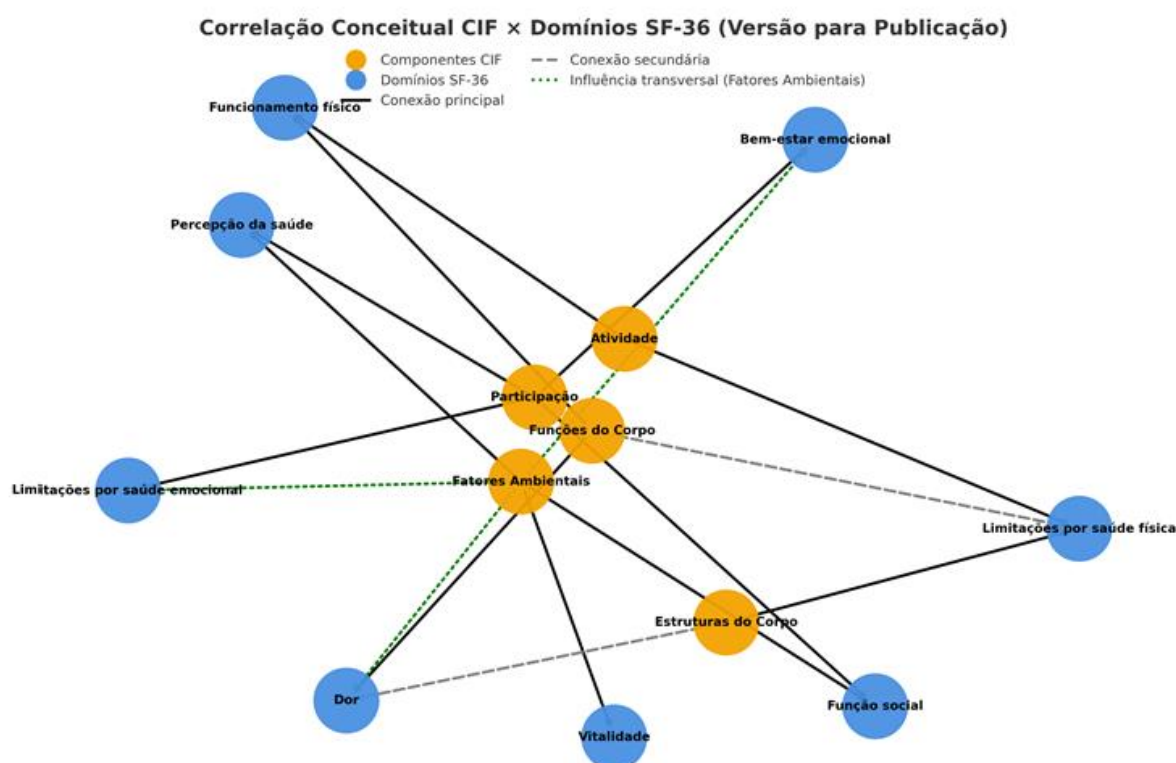
continuação

Domínios	Variável	p-valor	p-maior	p-menor	Domínios	Variável	p-valor	p-maior	p-menor
DOR	Sexo	0,094	Medicamen- -tos de uso contínuo 1	Sexo 0,094	ASPECTOS EMOCIONAIS	Sexo	0,634	Exercício s físicos 1	Sequelas 0,104
	Estado Civil	0,191				Estado Civil	0,181		
	Escolaridade	0,263				Escolaridade	0,260		
	Renda mensal	0,692				Renda mensal	0,667		
	Situação profissional	0,843				Situação profissional	0,818		
	Profissão	0,212				Profissão	0,418		
	Hábitos vida	0,542				Hábitos vida	0,582		
	Exercícios físicos	0,310				Exercícios físicos	1,000		
	Comorbidades prévias	0,870				Comorbidades prévias	0,883		
	Medicamentos uso contínuo	1,000				Medicamentos uso contínuo	0,880		
	Histórico vacinação	0,715				Histórico vacinação	0,775		
	Comorbidades adquiridas	0,414				Comorbidades adquiridas	0,869		
	Reabilitação	0,542				Reabilitação	0,582		
	Sequelas	0,573				Sequelas	0,104		
	Sexo	1,000				Sexo	0,587		
ESTADO GERAL DE SAÚDE	Estado Civil	0,597	Sexo 1	Renda Mensal 0,046	SAÚDE MENTAL	Estado Civil	0,720	Renda Mensal 0,984	Histórico de Vacinação 0,050
	Escolaridade	0,281				Escolaridade	0,680		
	Renda mensal	0,046				Renda mensal	0,984		
	Situação profissional	0,693				Situação profissional	0,481		
	Profissão	0,455				Profissão	0,195		
	Hábitos vida	0,147				Hábitos vida	0,788		
	Exercícios físicos	0,503				Exercícios físicos	0,427		
	Comorbidades prévias	0,438				Comorbidades prévias	0,518		
	Medicamentos uso contínuo	0,165				Medicamentos uso contínuo	0,508		
	Histórico vacinação	0,126				Histórico vacinação	0,050		
	Comorbidades adquiridas	0,704				Comorbidades adquiridas	0,326		
	Reabilitação	0,717				Reabilitação	0,282		
	Sequelas	0,503				Sequelas	0,921		

Fonte: Própria autora

Para uma compreensão mais abrangente da funcionalidade e qualidade de vida dos indivíduos estudados, é fundamental relacionar os escores obtidos pelo instrumento SF-36 aos componentes da CIF. Essa abordagem permite interpretar os resultados da saúde física e mental sob a perspectiva biopsicossocial, ampliando a análise para além da autopercepção, ao considerar também aspectos funcionais e de participação social. A seguir, discute-se essa integração, destacando como os diferentes domínios do SF-36 podem ser mapeados em relação às categorias da CIF, favorecendo uma avaliação multidimensional e direcionada para a prática clínica e reabilitação.

Figura 3 - Diagrama da correlação conceitual entre os componentes da CIF e os domínios do questionário de saúde SF-36



Fonte: Própria autora

O diagrama apresentado ilustra a correlação conceitual entre os componentes da CIF e os domínios do questionário de saúde SF-36. As categorias da CIF, representadas em laranja, incluem Estruturas do Corpo, Funções do Corpo, Atividade, Participação e Fatores Ambientais, enquanto os domínios do SF-36, em azul, abrangem aspectos como Funcionamento físico, Limitações por saúde física,

Dor, Vitalidade, Bem-estar emocional, Limitações por saúde emocional, Função social e Percepção da saúde. As conexões principais, indicadas por linhas pretas, estabelecem a relação direta entre cada domínio do SF-36 e um ou mais componentes da CIF, refletindo a correspondência conceitual entre medidas de saúde e funcionalidade. Conexões secundárias, representadas por linhas tracejadas, destacam relações adicionais menos diretas. Adicionalmente, as influências transversais dos Fatores Ambientais sobre todos os domínios do SF-36 são evidenciadas por linhas pontilhadas, ressaltando o papel mediador e modulador do ambiente na funcionalidade e percepção da saúde. Esse modelo contribui para uma compreensão integrada e multidimensional da saúde, facilitando a interpretação dos resultados do SF-36 sob a ótica da CIF e promovendo uma abordagem holística na avaliação da funcionalidade e qualidade de vida.

Para estruturar a análise dos dados obtidos pelo SF-36, foi realizado um mapeamento entre os domínios do instrumento e os componentes da CIF apresentados na Tabela 10. Esse mapeamento permite situar os resultados dentro de um referencial biopsicossocial, articulando as dimensões físicas, emocionais e sociais da saúde com conceitos consolidados de funcionalidade, atividade e participação social.

O domínio Capacidade Funcional foi relacionado ao componente Atividades e Participação, abrangendo os códigos d450–d469, referentes à mobilidade. Esses códigos descrevem funções relacionadas à capacidade de se deslocar, executar atividades físicas e manter independência funcional. Já o domínio Limitação por Aspectos Físicos também se enquadra em Atividades e Participação, considerando os códigos d230 (realização de atividades domésticas) e d640 (cuidado pessoal), representando restrições na execução de tarefas diárias e no cuidado com a própria pessoa.

O domínio Dor corresponde ao componente Funções Corporais, especificamente ao código b280, que se refere à experiência sensorial de dor e seu impacto no funcionamento do corpo. O Estado Geral de Saúde integra os componentes de Funções Corporais e Atividades, considerando os códigos b130 (função emocional) e d570 (cuidado com a própria saúde), permitindo uma avaliação global da saúde física e mental do indivíduo.

O domínio Vitalidade também está associado às Funções Corporais, abrangendo os códigos b130 (função emocional) e b126 (temperamento e personalidade), refletindo níveis de energia, fadiga e disposição para realização de atividades cotidianas. O domínio Aspectos Sociais foi vinculado ao componente Participação, com os códigos d710–d799, que englobam a interação social e o envolvimento em papéis comunitários e relacionamentos interpessoais.

O domínio Limitação por Aspectos Emocionais relaciona-se a Atividades e Participação, contemplando os códigos d240 (manutenção de relacionamentos) e d750 (relações interpessoais), evidenciando como fatores emocionais podem restringir a execução de atividades sociais e de interação. Por fim, o domínio Saúde Mental corresponde às Funções Corporais, incluindo o código b1 (funções mentais globais), com destaque para b140 (funções da atenção) e b152 (funções emocionais), refletindo aspectos psicológicos, como cognição, atenção e regulação emocional.

Esse mapeamento permite a interpretação integrada dos escores do SF-36, contextualizando-os nos diferentes componentes da CIF e possibilitando uma análise abrangente da funcionalidade, da participação social e da saúde biopsicossocial dos indivíduos sobreviventes da COVID-19 crítica. Dessa forma, estabelece-se uma base teórica sólida para correlacionar limitações, atividades e participação social aos determinantes clínicos, socioeconômicos e ambientais identificados na pesquisa.

Tabela 10 -- Mapeamento entre os domínios do instrumento SF-36 e os componentes da CIF

Domínio do SF-36	Componente da CIF	Códigos CIF relacionados	Descrição Técnica
Capacidade Funcional	Atividades e Participação	d450–d469 (Mobilidade)	Funções relacionadas à mobilidade, capacidade para se deslocar e executar atividades físicas
Limitação por Aspectos Físicos	Atividades e Participação	d230 (Realização de atividades domésticas), d640 (Cuidado pessoal)	Limitações na execução de atividades físicas e cuidado pessoal
Dor	Funções Corporais	b280 (Sensação de dor)	Experiência sensorial de dor que afeta o corpo
Estado Geral de Saúde	Funções Corporais / Atividades	b130 (Função emocional), d570 (Cuidado com a própria saúde)	Avaliação geral da saúde física e mental
Vitalidade	Funções Corporais	b130 (Função emocional), b126 (Temperamento e personalidade)	Energia, fadiga e disposição para realizar atividades
Aspectos Sociais	Participação	d710–d799 (Interação social e participação)	Envolvimento em relações sociais e papéis comunitários
Limitação por Aspectos Emocionais	Atividades e Participação	d240 (Manutenção de relacionamento), d750 (Relações interpessoais)	Limitações em atividades devido a fatores emocionais
Saúde Mental	Funções Corporais	b1 (Funções mentais globais), incluindo b152 (Funções emocionais), b140 (Funções da atenção)	Aspectos psicológicos como emoções, cognição, atenção

Fonte: Própria autora

Apesar dos avanços científicos e tecnológicos, a assistência em saúde no Brasil ainda apresenta fragilidades, desarticulação e descontinuidade nas ações, em grande parte atribuídas à ausência de um sistema de codificação capaz de traduzir de forma abrangente a funcionalidade, as limitações e as restrições vivenciadas pelos indivíduos. Para superar essas lacunas, é imprescindível que os sistemas de informação em saúde incorporem dados que abranjam toda a população, incluindo não apenas a incidência de casos, mas também seus determinantes e condicionantes. Os resultados deste estudo evidenciam que a pandemia de COVID-19 pode gerar sequelas com repercussões significativas sobre a funcionalidade humana, muitas das quais persistem a longo prazo, comprometendo de maneira substancial a qualidade de vida tanto dos indivíduos acometidos quanto da coletividade. Tais achados reforçam a urgência na incorporação CIF nos processos de vigilância em saúde, nas Redes de Atenção à Saúde, nas linhas de cuidado e em todos os níveis assistenciais, de forma a subsidiar a formulação de indicadores, políticas, estratégias e ações em saúde (Carneiro; Santos; Palma, 2021).

Tabela 11 - Mapeamento das variáveis do estudo com os domínios e componentes da CIF Continua

Variável do estudo	Domínio/Componente CIF	Justificativa / Interpretação
Sexo	Fatores pessoais	Diferenças de gênero influenciam a forma como a incapacidade é vivenciada, incluindo padrões de busca por cuidado, adesão ao tratamento e exposição a riscos ocupacionais (Costa-Júnior, 2016; Costa-Júnior, 2019).
Idade	Fatores pessoais	O envelhecimento pode reduzir reservas fisiológicas e aumentar a presença de comorbidades, prolongando a recuperação funcional (Waltrick et al., 2024; Ngcobo et al., 2025).
Escolaridade	Fatores pessoais	Níveis mais altos favorecem compreensão das orientações de saúde e adesão ao tratamento; níveis baixos podem dificultar autocuidado e manejo da saúde (Moura et. al, 2024).
Número de filhos	Fatores pessoais / Fatores contextuais	Estruturas familiares menores favorecem cuidado direcionado; famílias numerosas podem gerar sobrecarga e reduzir disponibilidade de suporte (Manoel et al., 2013).

Tabela 11 - Mapeamento das variáveis do estudo com os domínios e componentes da CIF (continuação)

Variável do estudo	Domínio/Componente CIF	Justificativa / Interpretação
Profissão	Fatores pessoais	Demandas físicas e cognitivas específicas de cada ocupação modulam a velocidade e a complexidade do processo de reabilitação (Silva., 2017, Freitas et al., 2025)
Condições da habitação	Fatores contextuais (ambientais)	Ambiente domiciliar adequado favorece mobilidade e autocuidado; ambientes com barreiras físicas dificultam recuperação (Silveira et al., 2025)
Renda individual e familiar	Fatores pessoais / Fatores contextuais	Maior renda pode ampliar acesso a recursos de reabilitação; menor renda pode agravar vulnerabilidade e limitar continuidade do cuidado (Oliveira et al., 2019).
Estilo de vida e prática de atividade física	Fatores pessoais	Hábitos saudáveis contribuem para melhor prognóstico; sedentarismo pode prolongar incapacidades (Soares et al., 2023, Oliveira et al., 2022)
Comorbidades prévias	Funções e estruturas corporais	Presença de doenças crônicas pode agravar sequelas e dificultar recuperação pós-COVID-19 crítica (Souza et al., 2022, Estrela et al., 2020)
Uso de medicamentos contínuos	Funções corporais / Fatores pessoais	Indica condições crônicas e necessidade de manejo contínuo, podendo interferir na evolução funcional (Souza et al., 2022, Estrela et al., 2020)
Sintomas iniciais da COVID-19	Funções e estruturas corporais	Intensidade e tipo de sintomas iniciais se relacionam ao grau de comprometimento funcional subsequente (Santana et al., 2023, Ida et al., 2024).
Histórico de vacinação	Fatores pessoais / Fatores contextuais	Pode influenciar evolução clínica, tempo de internação e gravidade das sequelas (Costa et al., 2023, Figueiredo et al., 2024).
Tempo de internação	Atividades e participação / Funções corporais	Períodos prolongados de hospitalização aumentam risco de perda de força, mobilidade e autonomia (Silva, 2023, Miranda et al., 2019).
Comorbidades adquiridas pós-internação	Funções e estruturas corporais	Sequelas clínicas adicionais podem limitar funcionalidade e participação social (Lisboa et al., 2024)
Necessidade de reabilitação	Atividades e participação	Representa barreira à autonomia, exigindo suporte contínuo e estratégias adaptativas. (Felisbino et al., 2023).

Tabela 11 - Mapeamento das variáveis do estudo com os domínios e componentes da CIF (continuação)

Variável do estudo	Domínio/Componente CIF	Justificativa / Interpretação
Sequelas	Funções e estruturas corporais / Atividades e participação	Comprometimento físico, cognitivo ou emocional que pode limitar desempenho de atividades e participação social (De Souza et al., 2020, Souza et al., 2023)
Domínios do SF-36 (Capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental)	Atividades e participação / Fatores pessoais	Permitem avaliação subjetiva do impacto da condição de saúde na vida diária, no bem-estar emocional e na integração social.

Fonte: Própria autora

A análise integrada das variáveis sociodemográficas, clínicas e de qualidade de vida à luz da CIF evidencia que múltiplos fatores pessoais e contextuais modulam a experiência da incapacidade e da recuperação funcional em indivíduos pós-COVID-19 crítica. Características como gênero, idade, escolaridade, composição familiar, situação profissional e trajetória ocupacional não apenas influenciam a forma como a incapacidade é vivenciada, mas também condicionam o acesso e a adesão às estratégias de reabilitação, assim como a retomada das atividades e da participação social.

Os achados referentes a comorbidades prévias e adquiridas, tempo de internação e sequelas pós-hospitalares demonstram que o comprometimento funcional não é uniforme, sendo intensificado pela presença de condições crônicas, pela gravidade da doença e pela complexidade do processo de reabilitação. Nesse sentido, os domínios do SF-36 forneceram uma medida complementar da percepção subjetiva de saúde e funcionalidade, permitindo correlacionar capacidades físicas, emocionais e sociais com os elementos da CIF relacionados a atividades e participação, funções corporais e fatores pessoais.

A utilização conjunta desses dados reforça que a funcionalidade pós-COVID-19 deve ser compreendida de maneira multidimensional, considerando tanto os aspectos clínicos quanto os determinantes sociais e pessoais. A interpretação à luz da CIF permitiu identificar barreiras e facilitadores da recuperação funcional e da reintegração social, demonstrando que intervenções direcionadas devem ser

individualizadas, integrando suporte familiar, recursos sociais, estratégias de reabilitação física e atenção à saúde mental.

A análise realizada permite inferir que os indivíduos acometidos pela COVID-19 crítica apresentam repercussões significativas no componente Atividade e Participação da CIF. As limitações observadas nos domínios que envolvem aspectos sociais e emocionais indicam restrições na capacidade de engajamento em atividades cotidianas e interações sociais, refletindo barreiras à participação plena em diferentes contextos de vida. De forma concomitante, o comprometimento físico, ainda que moderado, impacta diretamente a execução de tarefas diárias, o desempenho funcional e o retorno às ocupações habituais, aspectos centrais do constructo Atividade e Participação da CIF.

A identificação de associações entre fatores clínicos, como comorbidades prévias e sequelas pós-COVID-19, e características socioeconômicas, como renda, reforça a compreensão de que a funcionalidade e a participação social não dependem apenas do estado físico, mas também de determinantes contextuais que modulam o engajamento dos indivíduos em atividades sociais, comunitárias e laborais. Esse cenário evidencia que as dimensões de saúde, função física, bem-estar emocional e condições de vida estão intrinsecamente interligadas na configuração da participação social, alinhando-se à perspectiva da CIF de que a funcionalidade deve ser compreendida de forma holística e contextualizada.

Portanto, a presente investigação atingiu seus objetivos ao demonstrar, de maneira integrada, que a COVID-19 crítica afeta não apenas aspectos clínicos e físicos, mas também a participação social dos indivíduos. A articulação dos achados com o componente Atividade e Participação da CIF confirma a relevância de abordagens multiprofissionais que considerem as múltiplas dimensões da saúde, os determinantes sociais e as estratégias de reintegração social, fornecendo subsídios para o planejamento de intervenções direcionadas à promoção da funcionalidade plena e da inclusão social de sobreviventes da doença.

5 CONCLUSÃO

Os resultados desta investigação demonstram que a COVID-19, em sua forma crítica, impõe repercussões amplas e multidimensionais à saúde, funcionalidade e participação social de indivíduos submetidos à intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva. Ainda que a amostra tenha se restringido a 13 participantes, devido à aplicação rigorosa dos critérios de elegibilidade, o perfil sociodemográfico e clínico fornecem evidências relevantes sobre as características e necessidades dessa população.

Observou-se um predomínio de participantes do sexo masculino, com maior concentração na faixa etária da meia-idade, além de prevalência de indivíduos casados ou em união estável, o que sugere a presença de suporte social potencialmente favorável ao processo de reabilitação.

No âmbito clínico, destacou-se a elevada frequência de comorbidades pré-existentes, em especial hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, somadas a um número expressivo de transtornos psiquiátricos adquiridos no contexto pós-COVID-19. Ademais, parcela considerável dos participantes relatou sequelas persistentes, sobretudo de natureza musculoesquelética, neurológica e respiratória. O período de hospitalização, tanto em enfermaria quanto em UTI, mostrou-se prolongado, evidenciando a gravidade dos quadros clínicos e a complexidade das demandas assistenciais.

A análise dos escores de qualidade de vida revelou contrastes importantes: enquanto domínios como Estado Geral de Saúde e Saúde Mental foram positivamente avaliados, os aspectos emocionais e sociais apresentaram limitações mais acentuadas, apontando fragilidades na dimensão psicossocial. O domínio relacionado à dor mostrou percepção favorável em média, mas com ampla variabilidade, refletindo experiências heterogêneas entre os participantes.

As análises reforçaram a relevância de determinantes clínicos e socioeconômicos: a presença de comorbidades prévias associou-se a pior percepção da capacidade funcional, enquanto a condição socioeconômica mostrou relação com a autopercepção do estado geral de saúde. Adicionalmente, observaram-se tendências de associação entre o histórico vacinal e a saúde mental, assim como entre a presença de sequelas e a vitalidade, sugerindo que fatores

imunológicos e o impacto funcional das complicações pós-COVID-19 podem influenciar dimensões específicas da qualidade de vida.

A análise integrada, fundamentada na CIF, evidenciou que a incapacidade pós-COVID-19 crítica resulta de uma interação complexa entre funções corporais comprometidas, limitações nas atividades, restrições à participação social e condicionantes contextuais, como escolaridade, ocupação e estrutura familiar. A identificação de barreiras emocionais, sociais e físicas destaca a necessidade de estratégias de cuidado que vão além da recuperação clínica imediata.

Conclui-se que a reabilitação desses indivíduos deve ser multiprofissional, contínua e personalizada, contemplando não apenas a recuperação funcional, mas também o fortalecimento da rede de apoio social, a atenção à saúde mental e a redução das desigualdades no acesso a cuidados e recursos comunitários. Os achados fornecem subsídios para o planejamento de políticas públicas e programas de reabilitação voltados à promoção da funcionalidade plena e da inclusão social de “sobreviventes” da COVID-19 crítica, além de apontarem para a importância de estudos futuros com amostras mais amplas, capazes de aprofundar e validar as associações aqui identificadas.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, P. L. et al. Principais complicações da COVID-19 e implicações futuras: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Minas Gerais, v. 12, 2022. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v12i0.4406>. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/4406>. Acesso em: 6 ago. 2024.
- AMATYA, B. et al. Responsiveness of the International Classification of Functioning, Disability And Health (ICF) Clinical Functioning Information Tool (ClinFIT) in routine clinical practice in an Australian inpatient rehabilitation setting. **Journal of Rehabilitation Medicine**, Australia, v. 54, p. 159-173, fev. 2022. DOI: 10.2340/jrm.v54.159. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35174870/>. Acesso em: 27 jan. 2023.
- ARAGÃO, B. M. et al. Association between older people's health literacy and sociodemographic aspects, functioning, happiness, and perception of the COVID-19 pandemic: a preliminary study. **CoDAS**, v. 37, n. 2, p. e20240082, 2025. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S231717822025000200305&tlng=en. Acesso em: 19 maio 2025.
- AWUVIRY-NEWTON, K. et al. Housing conditions and long-term care needs of older adults in Ghana: evidence from the WHO SAGE Ghana Wave 1. **PLOS Global Public Health**, São Francisco, v. 2, n. 12, p. e0000863, 2022. DOI: 10.1371/journal.pgph.0000863. Disponível em: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pgph.0000863>. Acesso em: 6 ago. 2024.
- AZEVEDO, A. K. S.; MORAIS DA SILVA, M. V. A população LGBTI+ brasileira e a pandemia de COVID-19: alguns apontamentos sobre isolamento social, saúde e direitos humanos. **Revista Debates Insubmissos**, v. 4, n. 14, p. 97, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/debatesinsubmissos/article/view/250649>. Acesso em: 12 jul. 2025.

BARBOSA, A. L. N. de H.; COSTA, J. S.; HECKSHER, M. Mercado de trabalho e pandemia da COVID-19: ampliação de desigualdades já existentes? **Boletim**

Mercado de Trabalho, n. 69, p. 55-63, jul. 2020. DOI:

10.38116/bmt69/notastecnicas1. Disponível em:

https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/mercadodetrabalho/200811_BMT_69_mercado_de_trabalho.pdf. Acesso em: 6 ago. 2024.

BARRETO, M. L. Por que devemos considerar os determinantes sociais da saúde?

Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1475-1479, 2017.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pFJShWp3gdfXqNggCwN5dKb/?lang=pt>.

Acesso em: 28 jul. 2025.

BERTOLDO, C. C. de S. et al. O uso do core set da CIF para avaliação de pacientes com distúrbios cardiorrespiratórios. **Conscientiae Saúde**, Panamá, v. 21, n. 1, p.

e21712, 2022. DOI: 10.5585/21.2022.21712. Disponível em:

<https://periodicos.uninove.br/saude/article/view/21712>. Acesso em: 27 jan. 2023.

BIZ, M. C. P.; CHUN, R. Y. S. O papel da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para a tomada de decisão na gestão em serviços de saúde. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 2, p. 67-86, 2020. DOI:

10.18310/2446-4813.2020v6n2p67-86. Disponível em:

<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/2417>. Acesso em: 6 ago. 2024.

BOMFIM, M. A. et al. Influência do nível de escolaridade sobre a disseminação do SARS-CoV-2 na região metropolitana do Recife. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 137-155, 2023. Disponível em:

<https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3639>. Acesso em: 28 jul. 2025.

BRANDÃO, S. C. S. et al. COVID-19 grave: entenda o papel da imunidade, do endotélio e da coagulação na prática clínica. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 19, p. e20200131, ago. 2020. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492020000100414&tlng=pt. Acesso em: 6 ago. 2024.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 2.156, de 20 de outubro de 2016. Dispõe sobre critérios de admissão, alta e cuidados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 out. 2016.

Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>. Acesso em: 28 jul. 2025.

BRASIL. Diário Oficial da União. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Brasília, DF, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 16 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Carta Circular nº 039/2011/CONEP/CNS/GB/MS: uso de dados de prontuários para fins de pesquisa. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <https://www.fmit.edu.br/sites/cep/documentos-e-resolucoes>. Acesso em: 16 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 580, de 22 de março de 2018: estabelece as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Covid-19 – Casos e Óbitos. Brasília, DF, 2025. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acesso em: 17 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus. Brasília, DF, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia rápido de vacinação contra a COVID-19. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de->

conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/guia-rapido-de-vacinacao-contr-a-covid-19.pdf/view. Acesso em: 23 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. O que é a Covid-19? Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/covid-19>. Acesso em: 23 jun. 2025.

BRITO, L.; DOS SANTOS, R. L.; REGO, S. Solidariedade, cidadania e justiça social: percepções de atores sociais sobre as respostas públicas à COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 11, p. 4117-4124, 2022. DOI: 10.1590/1413-812320222711.19062021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/L876kbCs4XpXWzhXYDTzKZF>. Acesso em: 27 jan. 2023.

CALLAN, C.; LADDS, E.; HUSAIN, L.; PATTINSON, K.; GREENHALGH, T. “Não consigo lidar com múltiplas entradas”: um estudo qualitativo da experiência vivida de “névoa cerebral” após a COVID-19. **BMJ Open**, v. 12, n. 2, e056366, 2022. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-056366.

CAMPOLINA, A. G.; BORTOLUZZO, A. B.; FERRAZ, M. B.; et al. Validação da versão brasileira do questionário genérico de qualidade de vida Short-Form 6 Dimensions (SF-6D Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3103-3110, jul. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PwJPP5MtSZvLWfnFvszrX8h/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 jan. 2023.

CAMPOS, M. R.; SCHRAMM, J. M. A.; EMMERICK, I. C. M.; et al. Carga de doença da COVID-19 e de suas complicações agudas e crônicas: reflexões sobre a mensuração (DALY) e perspectivas no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 11, e00148920, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00148920. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/bHbdPzJBQxfwkwKWYnhccNH/?format=pdf>. Acesso em: 27 jan. 2023.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2024. 288 p. ISBN 978-85-309-3561-6.

CARDA, S.; et al. The role of physical and rehabilitation medicine in the COVID-19 pandemic: the clinician's view. **Annals of Physical and Rehabilitation Medicine**, v. 63, n. 6, p. 554-556, nov. 2020. DOI: 10.1016/j.rehab.2020.04.001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7166018/>. Acesso em: 27 jan. 2023.

CARDONA-GÓMEZ, J.; GONZÁLEZ, V. M. Calidad de vida relacionada con la salud y los estados de ánimo en estudiantes de instituciones educativas de Antioquia, Colombia. **Universidad y Salud**, v. 27, n. 1, e6872, 2025. DOI: 10.22267/rus.242701.327. Disponível em: <https://doi.org/10.22267/rus.242701.327>. Acesso em: 30 jul. 2025.

CARLSTEN, C. et al. COVID-19 as an occupational disease. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 64, n. 4, p. 227-237, 2021. DOI: 10.1002/ajim.23250.

CARNEIRO, M. C.; SANTOS, M. S.; PALMA, F. M. O. CIF, COVID e sistemas de informação: uma reflexão necessária. **Revista CIF Brasil**, v. 1, p. 29-37, 2021. DOI: 10.4322/CIFBRASIL.2021.005. Disponível em: <https://doi.editoracubo.com.br/10.4322/CIFBRASIL.2021.005>. Acesso em: 17 jul. 2025.

CARVALHO, B. A.; AZEVEDO, G. S. Correlação entre funcionalidade e qualidade de vida em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 pós-COVID-19. **Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás**, v. 10, 2024. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2024/08/1568083/755-texto-do-artigo-2483-1-10-20240627.pdf>. Acesso em: 19 maio 2025.

CASTRO, P. F. A.; et al. Ser pessoa idosa com síndrome pós-COVID-19: estudo qualitativo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 28, p. e240053, 2025. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232025000100204&tlng=pt. Acesso em: 19 maio 2025.

CICONELLI, R. M.; et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36): uma

medida confiável e válida de resultado de qualidade de vida. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, p. 143-150, jun. 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reuma/article/view/39994>. Acesso em: 6 ago. 2024.

COELHO, M. M. F.; CAVALCANTE, V. M. V.; CABRAL, R. L.; et al. Contexto de trabalho e manifestações clínicas da COVID-19 em profissionais de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, p. eAPE0163345, 2022. Disponível em: <https://acta-ape.org/article/contexto-de-trabalho-e-manifestacoes-clinicas-da-covid-19-em-profissionais-de-saude/>. Acesso em: 28 jul. 2025.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA (Coren-BA). Há 1 ano, Brasil aplicava 1ª dose da vacina contra a Covid-19. Salvador: Coren-BA, 17 jan. 2022. Disponível em: <https://www.coren-ba.gov.br/ha-1-ano-brasil-aplicava-1a-dose-da-vacina-contr-a-covid-19/>. Acesso em: 23 jun. 2025.

CORREA, E. H. A.; et al. 10 anos de (r)existência da política nacional de saúde integral LGBT: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. supl. 1, p. e05982023, 2025. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232025001300501&tlng=pt. Acesso em: 19 mai. 2025.

COSTA, G. J.; et al. Fatores de risco para óbito e gravidade da doença em pacientes internados com COVID-19 vacinados e não vacinados: estudo de coorte retrospectivo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 49, n. 4, e20230145, 2023. DOI: <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20230145>. Disponível em: https://jornaldepneumologia.com.br/Content/imagebank/pdf/2023_49_4_3871_portugues.pdf. Acesso em: 28 jul. 2025.

COSTA, P. N.; et al. Vaccination status and outcomes in critical COVID-19 patients. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 50, n. 1, p. e20230116, 2024. Disponível em: <https://jbp.org.br/details/3926/en-US/vaccination-status-and-outcomes-in-critical-covid-19-patients>. Acesso em: 28 jul. 2025.

COSTA-JÚNIOR, F. M.; ALMEIDA, B. S.; CORRER, R. Concepções sobre gênero e formação no campo da psicologia da saúde. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, v. esp. 2, p. 1441–1464, 2019. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/12610/8343>. Acesso em: 2 ago. 2025.

COSTA-JÚNIOR, F. M.; COUTO, M. T.; MAIA, A. C. B. Gênero e cuidados em saúde: concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. **Sexualidade, Saúde e Sociedade**, n. 23, p. 97–117, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872016000200097. Acesso em: 2 ago. 2025.

CREMA, C. M. T.; et al. Reabilitação pós-COVID-19: demandas dos pacientes e resultado da intervenção por equipe multidisciplinar. **Acta Fisiátrica**, v. 29, n. 1, p. 50–55, 2022. Disponível em: <https://revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/188822>. Acesso em: 2 ago. 2025.

CROCHEMORE-SILVA, I. et al. Prática de atividade física em meio à pandemia da COVID-19: estudo de base populacional em cidade do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 4249–4258, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020001104249&tlng=pt. Acesso em: 17 ago. 2025.

DAMACENO, R. C. et al. Aspectos de saúde geral, mental e auditiva de trabalhadores da equipe de enfermagem de um hospital público acometido pela Covid-19. **Revista CEFAC**, v. 1, p. e2124, 2025. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462025000100501&tlng=pt. Acesso em: 17 ago. 2025.

DE ALMEIDA, L. V. et al. Results and effects of patients who have recovered from COVID-19: identifying the relationship with risk factors and comorbidities. **Ciência & Saúde Coletiva**, Maranhão, v. 27, n. 8, p. 2963-2972, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022278.18672021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WYWrtkz8qcJWpWMKYCHYMhk/abstract/?lang=en>. Acesso em: 27 jan. 2023.

DE AMORIM, A. C. et al. Sobre o viver em uma cidade capacitista: antes, durante e depois da pandemia da COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 49-56, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022271.19842021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KMzJY5VLXZK8LBMnGDxk4Bt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 jan. 2023.

DE AVELAR, F. G. et al. Complicações da COVID-19: desdobramentos para o Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, e310133, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310133>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/KHrV3LGxDtfSyfcqjqTcRy/?lang=pt>. Acesso em: 27 jan. 2023.

DE MARCHI, A. C. B. et al. Consolidação de uma trajetória interdisciplinar. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 28, 2023. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/132941>. Acesso em: 14 ago. 2025.

DEBBAG, R. et al. Rebuilding vaccine confidence in Latin America and the Caribbean: strategies for the post-pandemic era. **Expert Review of Vaccines**, v. 24, n. 1, p. 581–589, 2025. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14760584.2025.2527327>. Acesso em: 28 jul. 2025.

DEYOUNG, M. et al. Preparing Michigan for the Behavioral Health Impact of COVID-19. Michigan: Pine Rest Christian Mental Health Services, p. 1–28, jun. 2020.

DI NUBILA, H. B. V.; BUCHALLA, C. M. O papel das classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. 2, p. 324-335, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/gSPFtVnbyDzptD5BkzrT9Db/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 jan. 2023.

DIAS, D. A. S.; MOREIRA, J. O. As vicissitudes dos conceitos de normal e patológico: relendo Canguilhem. **Revista Psicologia e Saúde**, [S. l.], v. 3, n. 1,

2011. Disponível em: <https://pssaucdb.emnuvens.com.br/pssa/article/view/84>. Acesso em: 16 set. 2025.

DIAS, V. M. C. H. et al. Orientações sobre diagnóstico, tratamento e isolamento de pacientes com COVID-19. **Jornal de Infectologia e Controle de Infecções**, v. 9, n. 2, jun. 2020. Disponível em: <https://infectologia.org.br/wp-content/uploads/2020/07/orientacoes-sobre-diagnostico-tratamento-e-isolamento-de-pacientes-com-covid-19.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2023.

DOS SANTOS JÚNIOR, C. J. et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the incidence of occupational accidents among beneficiaries of the National Institute of Social Security in Brazil: an interrupted time series study. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YrZBJWhWcstKKLV6KVX6mBs/?lang=en>. Acesso em: 19 mai. 2025.

EMORDI, V. et al. COVID-19-induced bladder and bowel incontinence: a hidden morbidity? **Clinical Pediatrics**, v. 63, n. 1, p. 10–13, 2024. DOI: 10.1177/00099228231167844. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00099228231167844>. Acesso em: 8 ago. 2024.

ESTRELA, F. M. et al. COVID-19 e doenças crônicas: impactos e desdobramentos frente à pandemia. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 34, 2020. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.36559>. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/36559>. Acesso em: 2 ago. 2025.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187–193, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/grJnXGSLJSrbRhm7ykGcCYQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 jan. 2023.

FELISBINO, J. et al. Potências-limites na reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19 no cotidiano da atenção primária à saúde. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 2, 2023. Disponível em:

<https://interfaces.unileao.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/1164>.

Acesso em: 2 ago. 2025.

FIGUEIREDO, A. M. et al. Imunização contra COVID-19 e mortalidade em pacientes hospitalizados: coorte retrospectiva. **Revista de Saúde Pública**, v. 58, p. 07, 2024.

DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2024058005476>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/j8VMFtnytmXSYcQX8PrJdqn/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 2 ago. 2025.

FOGAÇA, P. C. et al. Impacto do isolamento social ocasionado pela pandemia COVID-19 sobre a saúde mental da população em geral: uma revisão integrativa.

Research, Society and Development, v. 10, n. 4, p. e52010414411, 2021. DOI:

10.33448/rsd-v10i4.14411. Disponível em:

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14411>. Acesso em: 8 ago. 2024.

FONTES, L. C. S. F. et al. Impacto da COVID-19 grave na qualidade de vida relacionada com a saúde e a incapacidade: uma perspectiva de follow-up a curto prazo. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 34, n. 1, p. 141-146, nov. 2022.

DOI: 10.5935/0103-507X.20220008-pt. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbti/a/pCzcbtTHRG8FxN9vCQGcXjP/abstract/?lang=pt>.

Acesso em: 27 jan. 2023.

FRAGA-MAIA, H. et al. Fisioterapia e COVID-19: das repercussões sistêmicas aos desafios para oferta de reabilitação. In: BARRAL-NETTO, M.; BARRETO, M. L.;

PINTO JUNIOR, E. P.; ARAGÃO, E. (org.). Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais,

epidemiológicos e sociais. Salvador: Edufba, 2020. v. 1. DOI:

<https://doi.org/10.9771/9786556300443.011>.

FREITAS, A. R. R. et al. Análise da gravidade da pandemia de Covid-19.

Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 29, n. 2, p. e2020119, maio 2020.

DOI: 10.5123/S1679-49742020000200008. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ress/a/TzjkrLwNj78YhV4Bkxg69zx/>. Acesso em: 27 jan. 2023.

FREITAS, K. G. et al. Desafios do retorno ao trabalho na perspectiva dos trabalhadores após afastamento por agravos do trabalho. **Saúde em Debate**, v. 144, p. e9147, 2025. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042025000100214.

Acesso em: 2 ago. 2025.

GARCÍA-GARRO, P. A. et al. Influência da pandemia de COVID-19 na qualidade de vida, saúde mental e nível de atividade física em trabalhadores universitários colombianos: um estudo longitudinal. **Revista de Medicina Clínica**, v. 14, p. 4104, 2022. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-0383/11/14/4104>. Acesso em: 17 jun. 2025.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIRON, M. E. V. S. et al. Vivência da internação hospitalar em idosos com Covid-19. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 1, p. e14001, 26 jan. 2024. DOI: 10.25248/reas.e14001.2024.

GÓIS, A. R. da S. et al. Functional Capacity and Self-Care in Post-COVID-19 Patients in a Recovery Program. **Aquichan**, v. 24, n. 3, p. 1–15, 2024. Disponível em: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/23277>.

Acesso em: 24 jun. 2025.

GOLDENBERG, M. A arte de pesquisar. 12. ed. Rio de Janeiro: Record, 2011.

HARUYAMA, K. et al. COVID-19 pandemic and the international classification of functioning in multiple system atrophy: a cross sectional, nationwide survey in Japan. **Scientific Reports**, v. 12, n. 14163, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-18533-w>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-022-18533-w>.

Acesso em: 13 jan. 2023.

HUANG, C. et al. Características clínicas de pacientes infectados com o novo coronavírus de 2019 em Wuhan, China. **The Lancet**, v. 395, n. 10223, p. 497–506, 2020. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620301835>. Acesso em: 17 ago. 2025.

Ida, F. S. et al. Síndrome pós-COVID-19: sintomas persistentes, impacto funcional, qualidade de vida, retorno laboral e custos indiretos – estudo prospectivo de casos 12 meses após a infecção. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. e00022623, 2024. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2024000201400&tlng=pt. Acesso em: 19 maio 2025.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Desigualdades e o impacto da COVID-19 no mercado de trabalho brasileiro. Brasília: Ipea, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10872>. Acesso em: 28 jul. 2025.

Iser, B. P. M.; et al. Definição de caso suspeito da COVID-19: uma revisão narrativa dos sinais e sintomas mais frequentes entre os casos confirmados. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 3, p. e2020233, jun. 2020. DOI: 10.5123/S1679-49742020000300018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/9ZYsW44v7MXqvkzPQm66hhD/>. Acesso em: 20 dez. 2022.

Jorge, E. R.; et al. Impacto económico de la COVID-19 en el sector de la salud en Santiago de Cuba. **Medisan**, v. 26, out. 2022. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v26n5/1029-3019-san-26-05-e4229.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2023.

Kanazawa, S. Personality and early susceptibility to COVID-19 in the United Kingdom. **Journal of Community & Applied Social Psychology**, v. 32, n. 4, p. 786–795, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1002/casp.2578>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/casp.2578>. Acesso em: 8 ago. 2024.

Laskovski, L. et al. Risk factors associated with limited functional status among out-of-hospital patients 30 days and one year after a diagnosis of COVID-19: a cohort

study. **Scientific Reports**, v. 13, n. 1, p. 3584, 2023. Disponível em:
<https://www.nature.com/articles/s41598-023-30674-0>. Acesso em: 24 jun. 2025.

Leitão, F. N. C.; et al. Efeitos do isolamento social gerado pelo Covid-19 na qualidade de vida da população de Rio Branco – Acre e Santo André – SP. **J Hum Growth**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 405–413, 2021. DOI: 10.36311/jhgd.v31.12609. Disponível em:
<https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/jhgd/article/download/12609/8080/4191>. Acesso em: 27 jan. 2023.

Lemgruber, J. et al. Coronavírus nas favelas: a desigualdade e o racismo sem máscaras. Rio de Janeiro: Redes da Maré; Observatório de Favelas; Instituto Marielle Franco; Casa Fluminense; Data_Labe, 2020. Disponível em:
https://cesecseguranca.com.br/wp-content/uploads/2021/10/MOV_relato_covid_1908-1.pdf. Acesso em: 28 jul. 2025.

Leonardi, M.; et al. 20 Years of ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health: Uses and Applications around the World. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 2022. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36141593/>. Acesso em: 27 jan. 2023.

Lisboa, H. V. et al. Perfil epidemiológico das sequelas pós-COVID-19 em amostra de pacientes ambulatoriais atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 34, n. 0, p. 34–38, 2024. Disponível em:
<https://rmmg.org/artigo/detalhes/4082>. Acesso em: 28 jul. 2025.

Lopes, S. M. A pessoa com deficiência e o mercado de trabalho: um estudo na microrregião de Itajubá-MG. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade, Universidade Federal de Itajubá, 2019. Disponível em: <https://repositorio.unifei.edu.br/xmlui/handle/123456789/2057>. Acesso em: 27 jan. 2023.

Machado, L. D. S. et al. Finalidades da interdisciplinaridade na residência multiprofissional em saúde no contexto da atenção primária. **Revista de APS**, v. 26, 2023. Disponível em:

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/e262337744>. Acesso em: 30 jun. 2025.

Maciel, E. et al. A campanha de vacinação contra o SARS-CoV-2 no Brasil e a invisibilidade das evidências científicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 951–956, mar. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.21822021>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232022000300951&tlng=pt. Acesso em: 8 ago. 2024.

Maesima, G. M. et al. Coabitação durante a pandemia de COVID-19: a experiência de casais jovens adultos. **Psicologia USP**, v. 35, p. e220047, 2024. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642024000100211&tlng=pt. Acesso em: 28 jul. 2025.

Manoel, M. F. et al. As relações familiares e o nível de sobrecarga do cuidador familiar. **Escola Anna Nery**, v. 2, p. 346–353, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200020. Acesso em: 23 ago. 2025.

Marmot, M.; et al. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>. Acesso em: 28 jul. 2025.

Marques, F. S. F. et al. Racismo e baixa escolaridade: relação com os óbitos da pandemia de Covid-19. **SER_Social**, 2023, 25.

Medrado, B. Men, masculinity and the new coronavirus: Sharing gender issues in the first phase of the pandemic. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 179-183, 2021.

Mendonça, S. de S. et al. Capacidade funcional de idosos longevos: análise transversal baseada em um modelo de decisão. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, Recife, v. 14, n. 1, p. 52-60, mar. 2020. DOI: 10.5327/Z2447-212320202000049. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1097168>. Acesso em: 27 jan. 2023.

Mesenburg, M. A. et al. Prevalência de sintomas característicos de covid-19 no Rio Grande do Sul: resultados de um estudo de base populacional com 18 mil participantes. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 82, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/193670>. Acesso em: 28 jul. 2025.

Miranda, G. B. S. et al. Impacto do tempo de hospitalização na mobilidade e na qualidade de vida de idosos. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 18, n. 3, p. 330–334, 2019. DOI: <https://doi.org/10.9771/cmbio.v18i3.34417>. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/34417>. Acesso em: 23 ago. 2025.

Miranda, R. A. R.; Ostolin, T. L. V. D. P. Mapa de evidências sobre sequelas e reabilitação pós-Covid-19: relatório completo. São Paulo: Zenodo, 2022. Disponível em: <https://zenodo.org/record/6455844#.Y802VHbMLIU>. Acesso em: 11 jan. 2023.

Montes, S. L. C. et al. Impacto da vacinação contra COVID-19 nos desfechos de pacientes com síndrome respiratória aguda grave: um estudo de coorte retrospectivo no Distrito Federal (2020-2023). **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar**, v. 5, n. 8, p. e585609, 2024. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/5609>. Acesso em: 28 jul. 2025.

Moura, N. S. et al. Literacy in health and self-care in people with type 2 diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 3, p. 700–706, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0291>.

Munanga, K. Saúde e diversidade. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 13–15, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200003&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 23 jun. 2025.

Muñoz, A. R.; Marcilla, Y. R.; Zapata-Jiménez, M. ¿Qué relación existe entre el marco de la AOTA y la CIF? **Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia**, v. 19, n. 1, p. 30-37, fev. 2022. Disponível em:

<https://www.revistatog.es/ojs/index.php/tog/article/view/147>. Acesso em: 27 jan. 2023.

Ngcobo, N. N. Influência do envelhecimento na farmacodinâmica e farmacocinética de medicamentos administrados cronicamente em pacientes geriátricos: uma revisão. **Farmacocinética Clínica**, 2025. Disponível em: <https://link.springer.com/10.1007/s40262-024-01466-0>. Acesso em: 23 ago. 2025.

Nuevo, G. M. A. et al. Integração interdisciplinar em saúde: uma análise das experiências entre medicina e enfermagem. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 13, n. 3, 2024. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/8136>. Acesso em: 30 jun. 2025.

OCHOA-RAMÍREZ, L. A. et al. Association between lipid profile and clinical outcomes in COVID-19 patients. **Scientific Reports**, v. 14, n. 1, p. 12139, 2024. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-024-62899-y>. Acesso em: 28 jul. 2025.

OLIVEIRA, J. S. et al. Influência da renda e do nível educacional sobre a condição de saúde percebida e autorreferida de pessoas idosas. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 7, n. 4, p. 395–398, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/2343>. Acesso em: 23 ago. 2025.

OLIVEIRA, K. C. S. et al. Os benefícios da prática de exercícios físicos na recuperação da COVID-19. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 11, n. 14, p. e421111436595, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/36595>. Acesso em: 23 ago. 2025.

OLIVEIRA, K. et al. A qualidade de vida em pacientes com síndrome pós-COVID-19. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 15, n. 94, p. 15047–15058, 2025. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2025v15i94p15047-15058. Disponível em: <https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/3337>. Acesso em: 16 set. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Como usar a CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde – versão para crianças e jovens. São Paulo: Edusp/OPAS/OMS, 2011. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/classificacao-internacional-de-funcionalidade-incapacidade-e-saude-cif/>. Acesso em: 27 jan. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Como usar a CIF: um manual prático para o uso da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF). Versão preliminar para discussão. Genebra: OMS, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Doença por coronavírus (COVID-19). OPAS/OMS, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/en/topics/coronavirus-infections/coronavirus-disease-covid-19-pandemic>. Acesso em: 17 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. La OMS actualiza las directrices sobre los tratamientos contra la COVID-19. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/es/news/item/10-11-2023-who-updates-guidelines-on-treatments-for-covid-19>. Acesso em: 6 ago. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Vacinas contra a COVID-19. OPAS/OMS, 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/en/covid-19-vaccines>. Acesso em: 17 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Álcool e COVID-19 nas Américas: ficha informativa. Brasília: OPAS, 2021. (OPAS/NMH/MH/21-0030). Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55128>. Acesso em: 28 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Histórico da pandemia de COVID-19. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 6 ago. 2024.

OSTOLIN, T. L. V. D. P. Mapa de evidências sobre sequelas e reabilitação da COVID-19 pós-aguda: uma versão atualizada em julho de 2022. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 47, e30, 2023. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.30>. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2023.v47/e30/pt>. Acesso em: 6 ago. 2024.

PAIVA, S. F. et al. Avaliação da funcionalidade e da incapacidade em um grupo de idosos pós-COVID-19: um estudo de caso. **Revista Valore**, v. 6, p. 109–119, 2021. Disponível em: <https://revistavalore.emnuvens.com.br/valore/article/view/1023>. Acesso em: 8 ago. 2024.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Centro Estadual de Disseminação de Evidências em Saúde do COVID-19 (CDES-COVID19). Protocolo clínico – critérios de internação hospitalar. João Pessoa: SES-PB, 2020.

PATEL, K. et al. Applying the WHO ICF framework to the outcome measures used in the evaluation of long-term clinical outcomes in coronavirus outbreaks. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, set. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32899534/>. Acesso em: 27 jan. 2023.

PAULA, A. L. M. de et al. Mercado de trabalho formal e informal no Brasil na pandemia: uma análise da PNAD COVID-19. **Nova Economia**, v. 32, n. 1, p. 25-58, jan./abr. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/neco/a/nnhDDr4LKmcqrnttbsVRJdw/?lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2025.

PAULA, A. R. Impacto da COVID longa na capacidade funcional e na qualidade de vida: um estudo caso-controle [manuscrito]. 2024. 97 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 202

PIEXAK, D. R.; CEZAR-VAZ, M. R.; BONOW, C. A. International Classification of Functioning, Disability and Health: a Content. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 2, p. 363–369, jan. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.363-369>. Disponível em: https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6565/pdf_1. Acesso em: 27 jan. 2023.

POLIT, D.; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sms-10133>. Acesso em: 21 abr. 2025.

PRADO, N. M. B. L. et al. Respostas governamentais heterogêneas no enfrentamento da pandemia da COVID-19 por países da América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, p. 665–683, 2023. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232023000300665&tlng=pt. Acesso em: 21 abr. 2025.

RAFIZADEH, F. et al. The impact of the quarantine period due to the pandemic on the severity of Parkinson's disease and the quality of life of Parkinson's patients. **Clinics (São Paulo)**, v. 80, p. 100605, 23 abr. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clinsp.2025.100605>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1807593225000440>. Acesso em: 30 jul. 2025.

ROCHA, R. P. S. et al. Síndrome pós-COVID-19 entre hospitalizados por COVID-19: estudo de coorte após 6 e 12 meses da alta hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. e00027423, 2024. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2024000201401&tlng=pt. Acesso em: 28 jul. 2025.

SAMPAIO, J. J. et al. Saúde e sociedade: reflexões sobre o hoje e o amanhã. **Diálogos Interdisciplinares em Psiquiatria e Saúde Mental**, v. 1, n. 1, p. 46–52, 2022. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/dipsm/article/view/7214>. Acesso em: 23 jun. 2025.

SANTANA, W. C. et al. Manifestações clínicas e repercussões dos sintomas prolongados e sequelas pós-COVID-19 em homens: netnografia. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. eAPE018532, 2023. Disponível em: <https://acta-ape.org/article/manifetacoes-clinicas-e-repercussoes-dos-sintomas-prolongados-e-sequelas-pos-covid-19-em-homens-netnografia/>. Acesso em: 23 ago. 2025.

SANTOS, C. V. B. et al. Anos de vida ajustados por incapacidade associados à COVID-19 no Brasil, 2020. **PLOS ONE**, v. 3, p. e0319941, 2025. Disponível em: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0319941>. Acesso em: 30 jul. 2025.

SANTOS, G. A. M; et al. Covid-19: a quarentena, o cidadão em seu contexto social e psíquico e implicações em sua saúde bucal / Covid-19: the quarantine, citizens in their social and psychological context and implications for their oral health. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 7, p. 73653–73674, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n7-508. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/33356>. Acesso em: 8 ago. 2024.

SANTOS, L. G. et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus em indivíduos com COVID-19: um estudo retrospectivo de óbitos em Pernambuco, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 117, n. 2, p. 416–422, 2021. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/prevalencia-de-hipertensao-arterial-sistemica-e-diabetes-mellitus-em-individuos-com-covid-19-um-estudo-retrospectivo-de-obitos-em-pernambuco-brasil/>. Acesso em: 28 jul. 2025.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/575>. Acesso em: 28 jul. 2025.

SANTOS, S. L. et al. Pandemia da COVID-19: revelando interfaces entre saúde, ambiente e desenvolvimento. **Desenvolvimento e Meio Ambiente**, v. 61, 2023. DOI: 10.5380/dma.v61i0.78863. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/made/article/view/78863>. Acesso em: 14 ago. 2025.

SANTOS et al. Correlação entre a pandemia do COVID-19 e a depressão: um estudo da população em geral no continente americano com enfoque em estudantes. **Revista Saber Digital**, v. 1, p. e20231605, 2023. Disponível em: <https://revistas.faa.edu.br/SaberDigital/article/view/1388>. Acesso em: 23 ago. 2025.

SCHÖNFFELDT, S. D. G.; BUCKER, J. Saúde mental de pais durante a pandemia da COVID-19. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 2, p. 126–132, 2022. Disponível

em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852022000200126&tlng=pt. Acesso em: 17 jul. 2025.

SILVA, G. A. E. et al. Mortalidade por COVID-19 padronizada por idade nas capitais das diferentes regiões do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. e00039221, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2021000606001&tlng=pt. Acesso em: 28 jul. 2025.

SILVA, G. de S. S.; et al. Fatores intervenientes no tempo de internação hospitalar de pacientes com COVID-19. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 97, n. 2, p. e023084, 2023. DOI: 10.31011/reaid-2023-v.97-n.2-art.1865. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1865>. Acesso em: 28 jul. 2025.

SILVA, J. M.; et al. Eventos adversos pós-vacina e a avaliação de risco para futuras doses de vacinas contra o SARS-CoV-2: descrição dos dados do ambulatório de reações a vacina do HCFMRP-USP. **Revista Qualidade**, São Paulo, v. 23, n. 467, p. 1-12, 2023. Disponível em: <https://hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/467/467.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2025.

SILVA, J. S. J. Retorno ao trabalho após afastamento de longa duração por transtornos mentais: um estudo longitudinal com trabalhadores do mercado formal. 2017. Tese (Doutorado em Saúde Ambiental) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6134/tde-17042017-093730/>. Acesso em: 23 ago. 2025.

SILVA, J. S. B. et al. Escala de estado funcional no pós-COVID-19: uma revisão integrativa. **Perspectivas Experimentais e Clínicas, Inovações Biomédicas e Educação em Saúde**, v. 9, n. 1, p. 34-46, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/pecibes/article/view/1832>. Acesso em: 24 jun. 2025.

SILVA, L. M. M. Mobilização precoce no paciente crítico. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 12, n. 5, p. e18312541701, 2023. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/41701>. Acesso em: 23 ago. 2025.

SILVA, R. O. et al. Avaliação da qualidade de vida com o instrumento SF-36 durante a pandemia do COVID-19: um estudo piloto. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, p. e17210917596, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17596>. Acesso em: 24 jun. 2025.

SILVA, T. M. R. et al. Vacinas contra a COVID-19: principais plataformas e bases imunológicas. Brasília: Editora ABEn, 2021. p. 41–51. Disponível em: <https://publicacoes.abennacional.org.br/ebooks/e8-vacina-cap5>. Acesso em: 17 jul. 2025.

SILVEIRA, M. I. B.; et al. Barreiras e facilitadores ambientais: impactos na funcionalidade de pessoas idosas institucionalizadas e da comunidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 28, e240181, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562025028.240181.pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/km8ZKk7D8Q79G4TCh5ypjxM/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 2 ago. 2025.

SOARES, M. M. et al. A importância de hábitos saudáveis e adequados na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 12, n. 1, p. e18012139295, 2023. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/39295>. Acesso em: 2 ago. 2025.

SOUZA, A. A. et al. Saúde do trabalhador: o pensar da enfermagem no enfrentamento da pandemia de COVID-19. **Revista Nursing**, v. 25, n. 291, p. 8254-8265, ago. 2022. Disponível em: <https://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2663>. Acesso em: 27 jan. 2023.

SOUZA, B. R. et al. Doenças crônicas pregressas e sua relação com a infecção por COVID-19. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 2, p. 361–362, 2022.

Disponível em: <https://abccardiol.org/article/doencas-cronicas-pregressas-e-sua-relacao-com-a-infeccao-por-covid-19/>. Acesso em: 2 ago. 2025.

SOUZA, C. M. M. et al. Social environmental vulnerability approach on the COVID-19 epoch: a case study in Blumenau (SC), Brazil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, p. e161101018739, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18739>. Acesso em: 21 abr. 2025.

SOUZA, F. R. et al. Physical activity decreases the prevalence of COVID-19-associated hospitalization: Brazil EXTRA study. 2020. Disponível em: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.10.14.20212704>. Acesso em: 28 jul. 2025.

SOUZA, M. O. et al. Impactos da COVID-19 na exclusão cardiorrespiratória: exercícios funcionais e atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 25, p. 1–5, 2020. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14428>. Acesso em: 2 ago. 2025.

TEIXEIRA, M. Z. Tratamento homeopático e prevenção da COVID-19: protocolo de pesquisa clínica para avaliar a eficácia e a segurança do medicamento do gênio epidêmico. **Revista de Homeopatia – APH**, v. 83, n. 3-4, 2022. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/04/1402357/aph-revista-83-nr-3-4-artigo-5-p79a107-rev_c-nov-22344.pdf. Acesso em: 3 abr. 2025.

TIWARI, et al. Formulation of an oxygen policy to ensure adequate supply of oxygen reserves during the second wave of COVID-19 pandemic. **Medical Gas Research**, jan./mar. 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9480355/>. Acesso em: 27 jan. 2023.

TULIO, A. I. B.; et al. Efeitos da reabilitação pulmonar em pacientes com síndrome pós-COVID-19 aguda: estudo quase-experimental. **Cogitare Enfermagem (Online)**, Curitiba, v. 30, e95867, 2025. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/95867>. Acesso em: 28 jul. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade (PPG-DTECS): Apresentação. Disponível em: <https://ppg-dtecs.unifei.edu.br/>. Acesso em: 14 ago. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. Saúde e sociedade. Organização de Paola Trindade Garcia et al. São Luís: EDUFMA, 2015. 82 p. (Cadernos de Saúde da Família, n. 1). ISBN 978-85-7862-451-4.

UNTERSMAIR, E. et al. Mecanismos imunológicos subjacentes à COVID longa: atualização do Collegium Internationale Allergologicum de 2024. **Arquivos Internacionais de Alergia e Imunologia**, v. 185, n. 5, p. 489–502, 2024. Disponível em: <https://karger.com/article/doi/10.1159/000535736>. Acesso em: 17 ago. 2025.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 525–531, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000400016&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 23 jun. 2025.

WALTRICK, M. S.; et al. Complicações cirúrgicas em pacientes idosos: prevenção e manejo. **Revista Brasileira de Implantologia e Ciências da Saúde**, v. 6, n. 9, p. 4059–4075, 2024. Disponível em: <https://bjhs.emnuvens.com.br/bjhs/article/view/2926>. Acesso em: 23 ago. 2025.

WARE, J. E. SF-36 Health Survey: manual & interpretation guide. Lincoln, RI: QualityMetric, 2000. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/247503121_SF36_Health_Survey_Manual_and_Interpretation_Guide. Acesso em: 23 ago. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 10 jun. 2025.

ZHOU, R.; LENG, Y.; LIU, B. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in vestibular rehabilitation. **Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi**, v. 57, n. 3, p. 367-372, mar. 2022. DOI: 10.3760/cma.j.cn115330-20210430-00244. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35325954/>. Acesso em: 27 jan. 2023.

ZUQUI, A. C. et al. Implantação de um protocolo de avaliação e acolhimento baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em um centro especializado de reabilitação. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 140–148, 2022. DOI: 10.11606/issn.2317-0190.v29i3a189769. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/189769>. Acesso em: 27 jan. 2023.

ZWECKER, M. et al. Determinants of quality of life in individuals with spinal cord injury using structural equation modeling. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 103, n. 12, p. 2375-2382, dez. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2022.06.009>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35810821/>. Acesso em: 27 jan. 2023.

APÊNDICE A – CARTA DE APRESENTAÇÃO DOS PESQUISADORES

CARTA DE APRESENTAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ CAMPOS ITAJUBÁ
PPG-DTECS - MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO, TECNOLOGIAS E
SOCIEDADE

ITAJUBÁ, 05 de OUTUBRO de 2023.

Prezado Senhor Dr Rodolfo Souza Cardoso,

Sou mestranda no Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento, tecnologias e Sociedade da Universidade Federal de Itajubá (UNIFEI) - Campus Itajubá e atualmente trabalhando em minha dissertação. Nesta atividade, orientada pelo professor Dr. Geraldo Fabiano de Souza Moraes, desenvolvo uma pesquisa científica cujo título é: "Capacidade funcional de indivíduos expostos a COVID-19 crítica: reinserção social sob a ótica de atores sociais" e, seus resultados interessam não apenas ao meio científico, mas poderá constituir-se em uma importante ferramenta de gestão para o setor de saúde pública.

Trata-se de um estudo cujos objetivos são avaliar o perfil de funcionalidade e participação social de indivíduos acometidos pela COVID-19 crítica; conhecer as características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos afetados pela COVID-19 crítica assistidos no Hospital de Clínicas de Itajubá; e promover reflexões por meio dos atores sociais sobre o tema.

O estudo consiste preliminarmente na análise da base de dados do Serviço de Controle de infecção hospitalar (SCIH), localização dos pacientes que foram acometidos pela forma crítica da COVID-19 por meio do acesso ao prontuário eletrônico, e posteriormente contata-los.

Considera-se que tal pesquisa contribuirá para a atualização do campo da saúde coletiva na medida em que se produzirão dados mais representativos e aprofundados sobre a vida cotidiana e, conseqüentemente, conhecimentos úteis para a elaboração de políticas de saúde que atendam às demandas desse enorme grupo de pessoas afetadas pela pandemia no Brasil.

Sendo assim, venho solicitar sua autorização para realizar a pesquisa dentro das instalações do Hospital de Clínicas de Itajubá, mais precisamente no Serviço de Controle de infecção hospitalar, liderada por V.Sª, a qual estou certa, muito se beneficiará dos resultados que posteriormente serão colocados à disposição do setor.

Atenciosamente,

Documento assinado digitalmente
gov.br VANESSA ROSA PEREIRA
Data: 05/10/2023 20:14:33 -0300
Verifique em: <https://validar.iti.gov.br>

Vanessa Rosa Pereira

**Mestranda do Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento,
tecnologias e sociedade da Universidade Federal de Itajubá (UNIFEI) –**

Campus Itajubá

Documento assinado digitalmente
gov.br GERALDO FABIANO DE SOUZA MORAES
Data: 05/10/2023 20:25:13 -0300
Verifique em: <https://validar.iti.gov.br>

Prof Dr Geraldo Fabiano de Souza Moraes

**Professor do Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento,
tecnologias e sociedade da Universidade Federal de Itajubá (UNIFEI) –**

Campus Itabira

Dr. Caspary Lisboa Neto
CRM: 37206
RQE: 42023
16.10.2023
aia b



Rodolfo S. Cardoso
Diretor Geral HCI

Agendo do Acordo Ju. Gazpary.
18/10/23

APÊNDICE B - TERMO DE ANUÊNCIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE ITAJUBÁ



TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, Dr Seleno Glauber de Jesus Silva, Vice-Diretor Técnico do Hospital de Clínicas de Itajubá (HCI) e Diretor Científico do Instituto de Ensino e Pesquisa, Empreendedorismo e Inovação (IEP-EI) do HCI, CNPJ: 21.040.696/0003-11, sendo isento de Inscrição Estadual e Inscrição Municipal, situado à Rua Miguel Viana, 420 – Bairro Morro Chic – Itajubá/MG, CEP: 37.500-080, venho por meio deste declarar que conheço o projeto e aceito a realização da pesquisa “Capacidade funcional de indivíduos expostos a COVID-19 crítica: reinserção social sob a ótica de atores sociais”, de autoria de Vanessa Rosa Pereira mestrandia do Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento, tecnologias e sociedade, sob orientação do Prof. Dr. Geraldo Fabiano de Souza Moraes, Fisioterapeuta e Professor da Universidade Federal de Itajubá (UNIFEI) - Campus Itabira. A pesquisa será realizada com indivíduos acometidos pela COVID-19 que serão recrutados através da base de dados do Serviço de Controle de infecção hospitalar (SCIH). Fui assegurado que será mantido o sigilo da empresa e dos trabalhadores envolvidos no estudo, conforme a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei no. 13.709/2018).

Itajubá, 01 de Outubro de 2023.

Assinado de forma digital
por SELENO GLAUBER DE
JESUS SILVA:64004007291
Dados: 2023.09.28 22:30:16
-03'00"
Versão do Adobe Acrobat:
2023.003.20244

Dr Seleno Glauber de Jesus Silva
CPF 640.040.072-91

Hospital de Clínicas de Itajubá – HCI
Rua Miguel Viana, 420, Morro Chic | Itajubá – MG | CEP 37501-064
Tel: (35) 3629-7600 www.hcitajuba.org.br

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº _____

PESQUISADORES ENVOLVIDOS:

Vanessa Rosa Pereira (pesquisador) e Prof. Dr. Geraldo Fabiano de Souza Moraes (orientadora)

TÍTULO DO PROJETO

“Capacidade funcional de indivíduos pós COVID-19 crítica: Resiliência na Recuperação sob a ótica dos atores sociais”

Informações

Você está sendo convidado a participar de um projeto de pesquisa de mestrado a ser desenvolvido na Universidade Federal de Itajubá (UNIFEI) no Programa de pós-graduação Desenvolvimento, tecnologias e sociedade para analisar como se deu o retorno aos papéis sociais dos indivíduos acometidos pela COVID-19 crítica.

Detalhes do estudo

O objetivo desta pesquisa é analisar, à luz da perspectiva de desenvolvimento humano e das dinâmicas sociais, o perfil de funcionalidade e a participação social de indivíduos acometidos pela COVID-19 crítica, considerando as interações entre condições de saúde, características socioeconômicas e processos de reintegração social; identificar as características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos acometidos pela COVID-19 crítica atendidos no Hospital de Clínicas de Itajubá; avaliar o perfil de funcionalidade e de participação social desses indivíduos, utilizando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde como referência.

Descrição dos testes a serem realizados

Caso você concorde em participar desta pesquisa irá fornecer algumas informações sobre suas características pessoais e sobre a sua saúde, respondendo a questionários específicos, bem como permitir o acesso ao prontuário eletrônico do Hospital das Clínicas de Itajubá para coleta de informações no período em que esteve internado(a) com diagnóstico de COVID-19.

Riscos

As informações acessadas no seu prontuário eletrônico do Hospital de Clínicas de Itajubá durante sua internação no período que você foi diagnosticado com COVID-19 serão utilizadas apenas para esta pesquisa e será garantida a confidencialidade de todas as informações por meio de um código que você receberá, não sendo identificado(a) nominalmente. Durante as perguntas do questionário pode ocorrer algum tipo de constrangimento ou desconforto no qual você tem o direito de não responder ou solicitar esclarecimentos. Para evitar sua identificação e risco de vazamento de dados, você receberá uma codificação dos documentos que você responderá, sendo que esta codificação será de conhecimento somente dos

pesquisadores e será destruída após a tabulação dos resultados. Desta forma, a sua resposta será mantida em sigilo por meio da não identificação pessoal. Além disso, será utilizado um código para a sua identificação, no qual somente você e os pesquisadores saberão o significado deste.

Benefícios

Embora os dados coletados neste estudo possa não beneficiar você diretamente, esta pesquisa proporcionará uma melhor caracterização do perfil das pessoas que tiveram COVID-19, a fim de determinar melhor as suas necessidades para desenvolver procedimentos e políticas públicas para redução ou eliminação de sequelas da doença e melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Confidencialidade

Como participante de pesquisa, sua privacidade será respeitada, seu nome e qualquer outro dado que possa lhe identificar serão mantidos em sigilo e utilização de código. Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade das informações, bem como a não exposição dos dados de pesquisa. Ao final da pesquisa, haverá a destruição de todas as informações após análise e descrição das informações.

Autonomia

Será garantida assistência a você durante toda a pesquisa, assim como o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos sobre o estudo e suas consequências, ou seja, tudo o que queira saber antes, durante e depois de sua participação. Você pode se recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento sem precisar se justificar, e, caso esta seja sua vontade, não sofrerá prejuízo algum na assistência recebida.

Natureza voluntária do estudo/ Liberdade para se retirar

A sua participação é voluntária e você tem o direito de se retirar da pesquisa por qualquer razão e a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Além disso, você poderá ser indenizado se, eventualmente, sofrer algum dano decorrente da pesquisa, bem como será garantido ressarcimento de gastos e despesas pessoais decorrentes desta pesquisa.

DECLARAÇÃO E ASSINATURA

Eu, _____ li e entendi toda a informação repassada sobre o estudo, sendo os objetivos e os procedimentos de coleta de dados que serão usados nesta pesquisa. Tive tempo, suficiente, para considerar a informação acima e, oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas. Estou assinando este termo voluntariamente e, tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que venha a ter com relação à pesquisa com os pesquisadores responsáveis.

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS:

Vanessa Rosa Pereira – Pesquisadora (35) 997236126

Prof Dr Geraldo Fabiano de Souza Moraes – orientador (31) 9952-2551

COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA da Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIT):
Av. Rennó Júnior, nº368, Bairro São Vicente, Itajubá/MG CEP 37502-138.

Telefone: (35) 31122220 Email: cep@fmit.edu.br

Assinando este termo de consentimento, eu estou indicando que eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura do participante

RG:

CPF:

End.:

Data:

Testemunha

RG:

CPF:

End.:

Data:

Assinatura do investigador

RG:

CPF:

End.:

Data:

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS			
Participante nº			() Desempregado
			() Aposentado
	() Feminino		() Assalariado com carteira assinada
Sexo	() Masculino	Situação profissional	() Assalariado sem carteira assinada
			() Trabalhador diarista sem vínculos
Idade	_____ Anos		() Empregado doméstico
	() Solteiro(a)	Profissão	_____
	() Casado(a)		
	() União Estável	Condições da habitação:	() Casa/apto próprio ou alugado com saneamento básico
Estado Civil	() Divorciado(a)		() Casa/apto próprio ou alugado sem saneamento básico
	() Viúvo(a)		
	() Analfabeto	Quantas pessoas residem com você	_____
	() Ensino fundamental incompleto		
	() Ensino fundamental completo		
	() Ensino médio incompleto		
	() Ensino médio completo	Renda mensal individual/familiar	R\$ _____
Escolaridade	() Ensino médio completo		—
	() Ensino Superior incompleto		() Tabagismo
	() Superior completo		() Alcoolismo
	() Pós graduação completa	Estilo de vida	() Drogas de abuso
	() Pós graduação incompleta		
	() Especialização		
	() Mestrado ()		

Número de Filhos/Enteados	Doutorado	Prática de exercício físico Que tipo de exercício ?	() Sim
			() Não
	_____		_____

APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES DE SAÚDE			
Participant e nº			() Não vacinado
Comorbidades prévias	() Não	Histórico de vacinação	() 1ª Dose
	() Sim: _____		() 2ª Dose
	_____		() 3ª Dose
	_____		() 4ª Dose
			() Bivalente
Uso de medicamentos contínuos	() Não	Tempo de internação	_____ dias de enfermagem
	() Sim: _____		_____ dias de UTI
	_____		_____ dias de ventilação mecânica

		Comorbidades adquiridas pós internação	_____

Sintomas Iniciais	() Febre	Necessidade de reabilitação ?	() Não
	() Cansaço		() Sim
	() Tosse seca		_____
	() Perda de paladar	Quanto tempo de reabilitação ?	_____
	() Perda do olfato		_____
		Que tipo de reabilitação ?	_____
	() Congestão nasal		_____
	() dor de garganta	Houve sequelas?	() Não
	() dor de cabeça		() Sim
	() dores nos músculos ou juntas		_____
() náusea, vômito e/ou diarreia	_____		
() Outros: _____	_____		

APÊNDICE F – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Instituição de origem do pesquisador: UNIFEI – Campus Itajubá

Curso: PPG em Desenvolvimento, tecnologias e sociedade – nível: Mestrado

Área de Conhecimento: Desenvolvimento e sociedade

Título do Projeto de Pesquisa: “Capacidade funcional de indivíduos expostos a COVID-19 crítica: reinserção social sob a ótica de atores sociais”

Pesquisador responsável: Vanessa Rosa Pereira

Professor Orientador: Geraldo Fabiano de Souza Moraes

Telefones para contato: (35) 997236126 / (31) 988502551

Local da Coleta de dados: Hospital de Clínicas de Itajubá.

O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- I. Preservar o sigilo e a privacidade dos sujeitos e/ou da empresa cujos dados (informações) serão estudados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para a execução do projeto de pesquisa em questão;
- III. Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa e/ou a empresa.
- IV. Assegurar que os resultados da pesquisa poderão ser acessados pela empresa na busca de aperfeiçoamento de suas políticas de saúde e qualidade de vida.

Os pesquisadores declaram ter conhecimento de que as informações pertinentes às técnicas e resultados do projeto de pesquisa somente podem ser acessados por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se aqueles os quais forem autorizados, por escrito, pelos dirigentes da empresa.

Itajubá, 05 de Outubro de 2023.

Documento assinado digitalmente
 **VANESSA ROSA PEREIRA**
Data: 05/10/2023 19:57:46-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Vanessa Rosa Pereira
RG 16704712

Documento assinado digitalmente
 **GERALDO FABIANO DE SOUZA MORAES**
Data: 05/10/2023 20:06:51-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Geraldo Fabiano de Souza Moraes
RG 3774296

ANEXO A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE PACIENTES



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE ITAJUBÁ – MG (HCI -MG)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE PACIENTES

Eu, Vanessa Rosa Pereira
venho requerer junto à Diretoria Geral HCI / Diretoria Científica IEP-EI/HCI da Associação de Integração Social de Itajubá, a autorização para coleta de dados nos arquivos do _____ com antecedência mínima de 05 dias úteis, objetivando o levantamento de dados para o projeto de pesquisa intitulado de "Capacidade funcional de indivíduos expostos a COVID-19: uma análise retrospectiva de dados" _____, estando ciente que serei responsável, preservando tudo o que pertencer ao referido setor, mantendo-o organizado e que também não reproduzirei cópias de vídeo ou fotográficas dos prontuários, e que as consultas serão na presença de funcionários do referido setor, sendo todas as informações coletadas guardadas em sigilo, como preconizam os documentos Internacionais e a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Estou ciente de que o descumprimento deste termo acarretará punições, bem como poderei ser acionado administrativamente e judicialmente para reparar qualquer dano ocasionado.

Itajubá (MG), _____ de _____ de _____.

Ciente e de acordo: Vanessa Rosa Pereira Tel. para contato: 35 997236126
Assinatura do Pesquisador(a)

AUTORIZAÇÃO:

Parecer da Diretoria Geral HCI / Diretoria Científica IEP-EI/HCI: ☒ deferido () indeferido

Assinatura e carimbo: _____

Dr. Seleno Glauber Silva
Diretor Científico IEP-EI
HCI - Itajubá-MG

Christiane Campos T. Capellini
Gerente da Gestão de Atendimento
Ouvidoria, SAC, PAREX, SAME e
Coordenadora Planeteer

Assinatura e carimbo do Gerente do SAME: _____

Assinatura e carimbo do Responsável pelo Serviço de Hemodinâmica: _____

Assinatura e carimbo do Responsável pelo Serviço de Diagnóstico por Imagem: _____

Assinatura e carimbo do Responsável pelo Serviço de Patologia: _____

Assinatura e carimbo do Responsável pelo Serviço de Laboratório Clínico: _____

Assinatura e carimbo do Responsável pelo Serviço de Cardiologia: _____

Assinatura e carimbo do Responsável pelo Serviço de Nefrologia e Hemodiálise: _____

Assinatura e carimbo do Responsável pelo Serviço de Cirurgia Cardiovascular: _____

Assinatura e carimbo do Responsável pelo Serviço de Oncologia: _____

Assinatura e carimbo do Responsável pelo Serviço de Cirurgia Bariátrica: _____

Assinatura e carimbo do Responsável pelo Serviço de Cirurgia Geral: _____

Assinatura e carimbo do Responsável pelo Serviço de Ortopedia e Traumatologia: _____

Assinatura e carimbo do Responsável pelo Serviço de Urgência e Emergência: _____

Assinatura e carimbo do Responsável pelo Serviço de Neurologia/ Neurointervenção: _____

Assinatura e carimbo do Responsável pelo Serviço de Transplante: _____

Assinatura e carimbo do Responsável pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar: _____

Assinatura e carimbo do Responsável pelo Setor de Agência Transfusional: _____

Assinatura e carimbo do Responsável pelo Setor de Clínica Médica: _____

ANEXO B – TERMO DE FORNECIMENTO DE DADOS PARA FINS DE PESQUISA CLÍNICA



TERMO DE FORNECIMENTO DE DADOS PARA FINS DE PESQUISA CLÍNICA

Através do presente instrumento, **HOSPITAL DE CLÍNICAS DE ITAJUBÁ**, com sede na cidade de Itajubá, estado de Minas Gerais, na Rua Miguel Viana, 420, Morro Chic, Itajubá/MG, inscrito no CNPJ 21.040.696/0003-11, mantido pela ASSOCIAÇÃO DE INTEGRAÇÃO SOCIAL DE ITAJUBÁ – AISI, aqui denominada como CONTROLADORA, fornece ao(s) pesquisador(es) Samira Rosa Lima

(qualificação) Samira Rosa Lima e Guilherme Roberto de Souza Amorim (qualificação) Guilherme Roberto de Souza Amorim, os dados pessoais e

dados sensíveis dos pacientes participantes do projeto de pesquisa intitulado Projeto: Capacidade funcional de indivíduos expostos a COVID-19
utilizando um questionário sobre a rotina de seus pacientes.

conforme disposto neste termo, com fundamentação no artigo 11, inciso II, alínea "c", da Lei 13.709/2018 (LGPD) e Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012:

Finalidade do Tratamento dos Dados

Os Dados Fornecidos serão utilizados exclusivamente para fins de realização do projeto supracitado, garantida a anonimização e confidencialidade dos dados pessoais sensíveis, e somente após a aprovação do mesmo pelo sistema CEP/CONEP.

Parágrafo Primeiro: Caso seja necessário o compartilhamento de dados com outros pesquisadores que não tenham sido relacionados nesse termo ou qualquer alteração contratual posterior, será ajustado novo termo de consentimento para este fim (§ 6º do artigo 8º e § 2º do artigo 9º da Lei nº 13.709/2018).

Responsabilidade pela Segurança dos Dados

O(s) pesquisador(es) se responsabiliza(m) integralmente e exclusivamente por manter medidas de segurança, técnicas e administrativas suficientes a proteger os dados pessoais dos Titulares e à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD), comunicando ao Titular, caso ocorra algum incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante, conforme artigo 48 da Lei nº 13.709/2018.

Parágrafo Primeiro: É vedado repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

O(s) pesquisador(es) deve(m) garantir a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas suas fases, conforme Seção IV.3, item e, da Resolução no. 466, de 12 de dezembro de 2012.

Itajubá/MG, 13 de setembro de 2023.

Assinaturas:

Dr. Seleno Glauber Silva
Diretor Científico IEP-EI
HC-Itajubá-MG

Responsável pela Controladora (c/ carimbo)

Pesquisador Responsável

Testemunhas:

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ITAJUBÁ (UNIFEI) 



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Capacidade funcional de indivíduos pós COVID-19 crítica: reinserção social sob a ótica de atores sociais

Pesquisador: Vanessa Rosa Pereira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 76859623.4.0000.0356

Instituição Proponente: Universidade Federal de Itajubá

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.738.490

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de caso, com abordagem exploratória descritiva que será realizado com indivíduos residentes em uma cidade do interior de Minas Gerais pós COVID-19 com diagnóstico de estado de saúde crítico, os quais foram assistidos em um hospital público local no período de março de 2020 até os dias atuais. A amostra será por conveniência e número de participantes será definido após análise do banco de dados do serviço

de controle de infecção hospitalar (SCIH). Os indivíduos serão identificados para participarem por meio da base de dados do SCIH do hospital público local. Foi apresentado este projeto de pesquisa aos gestores da instituição descrevendo a proposta do estudo (APÊNDICE A). Foi apresentado também o termo de anuência da instituição para realização do estudo no hospital (APÊNDICE B), o termo de autorização para utilização de dados de

paciente (ANEXO A) e o termo de fornecimento de dados para fins de pesquisa clínica (ANEXO B).

Os critérios de inclusão apresentados serão: ser maior que 18 anos; quaisquer sexos; indivíduos acometidos pela forma crítica da COVID-19; ter sido assistido no hospital público local e residir na cidade.

Serão excluídos os indivíduos que foram a óbito, aqueles que não residem mais na cidade ou que se encontrarem incapazes de responder aos questionamentos. O contato com os indivíduos elencados será feito via telefone ou meio telemático fornecido no registro da

Continuação do Parecer: 6.738.490

internação. Será elaborado um questionário (APÊNDICE D), a fim de caracterizar a amostra quanto ao sexo, idade, estado civil, escolaridade, número de filhos, situação profissional, profissão, condições da habitação, renda individual, renda familiar, hábitos de vida e prática de atividades físicas e um questionário (APÊNDICE E), a fim de caracterizar a amostra quanto a comorbidades prévias, uso de medicamentos contínuos, sintomas iniciais, histórico de vacinação, tempo de internação, comorbidades adquiridas pós-internação, necessidade de reabilitação e sequelas.

Complementarmente para coleta dos dados será utilizada a versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida SF-36 (ANEXO C) que avalia a qualidade de vida da população validado por Ciconelli et al (Ciconelli, 1999).

Inicialmente, todos os participantes serão esclarecidos quanto à proposta, do estudo e assinarão o Termo de consentimento livre e esclarecido. O estudo seguirá as normas e procedimentos de ética, sendo iniciado após encaminhamento e aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados serão tabulados pela planilha do Excel office para análise da distribuição de frequência das respostas nos itens abordados nos questionários. A comparação com outras variáveis categóricas será feita por meio de tabelas de contingência simultaneamente relacionando a frequência das mesmas. Será utilizado o teste Qui-quadrado para comparação de proporções. Os escores de pontuação dos domínios do SF-36 serão comparados com variáveis categóricas por meio do teste Kruskal-Wallis. A análise multivariada será feita por meio da regressão linear pelo software Statistical

Package for the Social Sciences. Esta pesquisa seguirá os preceitos éticos da Resolução 466/12, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, a Resolução 580/18 que dispõe sobre as pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS), ambas do Conselho Nacional da Saúde, a Carta Circular no. 039/2011/CONEP/CNS/GB/MS que trata do uso de dados de prontuários para fins de Pesquisa e a Lei No 13.709, DE 14 de agosto de 2018 (LGPD) que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais.

No que diz respeito ao consentimento para tratamento de dados, o HCl no ato da hospitalização, fornece um documento (ANEXO D) que deve ser assinado pelo paciente ou responsável onde informa que ao assinar o indivíduo está ciente que a instituição passa a ser controladora dos seus dados pessoais. Assim, munida de toda documentação para utilização de dados de paciente, as informações que serão acessadas estarão seguras em consonância com a legislação.

Endereço: Av. BPS 1303 Bairro: Pinheirinho Prédio da Administração Central 4º Andar PRPPG Sala do CEP UNIFEI
Bairro: Pinheirinho CEP: 37.500-903
UF: MG Município: ITAJUBA
Telefone: (35) 3366-0336 E-mail: cep@unifei.edu.br

Continuação do Parecer: 6.738.490

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o perfil de funcionalidade e participação social de indivíduos acometidos pela COVID-19 crítica

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Um dos principais riscos atribuídos à pesquisa seria o vazamento dos dados dos participantes da pesquisa. No entanto, os pesquisadores propuseram uma forma de minimizar este risco atribuindo um código a cada participante e destruindo os dados iniciais. Embora os dados coletados neste estudo possa não beneficiar o indivíduo diretamente, esta pesquisa proporcionará uma melhor caracterização do perfil das pessoas que tiveram COVID-19, a fim de determinar melhor as suas necessidades para desenvolver procedimentos e políticas públicas para redução ou eliminação de sequelas da doença e melhoria da qualidade de vida das pessoas, favorecendo assim a sociedade como um todo. Os riscos que este estudo acarretará são mínimos sem consequências que interfiram nas atividades físicas e/ou intelectuais de rotina, da forma em que os dados serão tratados e se seguido a metodologia apresentada no protocolo de pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é de extrema importância para avaliar o prejuízo da capacidade funcional e implementação de intervenções de recuperação em longo prazo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos documentos necessários foram apresentados adequadamente, a saber: o delineamento experimental, projeto de pesquisa, folha de rosto, cronograma, termo de anuência TAI, termo de confidencialidade e o TCLE, o qual foi ajustado adequadamente atendendo as solicitações do CEP expressas pelo último parecer do projeto.

Recomendações:

O CEP recomenda aprovação da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. BPS 1303 Bairro: Pinheirinho Prédio da Administração Central 4º Andar PRPPG Sala do CEP UNIFEI
Bairro: Pinheirinho CEP: 37.500-903
UF: MG Município: ITAJUBA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ITAJUBÁ (UNIFEI)



Continuação do Parecer: 6.738.450

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2250889.pdf	02/04/2024 08:13:23		Aceito
Parecer Anterior	Ao_Comite_de_Etica_em_Pesquisa_da_UNIFEIassinado.pdf	02/04/2024 08:13:08	Geraldo Fabiano de Souza Moraes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_brochura_investigador.pdf	09/03/2024 18:01:45	Vanessa Rosa Pereira	Aceito
Brochura Pesquisa	Brochura_pesquisa_corrigido.pdf	09/03/2024 17:57:04	Vanessa Rosa Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CORRIGIDO.pdf	09/03/2024 17:56:05	Vanessa Rosa Pereira	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_6692320.pdf	09/03/2024 17:02:47	Vanessa Rosa Pereira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	09/03/2024 17:01:46	Vanessa Rosa Pereira	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_Vanessa_assinado_assinado.pdf	30/11/2023 19:48:31	Vanessa Rosa Pereira	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	23/11/2023 09:06:17	Vanessa Rosa Pereira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisadores.pdf	23/11/2023 09:04:50	Vanessa Rosa Pereira	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

ITAJUBA, 02 de Abril de 2024

Assinado por:
ROSSANO GIMENES
(Coordenador(a))

ANEXO D - VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelent e	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividade s	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
--	-----	-----

a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhum	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Algum a parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS

		AISI - ASSOCIAÇÃO DE INTEGRAÇÃO SOCIAL DE ITAJUBÁ Rua: Miguel Viana, 420 - Bairro: Morro Chic - Cidade: Itajubá - Estado: MG
TERMO DE COMPROMISSO PARA ACOMPANHAMENTO		
Pelo presente termo fica estabelecido que o paciente que tiver direito a acompanhante, e este não cumprir com as normas do HOSPITAL DE CLÍNICAS DE ITAJUBÁ mencionadas no Guia do "Prezado Usuario, Acompanhante e Visitante", fornecido no ato da internação, o paciente perderá o direito do acompanhamento, não sendo permitido a substituição. Para que todo o trabalho aconteça de maneira humanizada, a sua compreensão é fundamental.		
Termo de Consentimento para Tratamento de Dados		
Iremos realizar a coleta e tratamento de alguns dados pessoais, com finalidade específica, em conformidade com a Lei nº 13.709 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), e para tanto solicitamos sua autorização. O HCI fica autorizado a tomar decisões referentes ao tratamento dos seus dados pessoais. No nosso Hospital, privacidade, segurança e transparência são valores fundamentais e sempre adotaremos as melhores práticas para garantir a confidencialidade e integridade dos seus dados pessoais. Por isso, desenvolvemos esse Termo de consentimento, a fim de explicar, de uma forma clara, simples e objetiva, as nossas práticas, como os seus dados pessoais são tratados e por que os solicitamos. Ao aceitar esse Termo, você está ciente de que a controladora dos seus dados pessoais, ou seja, a empresa responsável por tomar as decisões sobre o tratamento dos seus dados pessoais, será o Hospital de Clínicas de Itajubá, CNPJ nº 21.040.696/0003-11, com sede na Rua Miguel Viana, 420 – Morro Chic, Itajubá – MG, telefone: 35 3629-7600, e-mail administracao@hicitajuba.org.br, doravante denominado Controlador. Acesse nosso site, onde encontrará todas as informações sobre a Política de Privacidade: https://www.hicitajuba.org.br/.		
Ciente deste Termo Assino o Presente		
Responsável: _____	Responsável: _____ RG: _____	
ITAJUBÁ,		
Paciente: _____ Convênio: _____	Atendimento: _____	Prontuário: _____