

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Bianca Tomi Rocha Suda

A pandemia de Covid-19 e os serviços de reabilitação
para pessoas com deficiência no SUS

São Paulo

2024

BIANCA TOMI ROCHA SUDA

A pandemia de Covid-19 e os serviços de reabilitação
para pessoas com deficiência no SUS

Versão revisada

Dissertação apresentada à Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Mestre em
Ciências.

Área de Concentração: Saúde Pública

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Aylene Bousquat

São Paulo

2024

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Suda, Bianca Tomi Rocha

A pandemia de Covid-19 e os serviços de reabilitação para pessoas com deficiência no SUS / Bianca Tomi Rocha Suda; orientadora Aylene Bousquat. -- São Paulo, 2024.

135 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2024.

1. Saúde da Pessoa com Deficiência. 2. Covid-19. 3. Acesso aos Serviços de Saúde. 4. Centros de Reabilitação. I. Bousquat, Aylene, orient. II. Título.

DEDICATÓRIA

A meu pai, com saudades, admiração e profunda gratidão por seu esforço e dedicação incansáveis para que eu pudesse chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dr.^a Aylene por ter conduzido este processo com tamanha grandeza, sensibilidade e generosidade.

Ao Paulo por ser uma referência para a pesquisa e para minha vida.

Aos amigos e companheiros de luta no SUS pelo incentivo a acreditar que o progresso é possível.

À minha família, mamãe, Amanda, Cinthia e Gabriel pelo cuidado, companhia e paciência durante toda a caminhada.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação e do Ministério da Saúde pelo apoio financeiro para a realização a pesquisa. “Desafios da implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em diferentes contextos regionais: abordagem multidimensional e multiescalar”, por meio da chamada MS-SCTIE-DECIT/CNPQ Nº35/2018.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pelo apoio ao programa de Pós-Graduação.

RESUMO

Introdução - A pandemia de Covid-19 trouxe impactos significativos para a rede de serviços de saúde e afetou, sobremaneira, os cuidados em saúde para pessoas com deficiência (PCD). **Objetivo** - Analisar o impacto da pandemia no funcionamento dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) no SUS e os fluxos assistenciais percorridos por usuários com Síndrome Pós-Covid19. **Método** - O estudo foi composto por duas partes complementares. A primeira, focada nos efeitos da pandemia para cuidados às PCD, utilizou método misto composto pela análise da variação da produção ambulatorial dos CER, entre março/2019 a dezembro/2021, cotejando tais resultados com as percepções de gestores e profissionais de reabilitação de CER aferidas por *websurvey*. Foram calculadas as médias mensais de 247 procedimentos, para o ano anterior à pandemia, primeiro e segundo anos de pandemia. No *websurvey* foram investigados: funcionamento e organização dos serviços; reabilitação Pós-Covid-19; ações de apoio aos usuários e profissionais; estratégias e desafios vivenciados. A segunda parte analisou itinerários terapêuticos de residentes no município de São Paulo, com necessidade de reabilitação pós-Covid-19, atendidos por um CER, até a saturação de conteúdo nas narrativas. Os relatos foram transcritos e analisados segundo as dimensões: do adoecimento ao diagnóstico; internação hospitalar; cuidados após alta e reabilitação, com identificação de barreiras, facilitadores e estratégias para a garantia do acesso e da continuidade do cuidado. **Resultados** - Verificou-se impacto significativo sobre a produção ambulatorial dos CER brasileiros, com redução de 33,3% do total de procedimentos registrados entre o primeiro ano de pandemia e o ano anterior, com maior prejuízo para atividades em grupo, terapias visuais e visitas domiciliares, e com aumento de 104,1% de procedimentos de Fisioterapia Cardiorrespiratória. No *websurvey*, foram relatadas a descontinuidade da assistência e a necessidade de modificações estruturais e organizacionais como: reorganização de atendimentos; criação de critérios de priorização; introdução de telerreabilitação; e disponibilização de capacitações. Embora metade dos CER já atendessem pessoas com sequelas de Covid-19, nem todos haviam sido instrumentalizados para esta demanda. O estudo dos itinerários pós-covid19 demonstrou que a implantação do protocolo pós-covid19 ocorreu heterogeneamente nos serviços de São Paulo. Observaram-se barreiras para o

diagnóstico, estrutura insuficiente para desospitalização e limitações ao acompanhamento após alta na atenção primária e especializada. A existência de diretriz assistencial e o vínculo com UBS figuraram como facilitadores para a obtenção de cuidados no início do quadro clínico de COVID e para reabilitação. O tempo de espera para reabilitação não foi determinado pela gravidade dos casos e se constatou cuidado fragmentado com priorização de terapias físicas em detrimento das demais, além de insuficiente suporte social. Como estratégias individuais se destacaram os contatos pessoais e fluxos informais de acesso. **Conclusão** – Impuseram-se importantes desafios para a manutenção da assistência para PCD durante a pandemia, assim como para o atendimento de novas demandas dela advindas. Essas questões se somam a limitações prévias da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, assim como a negligência de demandas de reabilitação nos planos de contingência, bem como a insuficiência de desenvolvimento de estratégias de enfrentamento específicas e inclusivas.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Centros de Reabilitação; Covid-19; Saúde da Pessoa com Deficiência

ABSTRACT

The Covid-19 pandemic and rehabilitation services for people with disabilities in the SUS

Introduction - The Covid-19 pandemic has had a significant impact on the health services network and has greatly affected health care for people with disabilities (PWD). **Objective** - To analyze the impact of the pandemic on the operation of Specialized Rehabilitation Centers (CER) in the SUS and the care flows carried out by users with Post-Covid-19 Syndrome. **Method** - The study consisted of two complementary parts. The first, focused on the effects of the pandemic on PCD care, used a mixed method consisting of an analysis of the variation in the outpatient production of CERs, between March/2019 and December/2021, comparing these results with CER managers and rehabilitation professionals' perceptions measured by websurvey. The monthly averages of 247 procedures were calculated for the year before the pandemic, the first and second years of the pandemic. The web survey investigated: operation and organization of the services; post-Covid-19 rehabilitation; actions to support users and professionals; strategies and challenges experienced. The second part analyzed the therapeutic itineraries of residents of the city of São Paulo who needed rehabilitation after COVID-19 and were assisted by a CER, until the content saturation of the narratives. The accounts were transcribed and analyzed according to the following dimensions: illness to diagnosis; hospitalization; post-discharge care and rehabilitation, identifying barriers, facilitators and strategies to ensure access and continuity of care. **Results** - There was a significant impact on the outpatient production of brazilian CER, with a 33.3% reduction in the total number of procedures recorded between the first year of the pandemic and the previous year, with greater damage to group activities, visual therapies and home visits, and a 104.1% increase in cardiorespiratory physiotherapy procedures. In the web survey, the discontinuity of care and the need for structural and organizational changes were reported, such as: reorganizing care, creating prioritization criteria, introducing telerehabilitation, and providing training. Although half of the CERs already cared for people with Covid-19 sequelae, not all had been structured for this demand. The study of post-Covid-19 itineraries showed that implementation of the post-Covid-19 protocol occurred heterogeneously in the São Paulo services. There were barriers to diagnosis,

insufficient structure for de-hospitalization and limitations to follow-up after discharge in primary and specialized care. Care guidelines and the UBS binding facilitated access to initial Covid-19 care and rehabilitation. Waiting time for rehabilitation was not determined by the severity of the cases and fragmented care was found, with physical therapies being prioritized over others, as well as insufficient social support. Personal contacts and informal access flows stood out as individual strategies. **Conclusion** - This study demonstrates major challenges in maintaining care for PCD during the pandemic, also meeting the new demands arising from it. Additionally, there are previous limitations on the Care Network for People with Disabilities, besides the neglect of rehabilitation demands in contingency plans and the lack of inclusive coping strategies.

Keywords: Rehabilitation Centers. Unified Health System. Health Services for Persons with Disabilities. Accessibility. COVID-19.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Gráfico de percepção dos gestores sobre quanto as atividades realizadas nos CER foram afetadas pela pandemia de Covid-19.....**58**
- Figura 2** - Representação da linha do tempo dos Itinerários Terapêuticos com identificação das etapas de cuidado ao longo dos meses.....**70**
- Figura 3** - Mapa dos equipamentos de saúde acessados nos itinerários terapêuticos, por tipo e localização.....**72**
- Figura 4** - Reprodução de itinerários com fluxos assistenciais “lineares” entre o diagnóstico e a reabilitação.....**75**
- Figura 5** - Reprodução de itinerários com fluxos assistenciais “triangulares” entre o diagnóstico e a reabilitação.....**77**
- Figura 6** - Representação de itinerários com fluxos assistenciais “irregulares” entre o diagnóstico e a reabilitação.....**79**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características dos CER analisados quanto à localização, classificação e natureza administrativa.....	55
Tabela 2 - Número médio mensal de procedimentos realizados nos CER segundo tipo.....	56
Tabela 3 - Número médio mensal de procedimentos realizados nos CER segundo categoria profissional.....	57
Tabela 4 - Modificações realizadas no funcionamento das unidades e nas equipes de reabilitação dos CER, segundo gestores e profissionais de reabilitação.....	60
Tabela 5 - Disponibilidade de recursos para telerreabilitação segundo gestores e profissionais de reabilitação dos CER brasileiros.....	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Blocos de questões do <i>websurvey</i> sobre o impacto da pandemia sobre os CER, organizados por núcleos temáticos.....	47
Quadro 2 - Dimensões de análise dos itinerários terapêuticos e seus componentes.....	50
Quadro 3 - Caracterização dos entrevistados dos Itinerários Terapêuticos sobre Síndrome Pós-covid19.....	69

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro(s) de Atenção Psicossocial
CER	Centro(s) Especializado(s) em Reabilitação
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIF	Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
Covid-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPM	Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção
PCD	Pessoa(s) com deficiência
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RCPD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
SARS-Cov2	Coronavírus da síndrome do desconforto respiratório agudo 2
SUS	Sistema Único de Saúde
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA	Transtorno do Espectro Autista
UBS	Unidade(s) básica(s) de saúde
UTI	Unidade(s) de Terapia Intensiva

APRESENTAÇÃO

Apresento brevemente minha trajetória profissional até o mestrado acadêmico. Sou fisioterapeuta, graduada pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 2011. Tive experiências em diferentes campos da assistência, sempre no SUS. Atuei em atenção primária à saúde e atenção hospitalar na Baixada Santista, durante residência multiprofissional em saúde coletiva, em atenção domiciliar pelo Melhor em Casa no município de Mauá (região metropolitana de São Paulo), e reabilitação física especializada no município de São Paulo, onde atuo como servidora pública desde 2014. No último ano passei por uma transição de carreira e passei a atuar na gestão, lotada na Assessoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Comecei a me aproximar do grupo de pesquisa coordenado pela Prof.^a Dr.^a Aylene Bousquat, em 2018, motivada pela necessidade de compreender mais profundamente as relações entre políticas públicas, gestão em saúde e as dificuldades enfrentadas no cotidiano assistencial. E ingressei no programa de pós-graduação em Saúde Pública em 2020.

A presente investigação se insere no projeto de pesquisa *“Desafios da implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em diferentes contextos regionais: abordagem multidimensional e multiescalar”*, financiada com recursos provenientes do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) e do Ministério da Saúde, por meio da Chamada MS-SCTIE-DECIT/CNPQ N°35/2018.

O projeto aprovado neste edital teve como objetivo contribuir na produção de inovação tecnológica e conhecimento científico em políticas públicas voltadas às pessoas com deficiência, apresentando as influências dos determinantes políticos, estruturais e organizacionais no grau de implementação e no funcionamento desta rede temática. Também foram investigados fatores como sua articulação com as demais redes de atenção e com o processo de construção das regiões de saúde.

Durante o desenvolvimento da pesquisa, ocorreu a chegada da pandemia de Covid-19 no Brasil e com ela a necessidade de obter informações e produzir conhecimento sobre os cuidados específicos deste público em tempos de crise. Desta forma, optou-se por introduzir um novo objetivo à pesquisa, que se traduz na presente dissertação.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	15
1.1	A pandemia de Covid-19 e o cenário brasileiro	16
1.2	Iniquidades sociais durante a pandemia	19
1.3	Deficiências e políticas públicas	22
1.4	Covid-19 e o impacto para pessoas com deficiência	27
1.5	Serviços de reabilitação para PCD durante a pandemia	32
1.6	Consequências prolongadas da Covid-19 e reabilitação	35
1.7	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS antes e durante a pandemia	38
2.	OBJETIVOS	43
2.1	Objetivo geral	43
2.2	Objetivos específicos	43
3.	MÉTODO	44
3.1	PARTE I - Produção Ambulatorial e <i>Websurvey</i>	45
3.2	PARTE II - Itinerários Terapêuticos	50
3.3	Contextualização do funcionamento da RCPD no campo de estudo	54
3.4	Aspectos Éticos	57
4.	RESULTADOS PARTE I - Produção Ambulatorial e <i>Websurvey</i>	58
5.	DISCUSSÃO PARTE I - Produção Ambulatorial e <i>Websurvey</i>	67
6.	RESULTADOS E DISCUSSÃO PARTE II - Itinerários Terapêuticos	72
6.1	Do adoecimento à busca pelo diagnóstico	76
6.2	Na internação hospitalar	83
6.3	Após a alta hospitalar	85
6.4	Reabilitação Pós-Covid19	89
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
7.1	Recomendações para as políticas públicas	103
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
	APÊNDICE A	121
	APÊNDICE B	129
	APÊNDICE C	134

1. INTRODUÇÃO

A pandemia de Covid-19 se estabeleceu como um desafio sem precedentes para a ciência, para os sistemas de saúde e para a sociedade, cobrando respostas diversas e localmente direcionadas, numa velocidade nunca antes colocada, e com a missão de equacionar as novas necessidades de saúde entre demandas individuais e coletivas ⁽¹⁾. Dentre os diversos impactos para os sistemas de saúde, as dificuldades na garantia da continuidade dos cuidados para pessoas com deficiência (PCD) e incapacidades funcionais, incluindo a reabilitação, foi pouco analisada pelos pesquisadores no Brasil.

Embora muitos estudos continuem sendo publicados com o intuito de documentar as respostas de enfrentamento à pandemia do novo coronavírus e subsidiar a preparação dos sistemas de proteção social para futuras emergências, especificidades sobre populações mais vulneráveis aos seus efeitos, como é o caso das PCD, estiveram menos presentes no cerne das discussões acadêmicas e políticas.

Pretende-se, com esta investigação, trazer à tona as particularidades da atenção à PCD no Sistema Único de Saúde (SUS) durante o contexto da pandemia de Covid-19 e, desta forma, contribuir para a informação e para o fortalecimento de políticas de saúde locais no enfrentamento dos efeitos da pandemia para que reduzam as iniquidades exacerbadas por esta crise.

A seção introdutória deste trabalho abordará: o panorama sobre a epidemia de Covid-19 no Brasil e aspectos sobre seu enfrentamento no nível local; informações sobre os efeitos da pandemia para populações vulneráveis e as iniquidades por elas vividas; questões sobre as concepções de deficiência e sua interface com a política pública de saúde brasileira; apontamentos sobre como a pandemia afetou especificamente a população que vive com algum tipo de deficiência; dados sobre o funcionamento de serviços de reabilitação no mundo durante a pandemia e a influência dos agravos da Covid-19 sobre os mesmos; além da contextualização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) sob este prisma.

1.1 A PANDEMIA DE COVID-19 E O CENÁRIO BRASILEIRO

A *Coronavirus Disease 2019* (Covid-19) é caracterizada como doença infecciosa provocada pelo novo coronavírus ou coronavírus da síndrome do desconforto respiratório agudo 2 (SARS-Cov2), cursando com variadas apresentações clínicas que vão desde assintomáticas, quadros de síndrome gripal até quadros graves de pneumonia que podem cursar com síndrome de desconforto respiratório agudo grave e morte ⁽²⁾.

Atualmente são também conhecidas as complicações inflamatórias agudas decorrentes da toxicidade viral e que acometem sistemicamente o organismo humano, ocasionando mecanismos de lesão endotelial e microvascular, que resultam em diferentes comprometimentos ⁽³⁻¹⁰⁾. Reconhece-se, também, a possibilidade e a relevância da persistência prolongada de sintomas ^(11,12) e a necessidade de cuidados em reabilitação após a doença ⁽¹³⁻¹⁷⁾.

O primeiro surto de transmissão foi relatado em Wuhan, capital da província de Hubei, China, em dezembro de 2019 ⁽¹⁸⁾. O novo coronavírus foi, em seguida, sendo detectado em regiões da Europa como o norte da Itália e rapidamente chegou a diversas regiões do planeta ao nível de transmissão comunitária, levando à declaração de estado de pandemia mundial em 11 de março de 2020, pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Com o passar dos meses e as dificuldades para conter o avanço global do número de infectados, mutações gênicas originaram elevado número de variantes virais que aumentaram a transmissibilidade, morbidade e mortalidade, além de dificultar diagnósticos e reduzir a suscetibilidade a tratamentos medicamentosos direcionados à própria doença ⁽¹⁹⁾. Os piores picos de transmissão das curvas epidêmicas foram observados em: final de 2020, com as variantes alfa, beta e gama (ou P.1) emergentes do Reino Unido, África do Sul e Brasil, respectivamente ⁽²⁰⁾; sucedidas pela variante indiana delta, como a mais disseminada mundialmente em maio de 2021; e pela variante africana de alta transmissibilidade, ômicron, no final do mesmo ano ⁽²¹⁾. Ao longo de 2022, os alarmantes picos de morte por Covid-19 foram substituídos por acumulados numéricos mais lentos, com quantitativos totais muito significativos porém menos visados, pela mídia e pela sociedade, do que os dados

apresentados nos anos anteriores ⁽²²⁾. No segundo semestre de 2022, as preocupações globais se voltaram para a disseminação de sublinhagens da ômicron, denominadas BQ 1 e XBB, que passaram a apresentar mecanismos de evasão frente à proteção proporcionada menos imunizantes disponíveis, e se tornaram dominantes em relação às demais variantes ⁽²³⁾.

Segundo a OMS, até dezembro de 2022, foram reportados mais de 650 milhões de casos confirmados de infecção pelo novo coronavírus e mais de 6,6 milhões de mortes em todo o mundo. Deste total, mais de 185 milhões de casos confirmados e mais de 2,8 milhões de mortes ocorreram somente no continente americano ⁽²⁴⁾.

No Brasil, o primeiro caso confirmado de infecção ocorreu em 25 de fevereiro de 2020 e a primeira morte por Covid-19 foi documentada em 12 de março de 2020. No primeiro semestre de 2022, chegou a superar a altíssima taxa relativa de três mil mortes por milhão de habitantes ⁽²⁵⁾. O painel de dados da OMS indica que, até maio de 2023, quando oficialmente deixou de ser considerada uma emergência global, foram ultrapassados 37 milhões de casos confirmados e 700 mil mortes por Covid-19 no país ⁽²⁴⁾.

Estes trágicos números refletem as respostas de enfrentamento à pandemia adotadas pelo governo federal brasileiro, que foram mundialmente reconhecidas como desastrosas. Considerado, no primeiro semestre de 2021, como um epicentro mundial do surto da doença, líder de casos e de mortes, o país foi criticado por flexibilizar medidas sanitárias durante momentos de alta contaminação e pela postura indecorosa do chefe do poder executivo ao desencorajar a prevenção e o suporte adequado à população, incluindo a vacinação ^(26,27).

Apesar de, até o momento, não ter sido obtida tecnologia para a cura da doença, a eficácia das vacinas disponíveis para Covid-19 foi demonstrada para a proteção contra sintomas graves da doença, assim como para reduzir as taxas de transmissão ⁽²⁸⁾. Porém, persistem discrepâncias entre países a respeito da parcela populacional vacinada e com dificuldades adicionais nos países em desenvolvimento para aquisição de vacinas e insumos, logística de imunização e seu monitoramento ⁽²⁹⁾.

No Brasil, além de ter avançado lentamente, a vacinação foi implantada nacionalmente com critérios iniciais de priorização restritivos a faixa etária e presença de comorbidades, e com pouco alcance a fatores de risco como maior grau de exposição ou vulnerabilidade ⁽³⁰⁾. As PCD só passaram a ser mais amplamente elegíveis para a vacinação, a partir de maio de 2021, de acordo com o programa de imunização estabelecido pelo Ministério da Saúde ⁽³¹⁾, e com diferenças regionais e municipais nos critérios de inclusão e priorização.

A incompatibilidade entre os apontamentos técnico-científicos e as decisões políticas para o combate à pandemia no Brasil foi permeada por ideologias autoritárias que guiaram condutas passíveis de julgamento de desumanidade no âmbito ético, e de ilegalidade no âmbito jurídico ⁽³²⁾.

A análise comparada de respostas de enfrentamento à pandemia por diferentes países, conduzida por Machado e colaboradores ⁽³³⁾, demonstra que o Brasil apresentou, em termos de governança, desempenho ruim caracterizado por: fragilidades na liderança nacional, na coordenação federativa, e na articulação internacional; fragmentação entre medidas legais e normativas em todas as esferas de governo; e falhas nas estratégias de comunicação com a população. Em termos de medidas de contenção, o controle da mobilidade, a promoção de distanciamento físico e do uso de máscaras, o apoio à economia e ao emprego e a proteção social foram fragmentadas e insuficientes.

Apesar da vasta experiência de vigilância em saúde de um sistema público e universal, as ações de fortalecimento do SUS também falharam quanto aos investimentos em estrutura e pessoal, não priorização da Atenção Primária à Saúde (APS), além de insuficiência e desigualdade na distribuição de recursos, levando a rede de saúde de alguns estados e municípios à sobrecarga e ao colapso ⁽³⁴⁾.

Giovanella e colaboradoras (2020) destacam que, além do sucateamento de longa data e do atual modelo de desfinanciamento para a atenção primária à saúde que fragiliza o modelo assistencial de base territorial e comunitária, as medidas emergenciais como aporte de novos recursos para o plano de contingência também falharam em sua execução, no repasse para estados e municípios ⁽³⁵⁾.

Durante a Comissão Parlamentar de Inquérito que investigou as ações governamentais de combate à pandemia, verificou-se que mais de um terço (ou 22 bilhões de reais) do orçamento extraordinariamente aprovado pela União para 2020 não foi aplicado ⁽³⁶⁾.

Numa conjuntura absolutamente desafiadora, o adequado diagnóstico situacional em saúde e o planejamento de ações coordenadas no curto, médio e longo prazo eram essenciais para frear o aprofundamento da crise humanitária, e para a organização do Estado brasileiro para superar seus efeitos posteriores

1.2 INIQUIDADES SOCIAIS DURANTE A PANDEMIA

As iniquidades em saúde vivenciadas em situações de epidemia são historicamente relatadas. Assim como ocorreu com a gripe espanhola e a pandemia de Influenza H1N1, observam-se diferenças geográficas, étnicas e socioeconômicas na morbidade e mortalidade por Covid-19 reportadas internacionalmente ⁽³⁷⁾. Alguns autores defendem que há na atual pandemia uma natureza sindêmica, uma vez que as epidemias de doenças crônicas não transmissíveis, doenças tropicais e seus determinantes, num cenário global de sistemas sociais fragilizados, de crise econômica e ambiental, potencializam sinergicamente suas proporções ^(38,39). Tal relação se verifica pelos graves surtos de Covid-19 onde há maior densidade populacional e piores condições de moradia, baixa renda, e baixos níveis socioeconômico e educacional ⁽⁴⁰⁾.

Refutando a hipótese de que todos seriam impactados de maneira igual, direta e indiretamente pela pandemia de Covid-19, os determinantes sociais têm sido considerados elementos-chave para compreender os desdobramentos desproporcionais sobre grupos vulneráveis e marginalizados, e assim propor recomendações que evitem políticas excludentes e que produzam ações efetivas de proteção social ⁽⁴¹⁻⁴⁴⁾.

Os pesos dos diferentes contextos sociais acarretam em maior ou menor suscetibilidade potencial para populações em determinadas condições frente a um dado evento adverso como, neste caso, o impacto da pandemia. A essa plausibilidade

lógica, ou relação partes-todo, atribuída entre uma condição de risco e determinados grupos denomina-se vulnerabilidade. Incidir sobre as vulnerabilidades por meio de ações preventivas e de cuidado exige a formatação de respostas amplas, com mobilização de múltiplas e complexas frentes de atuação sobre as relações sociais, com vistas à defesa de compromissos universais de proteção, por meio de operacionalização adequadamente particularizada ⁽⁴⁵⁾.

Nas circunstâncias propícias à reprodução de condições de exceções e de segregação, contudo, por vezes foram adotados argumentos eugenistas nas ações empregadas pelos governos, de que a pandemia estaria conduzindo à morte somente aqueles que tinham problemas de saúde. Ou seja, com a responsabilização dos indivíduos por sua vulnerabilidade e na tentativa de minimizar a necessidade da adoção de medidas preventivas por toda a população. No entanto, as chamadas comorbidades são compreendidas como formas de espoliação da vida pelas condições sociais e indicam falhas na assistência, o que não legitima a isenção do Estado de suas responsabilidades na proteção dos mais vulneráveis ⁽⁴⁶⁾.

No caso brasileiro, a situação de crise humanitária que intensificou as iniquidades em saúde foi agravada pela posição do governo Bolsonaro de expor intencionalmente sua população mais vulnerável a entraves no acesso aos mecanismos de proteção e direitos sociais ⁽³⁵⁾. Esta estratégia biopolítica de gestão da pandemia pode ser entendida pelo conceito de necropolítica de Mbembe (2018)⁽⁴⁷⁾, para onde confluem o negacionismo científico, o autoritarismo e o discurso neoliberal ⁽⁴⁸⁾.

São elencados como alguns, dentre os vários, efeitos negativos da pandemia para as comunidades marginalizadas: restrição no acesso à assistência à saúde tanto para casos de Covid-19 quanto para outras demandas; limitado suporte social e econômico; piores prejuízos para a saúde mental ⁽³⁷⁾. Além disso, pode haver pior acesso à testagem diagnóstica e às vacinas por não integrarem grupos considerados prioritários e pela impossibilidade de receber informações claras e confiáveis de profissionais de saúde⁽⁴⁹⁾.

Baqui e colaboradores (2021) documentaram variações étnicas e regionais nas taxas de mortalidade hospitalar por Covid-19 no território brasileiro durante os meses

iniciais da pandemia. As regiões Norte e Nordeste do país foram as mais acometidas, provavelmente, segundo os autores, pela maior prevalência de comorbidades em localidades com piores índices de desenvolvimento econômico. Já os pardos e pretos estão entre os brasileiros que mais morrem em virtude da doença devido à maior suscetibilidade à infecção pelo coronavírus, por serem mais frequentemente submetidos a um alto grau de exposição, e ao fato de possuírem pior acesso à assistência à saúde ⁽⁵⁰⁾.

No município de São Paulo, observou-se que a maior mortalidade da população preta e parda por Covid-19 em relação à população branca também está presente sobretudo nos distritos periféricos, revelando o peso das características espaciais e sociais na perpetuação das iniquidades provenientes de um racismo estruturante ⁽⁵¹⁾.

O Reino Unido apresentou em seu painel de dados oficiais avaliações minuciosas e periódicas das condições de saúde locais para diversos grupos durante a pandemia, destacando pontos de vulnerabilidade social e indicações para atenção nas políticas de contingência. Especificamente para a categoria de PCD, os dados demonstraram que a taxa de mortalidade por Covid-19 chegou a ser até duas vezes maior do que para aqueles sem deficiência ^(52,53).

No Brasil, dados como a presença de deficiência não são obrigatórias nas notificações de casos suspeitos e confirmados, ou de mortes por Covid-19 em todos os estados, o que gera uma enorme dificuldade de produzir conhecimento a este respeito. Pesquisadores do estado do Espírito Santo, puderam verificar que a letalidade por Covid-19 também foi maior para PCD (4,9%) do que para pessoas sem deficiência (3%) no período estudado, e alertam para a invisibilidade dessa população na adoção de políticas públicas específicas ⁽⁵⁴⁾.

A condição de vulnerabilidade em situações de epidemias resulta da ausência ou insuficiência de proteção das pessoas na cadeia de risco composta pela instalação de um incidente crítico, a resposta adotada pelos agentes públicos e os resultados alcançados. As PCD compõem um grupo populacional que pode apresentar restritas capacidades sociais e contextuais de defesa frente a adoecimentos e agravos no cenário pandêmico, mas que, sobretudo, enfrenta consequências de uma vulnerabilidade programática, consequência da inadequação de políticas e do enfraquecimento ou da disfuncionalidade de instituições ⁽⁵⁵⁾.

A minimização dessas iniquidades deverá passar, portanto, pela formulação e incorporação de recomendações sensíveis e direcionadas às necessidades singulares dos indivíduos em condições de maior vulnerabilidade no centro da discussão dos planos de enfrentamento às pandemias, de outras situações excepcionais, mas também de políticas públicas transversais.

1.3 DEFICIÊNCIAS E POLÍTICAS PÚBLICAS

Para apresentar os impactos da pandemia para PCD é necessário contextualizar previamente os modelos de compreensão de deficiência que fundamentam as políticas públicas afins.

Nas sociedades primitivas e na Antiguidade Clássica há registros de que as deficiências eram interpretadas como incompatibilidade de condição de servir a sua comunidade, sendo comuns as práticas de eliminação e infanticídio. Na Idade Média, a concepção de deficiência carregava o viés cristão e místico que colocava a condição no campo do castigo divino, e ditava comportamentos sociais baseados ora na segregação ora na caridade ⁽⁵⁶⁾.

A ascensão do pensamento iluminista substituiu o foco espiritual dado à questão da deficiência para sua inserção no campo científico. Foram, então, adotadas práticas de institucionalização e, posteriormente, de experimentos médico-hospitalares e educacionais que buscavam compreender suas origens.

Já a partir do período pós-guerra, a deficiência passou a ser mais fortemente enquadrada pela ciência médica como característica física-biológica de anormalidade em relação ao corpo considerado ideal a ser retificada. Tal concepção induziu o desenvolvimento de teorias e práticas biomédicas voltadas exclusivamente para a correção desses supostos desvios, e que se propagam até os dias atuais ⁽⁵⁷⁾.

Durante muito tempo o tema da deficiência foi abordado prioritariamente com base nesses modelos biomédicos, segundo os quais as estruturas, funções e disfunções corporais determinam a presença e a classificação de deficiência, bem como caracterizavam alvos de medicalização, objetos de cura e despolitização da experiência ⁽⁵⁸⁾. Tal abordagem é permeada pelas concepções de normatividades e corponormatividades compulsórias, discutidas e desconstruídas por Leonnard Davis

(2006), segundo o qual a deficiência só se torna um “problema” devido à construção de nossas normas sociais ⁽⁵⁹⁾.

No contexto biomédico, os serviços de saúde teriam como função, sobretudo, garantir condições de reabilitação do corpo deficiente à condição social e culturalmente padronizada como normal.

A partir das décadas de 60 e 70, com o fortalecimento dos movimentos sociais de PCD, surgem os modelos sociais de concepção da deficiência que trouxeram à tona a compreensão deste fenômeno como um processo de opressão, dominação e exclusão social balizado pela imposição de padrões pelas pessoas sem deficiência sobre aqueles com deficiência. Esses chamados modelos sociais surgem como precursores críticos da perspectiva hegemônica vigente, com destaque para a cidadania, direitos e protagonismo das pessoas com deficiência.

Em 1983, Michael Oliver, sociólogo precursor dos notórios *disability studies* no Reino Unido na década de 80, afirma que a primeira modalidade de controle exercida sobre pessoas com deficiência seria a discriminação socioeconômica; e a segunda, a medicalização da deficiência e da subjetividade ^(60,61).

Com o avanço dessas compreensões, certa responsabilidade moral passa a ser compartilhada com a sociedade, retirando a responsabilização individual/familiar por uma readequação às demandas comunitárias. Alinhada a esta compreensão, surge a premissa de que a redução de barreiras sociais tais quais as ambientais, arquitetônicas e atitudinais poderiam promover efetiva participação na sociedade ⁽⁶²⁾.

Contudo, durante os anos de 1990 e 2000, uma segunda geração de estudiosas (prioritariamente mulheres) do modelo social passaram a questionar o discurso com enfoque na organização social em torno do trabalho e da independência. Criticaram, sobretudo, o pressuposto de que a eliminação de barreiras pudesse gerar capacidades produtivas igualmente a todos. E enfatizaram a necessidade de incluir no debate outros marcadores tais como: geração, gênero, etnia, classe social, religião e região. Tinham como objetivo ampliar as noções identitárias para estimular políticas mais inclusivas, que considerassem formas diversas de existência ⁽⁶³⁾.

Desenvolveram-se, inclusive, linhas teóricas críticas à hegemonia eurocêntrica dos *disability studies* por ditarem o debate e a formulação de políticas públicas na América Latina e outros territórios, desconsiderando o distanciamento epistemológico entre o Norte e o Sul global e as propostas de construção de conhecimentos menos dicotômicos, mais emancipatórios e decoloniais ⁽⁶⁴⁾.

Fica claro, portanto, a imprescindibilidade do olhar para a deficiência como um conceito em construção,

“como um processo que não se encerra no corpo, mas na produção social e cultural que define determinadas variações corporais como inferiores, incompletas ou passíveis de reparação/reabilitação quando situadas em relação à corponormatividade, isto é, aos padrões hegemônicos funcionais/corporais” (MELLO; NUERBERG, 2012, p.636) ⁽⁶⁵⁾.

No âmbito normativo e das políticas públicas, a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, pautando-se no modelo biopsicossocial que integra elementos dos modelos anteriores, restringiu seu objeto a:

“aqueles que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (BRASIL, 2011) ⁽⁶⁶⁾.

A OMS, por sua vez, considera que as definições de deficiência apresentam determinação histórica, sendo complexas, dinâmicas e multidimensionais ⁽⁶⁷⁾. Não seria possível, portanto, caracterizar de forma generalista e abstrata um grupo homogêneo de pessoas com deficiência, mas sim uma população composta por diversas singularidades socioculturais e ambientais, cujo contexto em que está inserida determinará seu grau de limitação e as possibilidades de enfrentamento ⁽⁶⁸⁾.

Tem-se que deficiência e incapacidade são intrínsecas à condição humana e grande parte das pessoas, em algum momento das suas vidas, irão experimentá-las de alguma forma, seja definitiva, momentânea ou intermitente ⁽⁶⁹⁾. Porém, as próprias terminologias empregadas para a definição de incapacidades e deficiências não são isentas de discussões e discordâncias teóricas.

A tradução da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da OMS adota o termo “incapacidade” enquanto equivalente a *disability*, ou seja, como referência ao resultado da interação de características do indivíduo ao contexto⁽⁷⁰⁾. Já o termo *impairment*, sinônimo de alterações de funções e estruturas corporais, foi traduzido para “deficiência”. No entanto, no âmbito das políticas e movimentos sociais de PCD no Brasil é historicamente empregado o termo deficiência como correspondente à *disability*.

Neste trabalho, a nomenclatura empregada estará alinhada com o uso normativo e político do termo “deficiência”. O emprego do conceito de incapacidade funcional, quando ocorrer, também respeitará a concepção biopsicossocial.

Dados do Relatório Mundial sobre a Deficiência da OMS de 2011 indicam que mais de um bilhão de pessoas viviam com alguma deficiência, o que representaria uma em cada sete pessoas no mundo ⁽⁶⁷⁾. Estes são dados aproximados, uma vez que muitos países sequer possuem pesquisas padronizadas para produção desse tipo de informação. De forma que, a falta de estatísticas sobre PCD contribui para a sua invisibilidade, assim como dificulta o planejamento e implementação de políticas de desenvolvimento que possam melhorar a qualidade de vida desta população.

Sabe-se que a ocorrência e o desenvolvimento de deficiências, sobretudo nos países em desenvolvimento, apresentam relação direta com insuficiência de condições básicas de vida tais quais: nutrição, renda, moradia e saneamento básico, segurança, acesso a serviços de saúde e equipamentos sociais ^(67,71). Ao mesmo passo, tem-se que as pessoas com deficiência que enfrentam dificuldades de acesso à educação, ao trabalho e a serviços especializados de reabilitação apresentam maior risco de vulnerabilidade social ⁽⁷²⁾.

A Organização das Nações Unidas (ONU) aponta que residem nos países em desenvolvimento 80% das pessoas com alguma deficiência. Constatou-se que o fator deficiência pode aumentar o custo de vida, em média, em cerca de um terço da renda, e que mais de 50% das PCD não conseguem pagar por serviços de saúde ⁽⁷³⁾.

A literatura demonstra que a deficiência está associada à pobreza e expõe os indivíduos à posição marginalizada na sociedade ⁽⁷⁴⁾. Pessoas com deficiência têm probabilidade quase três vezes maior de apresentar alguma doença associada, mas tem somente 1,4 mais vezes de receber tratamento, e vivenciam piores experiências de saúde do que as demais ⁽⁷⁵⁾.

Além do pior acesso aos serviços de saúde, incluindo os serviços especializados em reabilitação, também apresentam maiores dificuldades de acesso à educação e ao trabalho ^(76,77).

Segundo o módulo “Pessoas com Deficiência”, da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua de 2022, a prevalência de deficiência autorreferida foi de 18,6 milhões de pessoas acima de dois anos de idade no Brasil, representando 8,9% da população brasileira na mesma faixa etária. Destaca-se a maior prevalência para a região nordeste, de 10,3%, enquanto a região Sudeste teve o menor valor percentual, 8,2%. A taxa de analfabetismo para PCD foi de 19,5%, comparada a 4,1% para as pessoas sem deficiência. Da população com 25 anos ou mais que referiu

possuir deficiência, 63,3% não possuíam instrução ou tinham apenas o fundamental incompleto. Segundo o IBGE, o nível de participação na força de trabalho para a população sem deficiência é de 66,4%, e somente de 29,2% para PCD, sendo que 55% destas trabalham de maneira informal, e com rendimento médio real até 30% menor do que o restante da população economicamente ativa ⁽⁷⁸⁾.

Foram consideradas PCD aquelas que responderam “ter muita dificuldade” para a realização ou “não conseguir de modo algum” as seguintes atividades: andar ou subir degraus (3,4%); enxergar, mesmo usando óculos ou lentes de contato (3,1%); ouvir, mesmo usando aparelhos auditivos (1,2%); levantar uma garrafa com dois litros de água da cintura até a altura dos olhos (2,3%); pegar objetos pequenos ou abrir e fechar recipientes (1,4%); aprender, lembrar-se das coisas ou se concentrar (2,6%); realizar cuidados pessoais como tomar banho, calçar-se, pentear-se, escovar os dentes ou se vestir (1,2%) e se comunicar, compreender e ser compreendido (1,1%) ⁽⁷⁸⁾.

Embora os conceitos utilizados em grandes rastreamentos populacionais de nível nacional e internacional se aproximem mais dos modelos biomédicos da deficiência, estas pesquisas nos fornecem um panorama em relação ao tema. No geral, a coleta de informações se dá a partir de conceitos dúbios e se limitam ao relato da capacidade de executar ou não determinadas tarefas, restringindo a avaliação da deficiência ao desempenho corporal percebido. Considerando que é a partir destes dados que se formulam políticas públicas, faz-se necessário avançar também na ampliação da produção de informações sobre deficiência que sustentam ações de planejamento e monitoramento mais efetivas e abrangentes ⁽⁷⁹⁾.

Alavancada pela mobilização social, a questão da deficiência tem alçado, progressivamente, maior relevância para a organização social no país e, sobretudo, no debate das políticas de proteção social e de caráter distributivo. Para Diniz (2007, p.5), “O ponto de partida das negociações políticas deve ser o novo conceito de deficiência como instrumento de justiça social, e não somente como questão familiar ou individual” ⁽⁶²⁾.

1.4 COVID-19 E O IMPACTO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Por todos os elementos apresentados nos tópicos anteriores, as pessoas com deficiência se encontram entre aquelas mais suscetíveis às iniquidades em saúde e que podem ser mais gravemente afetadas pelo estado de emergência sanitária, bem como pelos seus desdobramentos ⁽⁸⁰⁾. Embora não haja um consenso de que a condição de deficiência, por si só, caracterize fator de risco para a infecção por SARS-Cov2, outras condições de saúde e de vida a ela associadas podem justificar a maior vulnerabilidade deste grupo ⁽⁸¹⁾.

Historicamente, os desastres e seus desdobramentos parecem afetar mais as PCD do que aquelas sem deficiência ⁽⁸²⁾. Em epidemias anteriores, ocorreu aumento acentuado de complicações relacionadas à doença infecciosa em curso, que se relacionam com a maior produção de deficiências ⁽⁸³⁾. Além disso, ocorrem agravos de outras doenças, para as quais os recursos de saúde se tornam menos disponíveis, o que também pode cursar com o desenvolvimento de incapacidades.

Alguns indivíduos que vivem com deficiências podem ter maior dificuldade para compreender e/ou seguir medidas preventivas como o uso de máscaras, evitar tocar superfícies potencialmente contaminadas e para fazer a adequada e frequente higiene das mãos. E ainda, quando a PCD apresenta algum grau de dependência funcional e necessita de cuidador, intérprete ou assistente pessoal se torna inviável realizar o distanciamento físico absoluto ⁽⁸⁴⁾.

Durante os meses iniciais da pandemia, eram mais frequentemente encontradas publicações na literatura cinzenta, artigos de perspectiva e opinião de autores e entidades correlatas com alertas à necessidade de políticas de enfrentamento e proposições de práticas mais inclusivas. Movimentos sociais de PCD, associações e especialistas defenderam o respeito aos direitos das PCD tanto quanto suas singularidades ⁽⁸⁵⁻⁸⁸⁾.

Somente a partir do segundo semestre de 2020 e durante 2021 foram publicados mais estudos científicos observacionais com dados sobre o impacto da Covid-19 para PCD e para serviços e ações de saúde a ela relacionados, assim como avaliações sobre os planos e diretrizes adotados.

Dados obtidos pelo Projeto de Pesquisa Telefônica de Alta Frequência (LAC HFPS) - PNUD América Latina e Caribe, entre julho e outubro de 2021, mostraram

que 7,3% dos domicílios brasileiros possuíam pelo menos um residente com deficiência. Mais da metade dessas famílias não era capaz de cobrir suas necessidades básicas (contra 40% das famílias sem pessoas com deficiência); 26,4% encontravam-se em situação de insegurança alimentar grave; e quando necessitaram de algum tipo de serviço de saúde durante a pandemia, somente um em cada dez entrevistados conseguiram acessar o serviço. O aumento da carga de trabalho com cuidados com o familiar com deficiência foi apontado por 52% dos entrevistados, o que dificulta sobremaneira a permanência no mercado de trabalho dos familiares ⁽⁸⁹⁾.

Estudo realizado no Reino Unido, entre fevereiro e abril de 2021, com PCD, cuidadores e instituições de PCD, demonstrou que este grupo sofreu grande ruptura em seus hábitos e rotinas, principalmente devido ao fechamento de espaços de convivência e reabilitação e às mudanças nas configurações familiares e necessidade de cuidados por terceiros, além de estigmatização, exclusão dos espaços decisórios e de ambientes digitais, e falta de acesso a comunicações oficiais ⁽⁹⁰⁾.

Em relação às especificidades por tipo de deficiência, foi demonstrado que a grande maioria das pessoas com surdez/deficiência auditiva pode ter as habilidades de comunicação e interação social prejudicadas pelo uso de máscaras faciais ⁽⁹¹⁾. Além do prejuízo acústico, da clareza e do volume da voz, ocorre o impedimento da leitura labial e dificuldade de utilizar a leitura das expressões faciais no desenvolvimento de diálogos, resultando em pior assimilação de conteúdo, da conexão interpessoal e do engajamento pelos interlocutores ⁽⁹²⁾.

Os usuários de dispositivos de auxílio à audição, como implantes e aparelhos, podem enfrentar barreiras adicionais induzidas pela pandemia, tais quais: dificuldade para aquisição de baterias; acesso limitado a serviços de manutenção, reparo e programação; interrupção das terapias audiológicas; insuficiência do amplificador para atividades de educação e trabalho à distância ⁽⁸⁵⁾. Utilizar órteses auditivas e máscaras faciais simultaneamente é um dificultador por si só, já que pode haver desconforto sensorial e medo da perda do aparelho ⁽⁹¹⁾.

Comunicar-se e interagir em ambientes externos, e principalmente com desconhecidos (incluindo profissionais de saúde), passou a ser um fator estressante e, portanto, evitável para parte dessa população. Com o início da pandemia, foram verificados aumento de sobrecarga emocional, de sintomas de ansiedade e depressão

relacionados à piora da capacidade de comunicação, que podem potencializar a tendência ao isolamento e à exclusão ^(91–94).

Foram sugeridas como ações de superação destes obstáculos: conscientização e estímulo ao uso de máscaras transparentes* e a atitudes mais empáticas ao comunicar-se com pessoas com comprometimento da audição ou surdas; capacitação das equipes e serviços para atendimentos remotos; uso de recursos de acessibilidade como legendas e interpretação em linguagem de sinais para veiculação de informações sobre a pandemia; assim como otimização e divulgação de recursos para chamadas de vídeo ^(91–94).

Neste sentido, a continuidade do funcionamento de serviços de audiologia para exames diagnósticos e manutenção de aparelhos de amplificação sonora individual foi apontada como essencial na prevenção de complicações secundárias para este grupo de usuários ^(95,96).

Pessoas com deficiência física, além do risco de agravo do quadro motor e exacerbação de sintomas, enfrentam prejuízos na acessibilidade para serviços como transporte e atendimento hospitalar, além de deslocamento dificultado para acesso a medicamentos e outros recursos como benefícios sociais ⁽⁹⁷⁾.

Uma pesquisa de avaliação do status funcional de crianças com Paralisia Cerebral, na Turquia, verificou, a partir da perspectiva de pais e cuidadores, que houve redução do suporte por serviços de atenção domiciliar e reabilitação, menor participação em atividades ao ar livre e menor uso de tecnologias assistivas, acompanhados de piora nas funções e estruturas corporais como aumento de tônus muscular, redução de amplitude de movimento, dor, distúrbios do sono, estresse e ansiedade ⁽⁹⁸⁾.

No caso de pessoas com diagnóstico de Esclerose Múltipla, entrevistadas em na Itália nos meses iniciais da pandemia, observou-se que o impacto pela falta de suporte foi maior quanto maior a severidade do quadro, havendo medo de progressão

* Pesquisas indicam que as máscaras de visor transparente parecem reduzir os impactos sonoros e psicológicos ocasionados pelas coberturas opacas sobre as faces, que prejudicam as interações pessoais e profissionais sobretudo para pessoas com deficiência. No entanto, são necessárias pesquisas que comprovem sua eficácia em relação à respirabilidade e à filtragem bacteriológica, para que sejam comparáveis à segurança proporcionada por máscaras cirúrgicas.

Atcherson, SR, et al. Acoustic Effects of Non-Transparent and Transparent Face Coverings. *Journal of the Acoustical Society of America*. 2021; 149(4): 2249. doi: 10.1121/10.0003962.

Kratzke, IM, et al. Effect of clear vs standard covered masks on communication with patients during surgical clinic encounters a randomized clinical trial. *JAMA Surgery*. 2021; 156:372. doi: 10.1001/jamasurg.2021.0836.

da doença, sensação de abandono e sintomas depressivos relacionados à interrupção de tratamentos. Também foram descritos como resultados o aumento da sobrecarga de cuidadores e das despesas com saúde, gerando a percepção de necessidade de escolha entre “sentir-se protegido” e “receber cuidado” ⁽⁹⁹⁾.

Pesquisa conduzida no Egito com pessoas com lesão medular apontou que, durante a pandemia, houve comprometimento significativo da qualidade de vida e satisfação com a saúde, afetadas pela incapacidade de realizar atividades de vida diária de forma independente, insuficiência financeira, sensação de insegurança e restrição de contatos interpessoais ⁽¹⁰⁰⁾.

Sobre a deficiência intelectual, podem estar presentes: dificuldades para compreender a situação global e o risco individual, assim como as informações veiculadas a respeito de medidas preventivas; limitações para identificar e/ou comunicar seus sintomas e a urgência em receber atendimento médico; além de necessidades particulares de suporte para adaptação a mudanças bruscas de ambiente e de rotina ⁽¹⁰¹⁾.

Foram verificadas taxas significativamente maiores de infecção pelo coronavírus, internação e mortalidade por Covid-19 de pessoas com deficiência intelectual em relação à população sem deficiência em dois grandes estudos realizados no Canadá ⁽¹⁰²⁾ e nos Estados Unidos ⁽¹⁰³⁾. Sendo que, neste último, a deficiência intelectual foi apontada como o fator de risco independente mais relevante para acometimento por Covid-19, e como fator de risco para mortalidade pela doença mais importante do que a idade ⁽¹⁰³⁾.

Crianças com transtorno global de desenvolvimento na Turquia foram ampla e negativamente afetadas pela pandemia. Mais de 17% tiveram suas rotinas de educação especial interrompidas e, embora o tempo com os pais tenha aumentado, as brincadeiras e atividades educativas reduziram, ocasionando a regressão do desenvolvimento observada em quase um quinto dos casos ⁽¹⁰⁴⁾.

Aqueles que se encontram no Transtorno do Espectro Autista (TEA) estão sujeitos a desafios socioemocionais adicionais, uma vez que padrões mais rígidos e/ou repetitivos de comportamento, interesses e rotina de atividades, dificuldades de processamento de informações e comorbidades como a ansiedade podem potencializar ou minimizar os problemas com o distanciamento social, com o uso de máscaras e o maior uso de meios de contatos virtuais ⁽¹⁰⁵⁾.

A maior prevalência de sintomas emocionais e comportamentais também é observada para crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), ou em associação desta condição ao TEA, inclusive com pior comprometimento da sociabilidade, mesmo após cessação dos períodos de *lockdown* quando comparados a indivíduos neurotípicos ⁽¹⁰⁶⁾.

Mudanças comportamentais também foram observadas para casos de demência, dentre outros impactos negativos como piora da qualidade de vida e da independência funcional que se relacionam com restrições nas interações sociais e na circulação comunitária ⁽¹⁰⁷⁾ Estudos apontam o aumento da sobrecarga e do isolamento dos cuidadores com concomitante redução do suporte por equipes e serviços especializados tanto para diagnósticos como para terapias ^(107,108).

Para as pessoas com deficiência visual há maior dificuldade em manter o distanciamento físico somente a partir de bengalas ou com o cão-guia, e o toque junto à palpação de objeto e às informações transmitidas boca a boca são os meios principais de orientação espacial e interação com o ambiente ⁽¹⁰⁹⁾.

Pessoas com deficiência visual na Índia reportaram preocupações com a dificuldade de obter informações de saúde acessíveis e transporte para seus deslocamentos (inclusive para ir até consultas e farmácias), e também com a manutenção de empregos, uma vez que as adaptações aos meios de trabalho a distância são particularmente dificultadas para essas pessoas ⁽¹¹⁰⁾. Neste contexto, pessoas com deficiência visual tenderiam a aderir ao isolamento pelo risco de não conseguirem atender completamente às medidas preventivas.

O diagnóstico e a certificação médica de comprometimentos visuais também foram atividades prejudicadas durante a pandemia, gerando risco de agravos significativos para a funcionalidade, comprometimento da autonomia e da participação social de pessoas cegas ou com baixa visão ⁽¹¹¹⁾.

Essas especificidades elencadas para diferentes grupos de pessoas com deficiência, assim como as necessidades em saúde que são comuns a todos eles, levam a crer que a demanda por suporte profissional especializado e qualificado para as PCD se fez ainda mais presente durante o período de pandemia e, possivelmente, com novas demandas posteriores a ela.

1.5 SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO PARA PCD DURANTE A PANDEMIA

Enquanto os sistemas de saúde enfrentavam crescente demanda por cuidados agudos, com necessidade de expansão de leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), de aparelhos, respiradores, insumos e de profissionais de saúde, coexistiu a necessidade de cuidados prolongados para condições crônicas, assim como o surgimento de outras demandas no âmbito da reabilitação em saúde ⁽¹¹²⁾.

Publicação da OMS aponta que, em maio de 2020, grande parte dos 155 países analisados havia sofrido alguma interrupção no funcionamento de serviços para hipertensão arterial, diabetes, câncer e emergências cardiovasculares. E somente 42% dos países em desenvolvimento haviam incluído as doenças crônicas não transmissíveis em seus planos nacionais de enfrentamento à pandemia ⁽¹¹³⁾.

Segundo Brunier e Harris (2020), a descontinuidade ou restrição dos serviços de atenção a doenças crônicas está relacionada com o desfalque das equipes de saúde (direcionadas para atendimento de Covid-19), a falta de medicamentos, de exames e de outras tecnologias, bem como a menor disponibilidade de transporte. E, apesar de ter sido considerada uma área-chave para recuperação de casos de Covid-19, a reabilitação teve suas atividades interrompidas em 63% dos países avaliados e não foi extensamente considerada nos planejamentos locais de grande parte destes ⁽¹¹³⁾.

Tal reconfiguração da rede de serviços de saúde e a sobrecarga dos sistemas frente às demandas urgentes e emergentes impactam as PCD em diferentes aspectos, de forma direta e indireta.

Houve interrupção ou limitação de atendimentos de reabilitação durante fases de *lockdown* para reduzir circulação de pessoas, por não serem classificados como serviços essenciais, ou mesmo pelo deslocamento de profissionais da área para outras funções na chamada linha de frente (ou seja, atendimento direto aos sintomáticos respiratório e casos confirmados de Covid-19), mas sem que houvesse avaliação e planejamento adequados sobre a quantidade mínima de recursos a serem mantidos na reabilitação ^(114,115).

As práticas de reabilitação foram afetadas severamente durante a crise em diferentes localidades. Em Portugal, até abril de 2020, regras haviam sido estabelecidas para que somente os “casos urgentes” fossem atendidos. Aos

profissionais de saúde foi atribuída a função de discriminar quem teria o benefício da continuidade de seus tratamentos ⁽¹¹⁶⁾.

Em junho de 2020, na Itália, eram relatadas intensas e constantes modificações dos serviços para conversão de leitos de internação para reabilitação física em vagas de urgência, seja por meio de altas mais precoces ou por redução nas admissões ⁽¹¹⁷⁾. Entre serviços especializados no atendimento de doenças neuromusculares, por exemplo, mais de 40% sofreram suspensão das consultas e exames ambulatoriais e 93% interromperam atendimentos de fisioterapia durante o primeiro pico de casos e mortes da pandemia ⁽¹¹⁸⁾.

Pesquisadores buscaram destacar, frente a tais dificuldades, a importância da articulação em rede para que o fluxo entre unidades de reabilitação de diferentes níveis assistenciais pudesse ser mais facilmente reorganizado durante o estado de calamidade ⁽¹¹⁹⁾.

Alguns autores afirmam que a procura por cuidados para pacientes com quadro agudo de Acidente Vascular Encefálico (AVE) diminuiu substancialmente nos primeiros meses da pandemia, possivelmente pelo medo de infecção pelo vírus SARS-CoV2 ^(120,121). Embora tal redução no número de internações por AVE não se verifique em outros dois hospitais de referência italianos, constatou-se baixa importância no número de procedimentos de trombólise, o que denota maior demora entre o evento e os primeiros atendimentos ⁽¹²²⁾. Este aumento entre o intervalo de sintomas e intervenções também foi detectado em estudo na Coreia do Sul, assim como menor tempo de permanência hospitalar ⁽¹²³⁾.

Neste mesmo sentido, Sousa e colaboradores (2020) demonstraram que: dentre profissionais de saúde que atuam na linha de cuidados para AVE na Europa participantes de um *websurvey*, 77% afirmaram acreditar que nem todos os pacientes com AVE estavam recebendo os cuidados de saúde usuais nos centros em que trabalham, 71% estimaram que resultados funcionais e taxa de recorrência de AVE poderiam ser impactados pelas mudanças realizadas nesta linha de cuidados ⁽¹²⁴⁾. Neste mesmo estudo, a área considerada mais fortemente afetada foi a reabilitação para 48% dos 179 respondentes e os cuidados agudos para 33%.

Na Espanha, também houve diminuição, num momento inicial, das intervenções de reabilitação individuais, mantendo-se somente aquelas consideradas indispensáveis, e eliminando terapias de grupo e domiciliares ⁽¹²⁵⁾. Com o aumento gradual da demanda, os serviços de reabilitação intensiva (originalmente em regime

de internação), em sua maioria, desenvolveram protocolos específicos voltados para Covid-19 e acompanhamentos ambulatoriais para suas consequências ⁽¹²⁶⁾.

Na Bélgica, além da manutenção das terapias a um nível mínimo necessário e individualmente estabelecido, também se relatou que os objetivos terapêuticos se reduziram à prevenção de maiores comprometimentos, em detrimento da inclusão social e da máxima independência ⁽¹²⁷⁾.

Relato semelhante mostra que também na África do Sul, durante a fase mais estrita de *lockdown*, serviços como os de interpretação de língua de sinais, de tecnologia assistiva, e de reabilitação não foram considerados essenciais, prejudicando as condições de vida de PCD neste período ⁽¹²⁸⁾.

E mesmo na Austrália, onde não ocorreu extensa sobrecarga do sistema de saúde por casos de Covid-19 e onde foi implantada robusta estrutura de telessaúde gratuita com cobertura nacional, pelo menos 30% de entrevistados com necessidade de cuidados de saúde específicos para deficiências relataram piora no acesso a serviços, principalmente para aqueles que residiam sozinhos, que apresentavam sintomas psicológicos e maiores riscos para Covid-19, ou com pior condição socioeconômica ⁽¹²⁹⁾.

Embora não sejam encontrados dados específicos a este respeito, há a hipótese de que os profissionais de reabilitação que continuaram a realizar intervenções poderiam vir a enfrentar risco aumentado de infecção por Covid-19 devido à proximidade física envolvida em sua prática habitual quando comparados a alguns outros profissionais de saúde ⁽¹³⁰⁾. Além de, possivelmente, tornarem-se agentes transmissores do vírus para os pacientes.

Há, neste sentido, recomendações para protocolos de biossegurança que garantam a viabilidade do funcionamento de unidades de reabilitação, incluindo: organização e comunicação institucionais eficientes; preparo das equipes; medidas preventivas, testagem de profissionais e de pacientes; e disponibilidade e uso adequados de equipamentos de proteção individual ^(131–135).

No Brasil, de acordo com a tendência observada em outros lugares do mundo, na tentativa de minimizar o impacto da interrupção de tratamentos bem como os efeitos deletérios do isolamento social sobre a capacidade funcional, os conselhos profissionais de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, medicina dentre outros, liberaram a prestação de serviços através de teleconsultas, como forma

supervisionável de atenção àqueles que necessitem de intervenções eletivas a distância.

Revisões sistemáticas sobre o processo de telerreabilitação demonstram benefícios semelhantes a consultas presenciais para algumas áreas ^(136,137), e o uso desta ferramenta vem sendo defendido por diversos autores quando houver a necessidade de distanciamento social ^(138–142).

Pesquisadoras norte-americanas apontaram que o expressivo uso da telessaúde por PCD de seu país, quase 40% desta população, durante a pandemia pode configurá-lo como um potencial elemento de redução de lacunas no acesso à saúde e na continuidade de cuidados. Contudo, foram observadas iniquidades de acesso e uso entre diferentes tipos de deficiência, nível educacional, idade e cobertura por planos de saúde ⁽¹⁴³⁾.

A prática de telerreabilitação, neste sentido, não é uma realidade que pode ser plena e imediatamente adotada no Brasil, sobretudo no sistema público de saúde. Configuram-se como possíveis fatores limitantes para sua adoção, sobretudo pelas importantes desigualdades sociais e regionais existentes: a falta de infraestrutura residencial e das unidades de saúde, habitações pequenas com múltiplos habitantes, precário acesso a computadores e à internet, entre outros ^(139,144,145).

Além de questões estruturais e operacionais, como a disponibilidade de recursos tecnológicos adequados e acessíveis, a insuficiência de elementos jurídicos e regulatórios específicos às suas necessidades é apontada como uma barreira adicional de acesso para PCD aos mecanismos de teleatendimento ⁽¹⁴⁶⁾.

Essas significativas transformações no campo da reabilitação nos últimos anos, e seus inerentes desafios, apontam para a necessidade de compreender de que formas os serviços podem melhor se organizar para o atendimento das demandas advindas da pandemia, somadas às demandas anteriores.

1.6 CONSEQUÊNCIAS PROLONGADAS DA COVID-19 E REABILITAÇÃO

Como antecipadamente descrito, a necessidade de adequação aos protocolos para contingência da doença, a restrição da circulação de pessoas e o redirecionamento de recursos para áreas emergenciais afetaram a oferta de serviços eletivos, como a reabilitação e outros cuidados para PCD ^(117,125), aumentando desde o princípio da pandemia suas filas de espera por atendimento. Por outra perspectiva,

os impactos sobre estes serviços e ações também são potencializados pelo aumento de pessoas necessitando de reabilitação após internações prolongadas e de pacientes com sequelas da Covid-19. Portanto, a estreita relação da Covid-19 com a produção de deficiências também impõe a necessidade de um maior número de ações de reabilitação ^(147,148).

Em outubro de 2021, a definição clínica para a condição pós-Covid19 foi divulgada pela OMS, sendo definida como: sintomas presentes três meses após a infecção confirmada por SARS-CoV-2 com duração mínima de dois meses e que não podem ser explicados por um diagnóstico alternativo. Desta forma, este quadro pôde ser inserido na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) como “condição de saúde posterior à Covid-19, não especificada” ⁽¹⁴⁹⁾.

Mesmo com a sinalização da OMS para que houvesse padronização em sua abordagem, há diferentes terminologias em uso entre pesquisadores e profissionais de saúde sobre esta condição, sendo comuns os termos “Síndrome Pós-Covid-19” ou “Covid Longa”.

Frente à multiplicidade de apresentações, alguns dos aspectos discutidos na adoção de diferentes denominações são: diferenças de acometimento entre indivíduos hospitalizados e não hospitalizados, a fase de apresentação e tempo de persistência dos sintomas, além de pré-existência e exacerbação dos mesmos. Há a possibilidade de dividir quadros pós-covid agudos (até 05 semanas de sintomas), da pós-covid crônica (a partir de 12 semanas) e covid persistente (por mais de 24 semanas) ⁽¹⁵⁰⁾. Ou mesmo de classificá-la por subtipos de condição pós-covid-19, admitindo que pode se apresentar mesmo com diferentes níveis de comprometimento na fase aguda da doença ⁽¹⁵¹⁾.

Esses sintomas persistentes, que podem ter apresentação leve a severa, são decorrentes do acometimento sistêmico do organismo ⁽⁶⁾. Sua etiologia parece ser multifatorial, e pode incluir o mecanismo de estresse oxidativo e a desregulação de respostas imunológicas e do sistema nervoso autônomo ^(152,153).

Há dezenas de sinais e sintomas englobados na condição pós-covid19, sendo comumente reportados: fadiga, dispneia, tosse seca, dores articulares e musculares, alterações do humor e da cognição, distúrbios do sono. São também descritos:

alopecia, hiperidrose, olho seco, incontinências, dor torácica, alterações endócrinas e metabólicas, perda de peso, entre outros ^(12,154).

Colaboradores da *Global Burden of Disease Long COVID* estimaram que 6,2% dos indivíduos que tiveram Covid-19 sintomática apresentarão sintomas de ao menos um dos três grupos avaliados (fadiga persistente e dor, problemas cognitivos, problemas respiratórios), com maior prevalência entre mulheres, e duração média de quatro meses de sintomas para indivíduos não hospitalizados e de nove meses para hospitalizados ⁽¹⁵⁵⁾.

Para o atendimento desse amplo espectro de alterações funcionais de ordem física, sensorial, cognitiva e mental, com implicações sociais, ocupacionais e econômicas, especialistas sinalizaram a necessidade de se investir em abordagens multidisciplinares, coordenadas globalmente, e no desenvolvimento de linhas de cuidado pós-covid19 ^(156,157).

Apesar de incertezas iniciais quanto ao manejo terapêutico adequado e ao tempo de resposta às intervenções pós-covid19 ⁽¹⁵⁸⁾, começam a surgir evidências de que a reabilitação tem importante papel na recuperação dos declínios do estado de saúde, da funcionalidade e do bem-estar relacionados à doença ^(159,160), incluindo melhora de aspectos físicos e psicológicos ^(161,162). Os estudos sobre o tema recomendam, além de individualização das avaliações e intervenções terapêuticas, a abordagem multiprofissional, e a continuidade de estudos de acompanhamento desses casos e desfechos ^(163–165).

Ainda que em alguns locais tenham surgido serviços especificamente organizados para atender esses casos, outros tantos serviços de reabilitação já em funcionamento tiveram sua carga de trabalho aumentada pelo acúmulo do novo perfil de usuários atendidos ao público anterior à pandemia.

No Brasil, não houve diretriz única para que estados e municípios se organizassem de determinada forma para prover este tipo de cuidado, nem destinação de recursos federais específicos para este fim ⁽¹⁶⁶⁾. Assim como serviços de reabilitação já existentes passaram a receber tal demanda, houve também: a implantação de serviços de reabilitação vinculados a hospitais de referência para atendimento de Covid-19, que focaram no acompanhamento pós-alta dos egressos de internação prolongada; serviços ligados a instituições de ensino que

desenvolveram protocolos de atendimento e estudo destes casos; e a conversão de outros equipamentos em centros de reabilitação de acordo com iniciativas dos governos locais ^(167–171).

Embora as condições de saúde pós-Covid19 não se confundam com a instalação de deficiências, deve-se considerar que parte das pessoas com Síndrome Pós-Covid poderão cursar com quadros de deficiência transitória ou mesmo permanente, o que ainda não está bem estabelecido e dimensionado pela literatura científica. Além disso, a sobreposição entre os tipos de serviço que assistem os dois perfis de demanda para a reabilitação (pessoas com deficiência e pessoas com incapacidades funcionais adquiridas a partir da Covid-19) poderá impactar direta e indiretamente o acesso e a disponibilidade de recursos para ambos os grupos.

1.7 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO SUS ANTES E DURANTE A PANDEMIA

Os principais marcos legais vigentes que versam sobre os direitos das PCD no Brasil, são:

- a. a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída por meio da Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002 ⁽¹⁷²⁾;
- b. o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, Decreto 7.612, de 17 de novembro de 2011⁽¹⁷³⁾;
- b. a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012 ⁽¹⁷⁴⁾;
- c. e a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015 ⁽¹⁷⁵⁾.

Tais instrumentos buscam incentivar a articulação entre entes federativos para estratégias mais abrangentes e efetivas de inclusão social, participação e acessibilidade.

Especificamente em relação ao direito à saúde das PCD, pauta-se em política de saúde própria, alicerçada em uma das redes temáticas prioritárias dentro da organização do SUS. A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, implantada em

2012 junto ao Plano Viver sem Limites, estabelece diretrizes para a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do SUS. E apresenta os seguintes objetivos específicos:

I - Promover cuidados em saúde especialmente dos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências;

II - Desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências na fase pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta;

III - Ampliar a oferta de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM);

IV - Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com deficiência, por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária, em articulação com os órgãos de assistência social;

V - Promover mecanismos de formação permanente para profissionais de saúde;

VI - Desenvolver ações intersetoriais de promoção e prevenção à saúde em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;

VII - Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede, por meio de cadernos, cartilhas e manuais;

VIII - Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; e

IX - Construir indicadores capazes de monitorar e avaliar a qualidade dos serviços e a resolutividade da atenção à saúde ⁽¹⁷⁴⁾.

Conforme a lógica das Redes de Atenção à Saúde no SUS, sua portaria instituinte regula as atribuições nos diferentes níveis de atenção. A APS é, fundamentalmente, responsável por definir ações articuladas de forma intersetorial a partir das necessidades da população⁽¹⁷⁶⁾. São preconizadas pelo MS para intervenções de reabilitação na APS: ações de prevenção e promoção à saúde (como, por exemplo, monitoramento das gestações de alto-risco, detecção precoce de fatores de riscos para o desenvolvimento de incapacidades/deficiências, monitoramento de dados do território), bem como apoio matricial, acolhimentos, grupos terapêuticos e educativos (estimulação precoce, orientações a cuidadores, práticas integrativas e complementares), atendimento domiciliar, atendimento compartilhado, atendimento individual específico, entre outros ⁽¹⁷⁷⁾.

A condição de resolubilidade da APS na RCPD pode influenciar a sobrecarga dos serviços especializados pela saturação de casos cuja competência se encontre na atenção primária. Nesse sentido, podem ser encontradas maiores dificuldades de atuação em regiões onde há menor cobertura de equipes multiprofissionais, e onde a APS como um todo não esteja bem estruturada.

Os serviços especializados, por sua vez, devem estar qualificados para atender às necessidades particulares das pessoas com incapacidades funcionais, realizando os tratamentos em reabilitação para os casos referenciados pela APS, e priorizando os indivíduos conforme sua classificação de risco e prognóstico de recuperação ⁽⁶⁷⁾.

Na RCPD foram previstas como algumas das ações estratégicas para a atenção especializada: habilitar unidades ambulatoriais de reabilitação como Serviços de Modalidade Única ou Centros Especializados em Reabilitação (CER) credenciados para atender mais de um tipo de deficiência; implantar oficinas ortopédicas e serviços de referência para OPM; além da qualificação do atendimento em saúde bucal, para pessoas ostomizadas, estimulação precoce e triagem auditiva neonatal.

O esforço para implementação desses recursos é endossado pelo encontro internacional da Organização Mundial da Saúde - "*Rehabilitation 2030: a call for action*" - que destaca, frente às modificações epidemiológicas e sociodemográficas globais, a importância de priorizar a expansão e a qualificação da reabilitação nos diferentes sistemas de saúde ⁽¹⁷⁸⁾.

Por fim, serviços hospitalares devem ser qualificados para prestar atendimento aos casos cujo momento da instalação, tipo e grau da incapacidade justifiquem uma intervenção mais frequente e intensa requerendo, portanto, tecnologias duras e profissionais especializados. Estes serviços devem ser estruturados por especificidade da deficiência e contar com equipes multiprofissionais e interdisciplinares equivalentes ⁽¹⁷⁹⁾.

Com o avanço das discussões sobre direitos humanos e atenção integral à saúde, ocorreram nas últimas décadas importantes movimentos de reavaliação das políticas públicas de saúde no campo das deficiências. Assim, a integralidade do cuidado para as necessidades das PCD exige ampliação das intervenções técnicas específicas e segmentadas para ações interdisciplinares e intersetoriais ⁽¹⁸⁰⁾, e coloca em xeque o caráter positivista e pautado no biopoder e na bioidentidade das intervenções ⁽¹⁸¹⁾. Entende-se, portanto, que o cuidado às PCD deve estar voltado

para a transformação do lugar da deficiência, pelo enfoque na circulação e participação sociais, garantia de direitos, e na promoção da interação social ⁽¹⁸²⁾.

É relevante salientar que, antes mesmo do surgimento da pandemia de Covid-19, a RCPD já enfrentava dificuldades organizacionais e estruturais. São identificados como fatores desafiadores para a integração de seus pontos de atenção e para a garantia da equidade no acesso e da integralidade do cuidado: carência de ações de promoção da saúde e de formação profissional especializada; escassez de produção de informações sobre condições de vida das PCD; frequentes barreiras físicas, informacionais e atitudinais; e má distribuição de recursos ^(183,184).

Observa-se, por exemplo, que a alocação geográfica de serviços especializados de reabilitação, embora em número relativamente expressivo, pode não condizer à real demanda das regiões de saúde e suas características sociodemográficas, tanto em relação a cobertura por equipes profissionais especializadas quanto para os tipos de deficiências atendidas em cada serviço ^(185,186).

Apesar do crescimento da capacidade instalada e da força de trabalho desta rede nos últimos anos, persistem importantes desafios quanto ao componente político e organizacional da mesma, além de grandes disparidades regionais de implantação. Ademais, ainda se observam atuações profissionais fragmentadas, e processos decisórios permeados pelo desconhecimento técnico e pela lógica reducionista e medicalizante das deficiências ⁽¹⁸⁷⁾, que podem travar o avanço da consolidação da RCPD enquanto política de saúde e mitigar o alcance de estratégias de enfrentamento à pandemia necessárias ao atendimento de PCD.

Pelo exposto, tem-se que as PCD podem ter sofrido de forma ainda mais profunda com a pandemia de Covid-19, justamente pela instabilidade da assistência e do suporte profissional. A existência da RCPD, por si só, pode não ter sido suficiente para evitar ou minimizar esses efeitos deletérios, já que toda sua composição se encontrou sob a pressão de atendimentos temporariamente reduzidos e modificados, somado ao aumento das demandas de reabilitação geradas pela Síndrome Pós-Covid19.

Partindo do pressuposto de que a pandemia de Covid-19 agravou o cenário de dificuldades organizacionais e estruturais da RCPD, reduzindo ainda mais a capacidade de resposta às necessidades das PCD, esta dissertação buscará abordar

as novas e desafiadoras questões apresentadas e atenuar a escassez de informações sobre este tema na realidade brasileira.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os efeitos da pandemia de Covid-19 nos serviços e ações de reabilitação para pessoas com deficiência no SUS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Analisar os reflexos da pandemia de Covid-19 no funcionamento dos Centros Especializados em Reabilitação.
- b) Analisar os principais constrangimentos e condições limitadoras enfrentados pelas equipes que atuam na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência para a continuidade de suas ações durante a pandemia e as estratégias adotadas para sua superação.
- c) Compreender a organização de serviços da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência frente às novas demandas, advindas da pandemia.
- d) Analisar barreiras, facilitadores e estratégias para obtenção de cuidados em saúde por pessoas com deficiências adquiridas a partir da Covid-19.

3. MÉTODO

Este estudo foi desenvolvido como componente de uma pesquisa nacional sobre a implementação da Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência, iniciada em 2019, na qual foram avaliados aspectos relativos à política, à organização e à estrutura dessa rede de atenção nos seus diferentes níveis assistenciais, considerando os contextos institucionais e regionais no SUS. Com o surgimento da epidemia do novo coronavírus durante o desenvolvimento da pesquisa, além das avaliações comuns aos diferentes campos de pesquisa estipuladas inicialmente, foram incorporados novos elementos à investigação voltados à análise do impacto da pandemia na RCPD.

A presente dissertação foi desenvolvida em duas partes distintas, porém complementares. A primeira parte, voltada para os efeitos sobre os cuidados em reabilitação para PCD durante a pandemia, envolve a análise de dados sobre a produção ambulatorial dos CER de todo o território brasileiro e um *websurvey* com gestores e profissionais dos CER sobre o impacto da pandemia sobre estes serviços. Já a segunda parte, focada no manejo das demandas emergentes da pandemia pela RCPD, trata do estudo de itinerários terapêuticos de municípios de São Paulo com quadros de Síndrome Pós-Covid19, atendidos em um CER.

Para o atendimento dos objetivos propostos, houve articulação destas diferentes abordagens, configurando-se como um estudo de caso com utilização de métodos mistos. Os métodos mistos têm sido empregados nos estudos de ciências da saúde com o objetivo de serem mais abrangentes à diversidade de objetos neste campo, permitindo a integração de perspectivas teóricas distintas e a integração de potencialidades das abordagens qualitativas e quantitativas, a partir da triangulação de dados provenientes de ambas ^(188,189). Neste estudo, enquanto a metodologia quantitativa foi empregada para avaliação de magnitude de efeitos da pandemia sobre serviços específicos, a metodologia qualitativa busca explorar a subjetividade de diferentes experiências neste contexto.

Assim, a integração das abordagens empregadas permite trazer à tona as percepções de gestores, profissionais de saúde e usuários, bem como o efeito da pandemia sobre os indicadores de produção dos CER.

A escolha dos Centros Especializados em Reabilitação como foco do estudo se deu por sua relevância enquanto componente especializado prioritário para a RCPD. Os serviços habilitados nesta modalidade de atendimento se propõem a ser referência, de base territorial, para a linha de cuidado às pessoas com deficiência, seguindo diretrizes assistenciais bem definidas para diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva. Para tanto, recebem incentivos financeiros federais de investimento e de custeio específicos.

Detalha-se a seguir os procedimentos metodológicos utilizados.

3.1 PARTE I – Produção Ambulatorial e *Websurvey*

A variação da produção ambulatorial dos CER brasileiros, registrada no SIA/SUS entre março de 2019 e dezembro de 2021 foi analisada e cotejada com as percepções de gestores e profissionais de reabilitação dos CER acerca dos impactos da pandemia em suas unidades.

Foram selecionados para a análise 247 procedimentos registrados no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses/Próteses e Materiais Especiais (SIGTAP) do SUS, elencados pelo Instrutivo de Reabilitação do Ministério da Saúde (2020)⁽¹⁹⁰⁾. A extração dos dados foi realizada em março de 2022 pelo método elaborado por Saldanha *et al.* ⁽¹⁹¹⁾.

Tais procedimentos foram avaliados segundo a categoria profissional do executante e também classificados em 18 grupos, segundo tipo de atividade:

- I) Atendimento à pessoa ostomizada;
- II) Atividade em grupo;
- III) Avaliação multiprofissional em reabilitação visual;
- IV) Consulta médica;
- V) Consulta de profissional de nível superior (exceto médico);
- VI) Dispensação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) para deficiência física;
- VII) Dispensação de OPM para deficiência visual;
- VIII) Dispensação de aparelhos auditivos;

- IX) Dispensação de cadeiras de rodas;
- X) Exame diagnóstico;
- XI) Fisioterapia cardiorrespiratória;
- XII) Fornecimento de materiais para ostomias;
- XIII) Terapia fonoaudiológica;
- XIV) Terapia em reabilitação auditiva;
- XV) Terapia em reabilitação física;
- XVI) Terapia em reabilitação intelectual;
- XVII) Terapia em reabilitação visual e;
- XVIII) Visita domiciliar.

Foram incluídos dados de todos os CER habilitados em novembro de 2019 e que apresentaram dados de produção no período analisado. A lista destes serviços foi disponibilizada pelo Departamento de Atenção Especializada e Temática da Secretaria de Atenção Especializada em Saúde do Ministério da Saúde.

Para avaliar o efeito da pandemia, foram calculadas médias mensais do número de procedimentos em três períodos: ano anterior à pandemia no país (APP) de março/2019 a fevereiro/2020; primeiro ano de pandemia (AP1) de março de 2020 a fevereiro/2021; e segundo ano de pandemia (AP2) de março a dezembro de 2021.

Observou-se a evolução do número de procedimentos realizados pela comparação entre médias de AP1 e APP, e entre AP2 e APP, utilizando-se a seguinte expressão: $x = -\left(1 - \frac{AP}{APP}\right) * 100$.

Estes resultados foram contextualizados e triangulados com a percepção de gestores e profissionais de saúde dos CER, aferida por *websurvey*.

Os *websurveys* são utilizados desde os anos 90, mas foram extensamente empregados no período da pandemia frente à urgência de produção de informações e a necessidade de ajustes nos prazos usuais da pesquisa científica. São apontadas como vantagens do *websurvey*, que se destacam em tempos de pandemia: possibilidade de coletar dados a distância; rapidez entre o planejamento e produção de resultados; abrangência geográfica; e possibilidade de recrutamento de um grande número de respondentes ⁽¹⁹²⁾.

Com a finalidade de garantir a qualidade dos dados, foram seguidos os requisitos estabelecidos pelo *guideline Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES)*⁽¹⁹³⁾:

A. Desenho do estudo:

Empregou-se amostra não probabilística, de conveniência, buscando alcançar o máximo de participantes possível para o período, sendo incluídos indivíduos que se identificaram como “gestor” ou “profissional de reabilitação” de “CER” habilitados em todo o país.

O fato do número total de CER habilitados pelo Ministério da Saúde naquele momento constituir um universo relativamente pequeno de unidades de saúde (237), especialmente em regiões como Sul (18), Norte (23) e Centro-Oeste (27), inviabilizou o desenho probabilístico para a amostra.

B. Revisão e consentimento

Como descrito, a proposta da pesquisa foi previamente analisada e aprovada por comitê de ética.

Os participantes que acessaram o link da pesquisa eram direcionados para uma página com esclarecimentos sobre o propósito da investigação, a instituição executora, o nome da pesquisadora responsável e sobre o tempo previsto para responder ao questionário (entre 10 e 15 minutos).

O respondente, então, teve acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que garante o sigilo e a privacidade das informações, e ao contato para esclarecimento de dúvidas. Somente após registrado o aceite os entrevistados iniciaram suas respostas ao questionário.

A plataforma utilizada para a coleta e armazenamento dos dados foi a Google Forms, desenvolvida na linguagem de programação GAS (*Google App Script*) derivada do Java Script. Os dados são armazenados no Google Cloud, que dispõe do ambiente altamente seguro e confiável da Google Workspace. Apesar de não serem coletadas informações pessoais sigilosas, todas as respostas são submetidas a protocolo padrão de criptografia HTTPS.

C. Desenvolvimento e pré-teste

Os instrumentos de coleta foram elaborados por quatro pesquisadores com experiência prática e de estudo da RCPD.

Foram desenvolvidas versões de teste do conteúdo e da funcionalidade da plataforma utilizada para alocar os questionários, até chegar ao protótipo final.

D. Processo de recrutamento e acesso aos questionários

Trata-se de *survey* do tipo aberto, pois todos os potenciais respondentes que acessassem o link para os questionários poderiam participar.

O recrutamento dos respondentes se deu pelas seguintes formas: a) envio de *e-mail* para o endereço eletrônico de todos serviços de reabilitação habilitados pelo MS, convidando gestores e profissionais a participar do *survey*; b) contato telefônico com a coordenação dos CER habilitados; c) divulgação da pesquisa e seu link em sites e redes sociais de associações científicas ligadas à Saúde Pública e à saúde da PCD, associações de profissionais, universidades; d) “bola de neve” a partir de listas de contatos dos pesquisadores.

E. Administração da pesquisa

A pesquisa possuiu caráter voluntário, e sem qualquer tipo de incentivo pessoal à participação dos respondentes.

Os questionários permaneceram disponíveis na plataforma Google Forms pelo período total de três meses (de novembro de 2020 a fevereiro de 2021).

O questionário voltado para gestores, contém 49 questões, sendo que três são fechadas, mas possuem subitens abertos para especificações e duas questões abertas dissertativas (apêndice A). E o outro, destinado a profissionais de reabilitação, contém 25 questões fechadas e duas questões abertas (apêndice B).

Os enunciados foram simplificados e adequados para a realidade dos serviços a que se direcionam. Sempre que pertinente, foi apresentada a opção de resposta “não se aplica” e/ou “não sei”. E o avanço para a próxima etapa foi permitido apenas com a resposta de todas as questões obrigatórias em cada página.

A revisão de respostas sem perda do conjunto das respostas era possível em até duas páginas anteriores.

O conteúdo dos questionários abrange temas centrais para a identificação das principais estratégias adotadas pelos serviços de saúde da RCPD e dos entraves enfrentados pelos mesmos durante o período da pandemia.

As questões foram organizadas em blocos apresentados em três páginas, e seu conteúdo foi organizado conforme os núcleos temáticos apresentados no quadro 1.

F. Taxas de resposta

Considerando que as perguntas fechadas foram classificadas como obrigatórias para que o respondente pudesse chegar à última página do questionário,

não foram calculadas taxas de completude. Somente questionários completos foram registrados no banco de dados, sem ponderação de valor às questões.

Quadro 1 - Blocos de questões do *websurvey* sobre o impacto da pandemia sobre os CER, organizados por núcleos temáticos

Núcleo Temático	Conteúdo
a) Características Gerais	Caracterização do respondente (A) e do serviço prestado (B)
b) Reabilitação durante o período da pandemia	Organização do serviço (C); capacitação profissional (D); protocolos e biossegurança e disponibilidade de insumos e EPI (E); estrutura para teleatendimento (F)
c) Reabilitação Pós Covid-19	Fluxo assistencial e preparo para assistência de casos pós Covid-19 (G)
d) Suporte Social	Ações de apoio para as necessidades de usuário e profissionais (H)
e) Experiências	Estratégias de ação, vivências e constrangimentos enfrentados (I)

Fonte: elaboração própria.

G. Prevenção de múltiplas entradas para o mesmo respondente

Optou-se por não restringir a resposta a um único endereço IP, já que parte dos participantes poderia utilizar computadores localizados em instituições, onde mais de uma equipe de saúde utilizam o mesmo número IP.

Para compensar este fato, foram identificadas e excluídas respostas duplicadas, a partir do endereço de e-mail fornecido pelo respondente.

Também foram excluídos registros de gestores e profissionais que não atuam em CER no SUS.

H. Análise dos dados

Não foi atribuído nenhum método de ponderação de valor às questões.

Após análise de consistência, realizou-se análise descritiva das variáveis categóricas, apresentada em resultados percentuais.

Nas questões sobre o impacto da pandemia nas atividades, foi empregada a escala de Likert. Neste caso, as respostas foram convertidas em dados numéricos (1 = não foram afetadas, 2 = pouco afetadas, 3 = moderadamente afetadas e 4 = muito

afetadas). Havia a opção de resposta “não realizava” a atividade previamente, para filtrar quais respondentes seriam contabilizados em cada tipo de atividade.

Os resultados são apresentados pela média obtida do conjunto de respostas válidas. As análises foram conduzidas usando o *software* Rv3.5 e seguiram estas etapas: i) análise de conteúdo aplicada às respostas das questões, depois submetidas a pré-análise, ii) exploração do material e iii) tratamento dos resultados, segundo as principais temáticas identificadas.

3.2 PARTE II - Itinerários Terapêuticos

Na pesquisa “Desafios da implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em diferentes contextos regionais: abordagem multidimensional e multiescalar”, sobre o grau de implementação da RCPD no Brasil, uma das áreas selecionadas para estudo foi a região de saúde de Freguesia do Ó/Brasilândia no município de São Paulo – SP. Como o município de São Paulo possui rede de saúde complexa e ampla, além de grande dimensão territorial e populacional, optou-se pela observação de fatores relacionados à implementação da RCPD no contexto intramunicipal.

Desde 2005, após um novo processo de reforma administrativa, a secretaria municipal de saúde paulistana adota como divisão para a função de coordenação de ações e serviços da rede regionalizada de atenção à saúde no SUS, cinco coordenadorias regionais de saúde e 24 supervisões técnicas de saúde subordinadas às primeiras ^(194,195). O objeto deste estudo foi o cuidado ofertado no território da Coordenadoria Regional de Saúde Norte, com recorte na Supervisão Técnica de Saúde de Freguesia do Ó e Brasilândia.

Segundo dados da Fundação Seade, a projeção da população residente no município de São Paulo para o ano de 2022 era de 11.960.216 habitantes, caracterizando-o, em termos populacionais, como o maior município brasileiro e um dos maiores do mundo ⁽¹⁹⁶⁾. Somente na CRS Norte residiriam 2.326.502 munícipes, sendo 425.197 na Freguesia do Ó e Brasilândia.

Dentre as análises realizadas nesta pesquisa sobre a organização dos serviços da RCPD, sua gestão, integração e a coordenação dos cuidados, optou-se por realizar Itinerários Terapêuticos (IT) para avaliar as percepções de usuários sobre como se deu o acesso a ações e a utilização de serviços ao longo de seu processo de adoecimento e busca por cuidados de saúde durante a pandemia.

Com origem em estudos da década de 60, focados na análise do comportamento dos indivíduos enfermos que buscavam por atendimento, atualmente a ferramenta do itinerário terapêutico possui caráter participativo e centrado no usuário para a avaliação de programas e serviços de saúde, contribuindo para a construção das políticas de saúde por meio de análises e proposições mais pertinentes às necessidades da população-alvo ⁽¹⁹⁷⁾.

Para Gerhardt e colaboradores (2016), o itinerário terapêutico (IT) é considerado um instrumento de “abordagem avaliativa amistosa à integralidade em saúde”, ou seja, baseia-se nas ações cotidianas dos serviços acoplando saberes e práticas dos sujeitos envolvidos (gestor, trabalhador e usuário) na produção do cuidado ⁽¹⁹⁸⁾. Assim, as narrativas e itinerários terapêuticos, na prática:

“Partem do relato dos usuários em primeira pessoa, da vivência de adoecimento e/ou sofrimento, com seus significados subjetivos e suas correlações com o contexto vivido e suas relações sociais. Demonstram os esforços empreendidos para acessar os serviços de saúde e as escolhas efetuadas frente aos momentos de decisão. Permitem perceber os constrangimentos, as facilidades, as mediações necessárias e sobretudo, os diálogos efetivados entre os vários atores envolvidos no trajeto. Também permitem discutir os valores e seus juízos empregados na percepção de qualidade do cuidado oferecido, sua efetividade técnica e prática para a vida dos usuários.” (p. 116) ⁽¹⁹⁸⁾

Por retratarem uma composição derivada dessa lógica dos usuários em face à lógica dos serviços de saúde, isto é, como os profissionais e a organização do sistema de saúde respondem às demandas apresentadas, os itinerários podem ser aplicados como ferramenta de avaliação de intervenções e da própria rede de saúde ⁽¹⁹⁹⁾.

Na presente dissertação, a condição de saúde traçadora selecionada foi a incapacidade funcional adquirida a partir do diagnóstico de Covid-19, que configura um dos desfechos possíveis da Síndrome Pós Covid-19 ou Covid Longa. A escolha do traçador se deu pelo fato de que as sequelas funcionais decorrentes de Covid-19 geraram novas necessidades em reabilitação multidisciplinar, e tornaram a reabilitação especialmente relevante para a superação dos efeitos da pandemia ^(156,200).

A análise dos itinerários terapêuticos de usuários que necessitaram de reabilitação multiprofissional após infecção pelo SARS-Cov2 pode auxiliar na compreensão de como esta rede tem se organizado para atender suas novas demandas, além das demandas habituais das PCD.

A coleta de dados se deu entre junho e setembro de 2021, com entrevistas guiadas por meio de roteiro de perguntas que buscavam aportar a compreensão de temas referentes à busca por tratamento desde os primeiros sintomas da Covid-19 até a inserção na reabilitação (quadro 2 e apêndice C).

Quadro 2 - Dimensões de análise dos itinerários terapêuticos e seus componentes, São Paulo – SP, 2021

Dimensões	Componentes
Do adoecimento ao diagnóstico	Processo de adoecimento Busca por serviços de saúde Diagnóstico e direcionamentos
Internação Hospitalar	Percepções sobre o serviço e rotina de cuidado Acompanhamento multiprofissional hospitalar Referenciamento da alta
Cuidados após alta	Necessidades após internação Fluxo assistencial Percepções sobre a atuação da UBS Avaliação e suporte social
Reabilitação	Acesso à reabilitação Percepções sobre os cuidados no CER Integralidade do cuidado

Fonte: elaboração própria.

Os possíveis participantes foram indicados por profissionais de saúde que compunham a equipe de reabilitação do CER Freguesia do Ó/Brasilândia. Foram incluídos todos aqueles que haviam recebido diagnóstico confirmado de Covid-19 e que não realizassem reabilitação por nenhuma condição de saúde prévia.

As entrevistas ocorreram no próprio serviço de reabilitação nos períodos de intervalo entre consultas, com os sujeitos e seus acompanhantes que firmaram consentimento às condições da pesquisa e permitiram o registro de áudio durante o encontro. A coleta de dados foi encerrada de acordo com critério de saturação de conteúdo, quando os atores envolvidos, equipamentos de saúde e experiências apresentados nos relatos se tornaram recorrentes.

Os relatos foram transcritos e submetidos à uma pré-análise composta de leitura flutuante e verificação do objeto quanto a: alcance dos aspectos visados com o roteiro de entrevista; representatividade do material coletado; homogeneidade e pertinência dos produtos das entrevistas. Os textos então passaram a ser analisados segundo os domínios: histórico pessoal, diagnóstico e internação, alta hospitalar, coordenação do cuidado pela APS, e reabilitação. Identificaram-se os fatores de acesso a recursos, acessibilidade, suporte ofertado e participação do usuário, identificando as estratégias, facilitadores e barreiras encontradas para a garantia do acesso e da continuidade do cuidado.

A exploração do material foi aprofundada a partir da codificação das narrativas segundo núcleos temáticos, e formulação de diagramas e matrizes de análise. Utilizou-se o software de análise de dados qualitativos NVivo, versão Release 1.7. Esta ferramenta foi empregada como suporte desde a fase de organização dos arquivos até as etapas de avaliação do material, permitindo melhor visualização da localização temporal do conteúdo apresentado pelos sujeitos bem como das correspondências e contraposições de excertos entre os informantes, em diferentes momentos das narrativas. Também foi possível realizar a triangulação de informações dos itinerários por atributos relativos a características relatadas dos quadros, como momento do adoecimento ao longo da pandemia e tempo de internação hospitalar, frente a barreiras e facilitadores observados.

A análise de conteúdo consiste na avaliação e interpretação sistemática do material de estudo, com o intuito de identificar padrões, temas e significados contidos no processo de comunicação social. A codificação do conteúdo por temas, como adotada neste estudo, permite a organização das informações em elementos menores passíveis do aprofundamento das reflexões, a partir de processos indutivos e/ou dedutivos que façam face às perguntas de pesquisa e ao referencial teórico adotado, gerando dados e inferências ⁽²⁰¹⁾. Seu desenvolvimento envolve certa convergência para a lógica das metodologias quantitativas, visto que busca a objetividade na avaliação de presença e frequência das unidades de análise (temas, códigos, palavras) na verificação de seu grau de relevância sobre determinado assunto ⁽²⁰²⁾.

Neste caso, o estabelecimento de relações entre os núcleos de sentido ou categorias selecionados, bem como o cruzamento destes com características de cada caso, objetiva explicar quais são os valores e modelos de comportamento envolvidos

nos percursos assistenciais dos sujeitos que necessitaram de reabilitação após Covid-19 e como a rede de saúde municipal respondeu a essas buscas.

Também foram avaliados documentos técnicos da secretaria municipal de saúde que versam sobre suas diretrizes para reabilitação no âmbito da RCPD e sobre o protocolo de reabilitação pós-covid19.

3.3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DA RCPD NO CAMPO DE ESTUDO

Na época da pesquisa de campo, em 2021, o município de São Paulo contava com 33 serviços próprios e exclusivos de reabilitação (29 classificados pela gestão municipal com CER e funcionando em conformidade às diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, dentre os quais 19 já possuíam habilitação publicada por portaria federal, 03 Núcleos Integrados em Reabilitação e um Núcleo Integrado em Saúde Auditiva) ⁽²⁰³⁾. Além destes, também se situavam no território paulistano equipamentos da RCPD sob gestão estadual como os integrantes da Rede Lucy Montoro, e unidades sem fins lucrativos prestadoras de serviço para o SUS municipal como a Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) e o Instituto Jô Clemente.

Atualmente, a estruturação e o funcionamento da RCPD se dão em conformidade com o documento orientador municipal “Diretrizes para a organização das ações de Reabilitação da Rede De Cuidados à Pessoa Com Deficiência”, de 2022. Tal publicação preconiza que os munícipes sejam atendidos em suas diversas necessidades, a partir do funcionamento integrado e articulado dos CER aos demais pontos da rede de atenção à saúde no âmbito municipal ⁽²⁰⁴⁾.

Neste intuito, é destacada a recomendação para utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como ferramenta para a integralidade, com elaboração que envolva as equipes, o usuário e sua família, fortalecendo o protagonismo das PCD e a mobilização territorial ⁽²⁰⁴⁾.

O protocolo de acesso para os CER paulistanos estabelece que as consultas de primeira vez sejam reguladas por um sistema de agendamento informatizado, a partir da fila de encaminhamentos das unidades básicas de saúde (UBS). Para estes agendamentos, cada CER é definido como referência para uma ou mais Supervisões Técnicas de Saúde, que são correspondentes às menores subdivisões regionais administrativas para os serviços de saúde dentro do município.

O primeiro agendamento no CER para o usuário que possui um ou mais tipos de deficiência deve ser para uma avaliação multiprofissional em reabilitação. Este procedimento é idealmente realizado por dois ou três profissionais de reabilitação de diferentes categorias, incluindo enfermeiros e médicos.

A avaliação multiprofissional se baseia no acolhimento com escuta qualificada para identificar a necessidade de avaliações específicas e complementares. É também um momento em que se apresenta o trabalho realizado no serviço, e no qual ocorre a tentativa de construção de um primeiro vínculo dos profissionais com o usuário. Após esta intervenção e a discussão dos casos em equipe, realiza-se a construção do PTS e a programação das condutas terapêuticas a serem adotadas.

Em setembro de 2020, foi determinado pela gestão municipal que os casos de queixas relacionadas a condições pós-covid-19 passassem por avaliação inicial pelas equipes das UBS. Casos de sequelas leves, ou sem impactos significativos sobre as atividades diárias, deveriam permanecer somente sob acompanhamento na APS, enquanto aqueles identificados como Síndrome Pós-covid19 com limitações funcionais passariam a ser direcionados para serviços especializados da rede municipal como os CER, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e ambulatórios de especialidades ⁽²⁰⁵⁾.

No arranjo colocado a partir deste novo protocolo, as demandas classificadas como “Pós COVID-19 com Limitações nas Atividades de Vida Diária” encaminhadas ao CER se equipararam a outras condições excepcionais já previstas, a exemplo da necessidade de “Reabilitação Pós-Alta Hospitalar”. Foram, portanto, incluídas numa lista de critérios para os quais o atendimento deve ser ofertado de maneira prioritária.

Para esses casos, a previsão era de disponibilizar vagas denominadas de “reserva técnica” para avaliação em reabilitação, que se diferenciam do fluxo regulatório original. Esta oferta preferencial deveria ser utilizada pelas unidades reguladoras das regiões do município a partir do acesso direto aos serviços especializados, “conforme pactuação e necessidade local, a fim de garantir que não exista espera para os pacientes prioritários”.

O documento norteador da RCPD também estipula que o fluxo de acesso à reabilitação possa ser, eventualmente, modificado de forma que a discussão do caso em rede e o agendamento de avaliação em reabilitação (em CER ou na modalidade de atenção domiciliar) ocorram antes mesmo da alta hospitalar, quando necessário.

Os itinerários terapêuticos deste estudo foram obtidos a partir de um único equipamento municipal, o CER Freguesia do Ó/Brasilândia, que na época era referência para os serviços da APS da Supervisão Técnica de Saúde de Freguesia do Ó/Brasilândia, mas também para as supervisões vizinhas que ainda não possuíam CER (Perus e Pirituba). É uma unidade de saúde própria da rede municipal, sob gestão direta, mas que também possui parte relevante da equipe de profissionais contratada por intermédio de uma organização social de saúde e ainda por uma associação beneficente por meio de acordo de cooperação. Ou seja, dentro do mesmo equipamento, coexistiam três formas de vínculo empregatício entre os profissionais de reabilitação. Já as UBS para as quais esse CER era referência eram administradas por duas diferentes organizações sociais.

Na última década, em São Paulo, ocorreu a ampliação do número de contratos com entes privados assim como do montante de transferências orçamentárias do Fundo de Saúde para as organizações do terceiro setor, embora a aceleração do processo de mercantilização implícita do SUS no município não coincida com resultados que sustentem melhor desempenho ou redução de custos para a gestão (206).

O CER Freguesia do Ó/Brasilândia é habilitado pelo Ministério da Saúde, desde 2015, como um CER II que atende as deficiências congênitas e adquiridas, permanentes ou transitória, do tipo física e intelectual. Durante o estudo, apresentava a seguinte composição de equipe: fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, enfermeiros, auxiliar de enfermagem, médicos neurologistas, ortopedistas e traumatologistas, e reumatologista, cuidadores em saúde, além de condutor de ambulância e assistentes administrativos.

Os profissionais do CER cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde como “cuidadores em saúde” são agentes de saúde de nível médio que compõem as equipes do programa Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência (APD), estratégia municipal de suporte à pessoa com deficiência intelectual, suas famílias e comunidade, com vistas ao desenvolvimento de sua autonomia no território (207).

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa “Desafios da implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em diferentes contextos regionais: abordagem multidimensional e multiescalar” foi financiada com recursos provenientes do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação e do Ministério da Saúde, por meio da Chamada MS-SCTIE-DECIT/CNPQ N°35/2018, e aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da USP, parecer nº4.726.914, contemplando sua atualização pela emenda ao projeto inicial com a investigação das questões relacionadas à pandemia na RCPD.

4. RESULTADOS PARTE I – Produção Ambulatorial e *Websurvey*

Nesta seção são apresentados os resultados da primeira parte do estudo a respeito dos impactos da pandemia de Covid-19 sobre os CER do Brasil. Uma parcela desses achados foi publicada em número sobre a pandemia de Covid-19 da Revista de Saúde Pública sob o título “Centros Especializados em Reabilitação (CER) no SUS e o impacto da pandemia de Covid-19”, em maio de 2023 ⁽²⁰⁸⁾.

Na Tabela 1 são apresentadas as características dos CER cujos procedimentos processados no sistema de informação foram analisados, assim como dos CER onde atuavam os respondentes do *websurvey*.

Tabela 1 - Características dos CER analisados quanto à localização, classificação e natureza administrativa, Brasil, 2021.

Variável	Análise de Procedimentos SIA-SUS n (%)	Respondentes do <i>Websurvey</i>			
		Gestores n (%)	Profissionais de Reabilitação n (%)	Total n (%)	
Total CER	237(100,0)	85 (30,0)	198 (70,0)	283 (100,0)	
Região brasileira	Norte	23 (9,7)	4 (4,7)	19 (9,6)	23 (8,1)
	Nordeste	79 (33,3)	24 (28,2)	21 (10,6)	45 (15,9)
	Sudeste	91 (38,4)	35 (41,2)	100 (50,5)	135 (47,7)
	Sul	18 (7,6)	12 (14,1)	40 (20,2)	52 (18,4)
	Centro-Oeste	26 (11,0)	10 (11,8)	18 (9,1)	28 (9,9)
Tipo*	II	153 (64,6)	55 (64,7)	116 (58,6)	171 (60,4)
	III	57 (24,0)	19 (22,4)	45 (22,7)	64 (22,6)
	IV	27 (11,4)	11 (12,9)	37 (18,7)	48 (17,0)
Modalidade(s) de deficiência atendida	Auditiva	103 (43,5)	40 (47,1)	99 (50,0)	139 (49,1)
	Física	217 (91,6)	77 (90,6)	186 (93,9)	263 (92,9)
	Intelectual	204 (86,1)	71 (83,5)	159 (80,3)	230 (81,3)
Natureza administrativa	Visual	58 (24,5)	24 (28,2)	50 (25,2)	74 (26,1)
	Pública	125 (52,7)	36 (42,4)	100 (50,5)	136 (51,9)
	Privada /Filantrópica	112 (47,3)	49 (57,6)	98 (49,5)	147 (48,1)

CER tipo II: serviços habilitados a atender duas diferentes modalidades de deficiência; CER tipo III: serviços habilitados a atender três diferentes modalidades de deficiência; CER tipo IV: serviços habilitados a atender as quatro modalidades de deficiência.

A comparação entre os três períodos do estudo evidencia diminuição de 33,3% no número total de procedimentos dos CER registrados no SIA-SUS no primeiro ano de pandemia (AP1), ou seja, perda de 178.700,33 procedimentos mensais (tabela 2), após este período, no segundo ano de pandemia (AP2), observa-se recuperação e acréscimo em 10,7%.

As maiores perdas em AP1 ocorreram para atendimentos terapêuticos coletivos e individuais de todas as especialidades, acompanhados por abordagens diagnósticas e dispensação de órteses, próteses e materiais especiais (tabela 2). Apenas os cuidados às pessoas ostomizadas e consultas de profissionais de nível superior (não médicos) não sofreram redução no registro de procedimentos em AP1, tendência mantida em AP2.

Na comparação entre AP2 e o ano anterior à pandemia (AAP), observa-se recuperação de 11 dos 18 grupos, com destaque para o aumento de 104,1% dos procedimentos de Fisioterapia Cardiorrespiratória. As atividades em grupo, avaliações multiprofissionais, terapias visuais, terapias auditivas, terapia fonoaudiológica e dispensação de cadeiras de rodas e de OPM para deficiência visual ainda não haviam recuperado o número médio de procedimentos em AP2.

Tabela 2 - Número médio mensal de procedimentos realizados nos CER segundo tipo, Brasil, 2019–2021.

	Média Mensal de Procedimentos			Diferença entre procedimentos realizados (%)	
	AAP	AP1	AP2	AP1/APP	AP2/APP
Atendimento à pessoa ostomizada	1.681,6	2.365,2	3.142,0	40,7	86,8
Fornecimento de materiais para ostomias	11.898,1	13.071,1	14.927,8	9,9	25,5
Consulta de profissional nível superior (exceto médico)	58.305,3	60.121,8	93.163,6	3,1	59,8
Visita domiciliar	45,4	44,4	72,2	-2,2	59,0
Dispensação de cadeiras de rodas	6.803,6	5.477,4	6.515,7	-19,5	-4,2
Avaliação multiprofissionais	1.063,3	818,6	959,6	-23,0	-9,8
Consulta médica	41.872,7	31.531,4	46.384,3	-24,7	2,7
Dispensação de OPM deficiência física	6.734,3	5.094,2	7.309,9	-24,4	8,6
Dispensação de OPM deficiência visual	833,1	549,5	805,2	-34,0	-3,3
Dispensação de aparelhos auditivos	5.071,3	3.736,3	5.778,8	-26,3	13,9

Continua

	Média Mensal de Procedimentos			Diferença entre procedimentos realizados (%)	
	AAP	AP1	AP2	AP1/APP	AP2/APP
	<i>Continuação</i>				
Terapia em reabilitação intelectual	169.380,9	108.945,4	178.951,7	-35,7	5,7
Terapia fonoaudiológica	11.824,2	7.390,8	11.326,1	-37,5	-4,2
Exame diagnóstico	56.359,8	34.510,8	57.647,2	-38,8	2,3
Terapia em reabilitação visual	5.268,8	3.050,6	4.864,9	-42,1	-7,7
Terapia em reabilitação auditiva	4.280,5	2.465,3	4.044,9	-42,4	-5,5
Terapia em reabilitação física	151.381,5	77.836,3	153.161,4	-48,6	1,2
Fisioterapia cardiorrespiratória	2.131,8	998,9	4.351,4	-53,1	104,1
Atividade em grupo	2246,3	474,1	1028,0	-78,9	-54,2
Total Procedimentos	537182,3	358482,0	594434,7	-33,3	10,7

AAP: ano anterior à pandemia; AP1: primeiro ano de pandemia; AP2: segundo ano de pandemia; OPM: órteses, próteses e materiais especiais.

Fonte: SIASUS.

A análise dos procedimentos por categoria profissional executante revela que apenas os procedimentos de enfermagem não sofreram redução em AP1 (tabela 3). Em AP2, cirurgiões dentistas, pedagogos/psicopedagogos e médicos ainda não haviam alcançado a média de procedimentos de APP.

Tabela 3 – Número médio mensal de procedimentos realizados nos CER segundo categoria profissional, Brasil, 2019–2021.

Variável	Média Mensal de Procedimentos			Diferença entre procedimentos realizados (%)	
	AAP	AP1	AP2	AP1/APP	AP2/APP
Enfermeiro(a)	25.412,70	32.990,30	47.067,60	29,8	85,2
Educador(a) físico(a)	219,4	203,9	492,2	-7,1	124,3
Psicólogo(a)	47.830,10	36.632,50	60.074,70	-23,4	25,6
Assistente social	26.514,90	19.658,00	30.964,80	-25,9	16,8
Nutricionista	4.244,20	3.042,40	5.346,70	-28,3	26
Fonoaudiólogo(a)	100.431,00	69.098,70	110.952,20	-31,2	10,5
Terapeuta ocupacional	47.970,30	32.999,80	55.905,30	-31,2	16,5
Médico(a)	89.267,60	57.848,30	88.111,00	-35,2	-1,3
Fisioterapeuta	169.527,30	91.526,30	170.593,10	-46	0,6
Pedagogo(a)/ Psicopedagogo(a)	19.652,20	10.531,30	18.306,90	-46,4	-6,9
Cirurgião(ã) dentista	1.285,10	542,6	948,2	-57,8	-26,2
Outros profissionais	2.389,50	1.807,20	3.542,30	-24,4	48,2
Sem CBO identificado	2.379,70	1.588,00	2.077,20	-33,3	-12,7

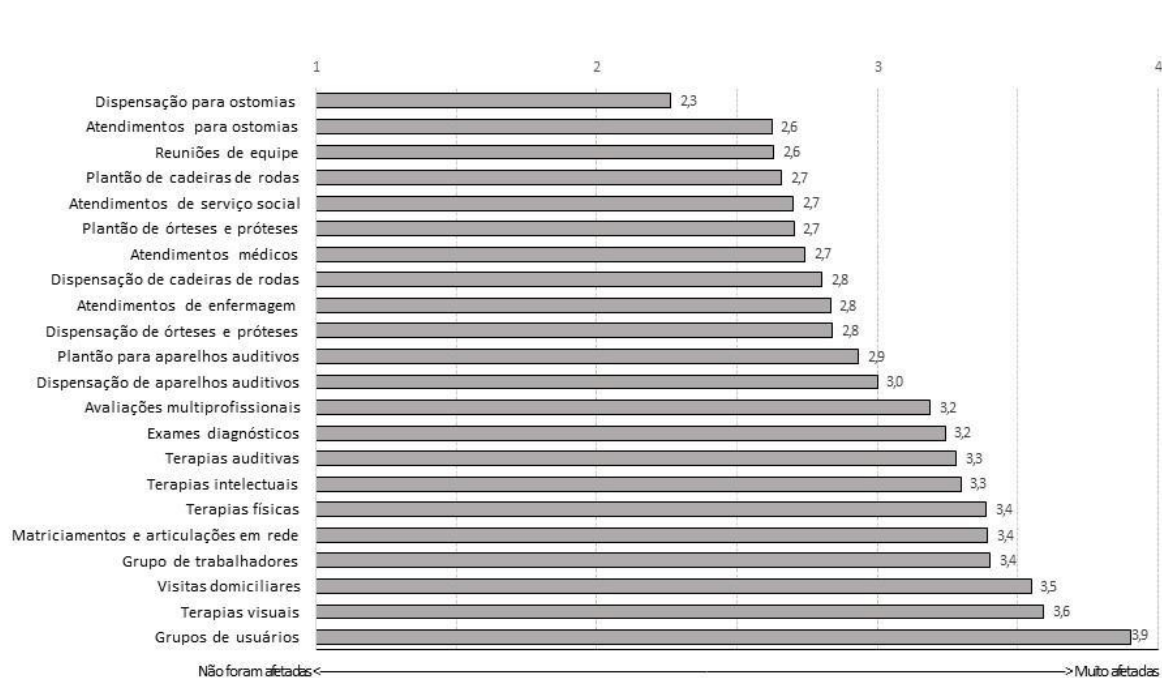
AAP: ano anterior à pandemia; AP1: primeiro ano de pandemia; AP2: segundo ano de pandemia; CBO: Classificação Brasileira de Ocupações.

Fonte: SIA-SUS

Em relação à percepção dos profissionais da RCPD foram recebidas 601 respostas ao *websurvey*. Excluídas as entradas duplicadas e as respostas de profissionais atuantes em outros tipos de serviços, obteve-se o número final de 85 respondentes gestores, atuantes em 34,3% do total de CER habilitados pelo Ministério da Saúde, e 198 profissionais de reabilitação de CER. Dos participantes incluídos na análise, 42,6% eram fisioterapeutas, fonoaudiólogos 18,0%, terapeutas ocupacionais 14,5%, psicólogos 12,7%, assistentes sociais 8,5%, e outros profissionais 3,7%. Entre os participantes, 70,6% atuavam em CER com até 50 profissionais.

A percepção dos gestores respondentes é de que todas as ações foram afetadas, com maior prejuízo para as atividades em grupo de usuários, terapias visuais e visitas domiciliares (figura 1). Quando gestores foram questionados sobre as dificuldades vivenciadas, houve relato de serviços totalmente paralisados nos momentos iniciais da pandemia, sendo que a suspensão de atendimentos por eles realizados foi afirmada por 78,8% dos profissionais de reabilitação entrevistados.

Figura 1 – Gráfico de percepção dos gestores sobre quanto as atividades realizadas nos CER foram afetadas pela pandemia de Covid-19. Brasil, 2020-2021.



Fonte: elaboração própria.

Em relação à organização dos serviços durante a pandemia, 91,7% dos gestores indicam mudanças estruturais e/ou organizacionais nas unidades para adaptação à nova realidade (tabela 4). Confirmando os dados de produção ambulatorial, foi apontada redução nos atendimentos prestados diariamente por 94,7% dos participantes, assim como redução na frequência de terapias para cada paciente (informada por 83,5% dos gestores).

Ademais, foram incorporadas adequações no formato de atendimentos e observou-se diminuição no número de profissionais atuando em suas funções habituais. Houve realocação de profissionais dos CER para outras unidades em 41,2% das respostas de gestores. E em 60,0% dos CER, trabalhadores passaram a desempenhar outras funções na mesma unidade. Afastamentos de trabalhadores devido a quadro ou suspeita de Covid-19 ocorreram para 97,6% das respostas à pesquisa.

Critérios para priorização dos pacientes que deveriam ser atendidos presencialmente foram introduzidos. Os mais relatados foram: indivíduos com risco de agravos ou de atraso na funcionalidade; maior comprometimento neuromotor; disfágicos e; crianças em estimulação do desenvolvimento. Quadros agudos e o atendimento de pessoas sem comorbidades também foram apontados como prioridades. Para as PCD com comorbidades foram priorizados atendimentos à distância, reduzindo sua exposição e o risco de contaminação no serviço de saúde.

Para guiar tais modificações, diretrizes provenientes de outras instâncias de gestão, tais quais secretarias municipais e estaduais, gerências distritais de saúde e organizações sociais, foram recebidas em tempo considerado oportuno por 76% dos entrevistados e consideradas tardias por 15,9%. Os demais afirmaram não saber ou não ter recebido orientações para as adaptações de funcionamento do serviço à situação emergencial.

Tabela 4 - Modificações realizadas no funcionamento das unidades e nas equipes de reabilitação dos CER, segundo gestores e profissionais de reabilitação, Brasil, 2020-2021.

		Gestores			Profissionais de reabilitação		
		Sim n (%)	Não n (%)	Não sabe n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	Não sabe n (%)
Funcionamento da unidade	Mudanças estruturais e/ou organizacionais na unidade*	78 (91,7)	7 (8,2)	0	...	...	...
	Adaptações para grupos prioritários e de risco para Covid-19*	76 (89,4)	9 (10,6)	0	...	...	...
	Redução na frequência de terapias de cada paciente*	71 (83,5)	13 (15,3)	1 (1,2)	...	...	...
	Reclamações de usuários devido à fila de espera por atendimento*	33 (38,8)	49 (57,7)	3 (3,53)	...	...	...
	Redução do nº de atendimentos realizados por dia	84 (98,8)	1 (1,2)	0	184 (92,9)	12 (6,1)	2 (1,0)
	Modificação duração de cada atendimento	51 (60,0)	33 (38,8)	1 (1,2)	81 (40,9)	113 (57,1)	4 (2,0)
	Aumento do intervalo entre atendimentos	81 (82,3)	3 (3,5)	1 (1,2)	152 (76,8)	33 (16,7)	13 (6,5)
Equipe de reabilitação	Mudança de atribuições dos profissionais*	51 (60,0)	34 (40,0)	0	...	...	...
	Afastamento profissional por caso ou suspeita de Covid-19*	83 (97,6)	2 (2,4)	0	...	...	...
	Revezamento entre turnos das equipes	49 (57,6)	36 (42,4)	0	73 (36,9)	122 (61,6)	3 (1,5)
	Remanejamento de profissionais para outras unidades	35 (41,2)	50 (58,8)	0	110 (55,5)	76 (38,4)	12 (6,1)
	Oferta de suporte psicológico para os profissionais	52 (61,2)	31 (36,4)	2 (2,4)	74 (37,4)	98 (49,5)	26 (13,1)

*Questão respondida somente por gestores

A maior parte dos gestores afirmou que houve capacitação profissional sobre: prevenção e transmissão da Covid-19 (77,65%), uso de EPI (84,7%) e fluxo assistencial para Covid-19 (63,5%). A participação relatada pelos profissionais de reabilitação em capacitações ofertadas por suas instituições de vínculo profissional sobre os temas acima descritos foi de 69,2%. O envolvimento com outras capacitações por iniciativa própria foi de 75,8%, incluindo formação *online* ofertada pelo Ministério da Saúde como parte da Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde" ⁽²⁰⁹⁾.

Mesmo observado este importante alcance das atividades formativas, cerca de 46% dos profissionais de reabilitação informaram não se considerarem aptos a atender as demandas relacionadas à Covid-19.

Mais de 60% do total de gestores e profissionais indicaram que, no momento do *websurvey*, seus serviços já realizavam atendimentos de pessoas com sequelas de Covid-19. Gestores apontaram que adaptações estruturais para receber estes casos foram feitas em 58,1% dos casos, e em 81,4% destes serviços, este perfil de usuários era priorizado para agendamento.

Diretrizes assistenciais para casos de reabilitação Pós-Covid-19 a serem adotadas por suas unidades foram recebidas em momento considerado oportuno por somente 36,5% dos gestores, e recebidas tardiamente por 10,6% dos mesmos. Dentre os profissionais de saúde, 34,8% foram informados sobre protocolos específicos de reabilitação pós-covid19 a serem adotados, no entanto, 86,4% afirmaram que não havia sido ofertada capacitação profissional específica sobre reabilitação após Covid-19.

Embora 76,7% do total de entrevistados tenham relatado a realização de teleatendimentos em seus serviços, recursos tecnológicos para telerreabilitação eram indisponíveis ou considerados insuficientes em mais da metade das unidades, levando profissionais a utilizarem os próprios celulares para chamadas de áudio e vídeo em mais de 60% dos serviços (tabela 5). Para mais de um terço dos profissionais, os usuários também não possuíam condições estruturais e dispositivos adequados para serem atendidos virtualmente.

Tabela 5 - Disponibilidade de recursos para telerreabilitação segundo gestores e profissionais de reabilitação dos CER brasileiros, 2020-2021.

	Gestores			Profissionais de reabilitação		
	Sim	Não	Não sabe	Sim	Não	Não sabe
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Suficiência de computadores com dispositivos de áudio e vídeo na unidade	41 (48,2)	44 (51,8)	0	58 (29,3)	134 (67,7)	6 (3,0)
Suficiência de celulares e/ou tablets institucionais	40 (47,1)	45 (52,9)	0	47 (23,7)	140 (70,7)	11 (5,6)
Adequada conexão à internet na unidade	58 (68,2)	27 (31,8)	0	108 (54,5)	89 (45,0)	1 (0,5)
Rede wireless na unidade	54 (63,5)	31 (36,5)	0	75 (37,9)	115 (58,1)	8 (4,0)
Uso de telefone pessoal pelos profissionais	55 (64,7)	25 (29,4)	5 (5,9)	131 (66,2)	49 (24,7)	18 (9,1)
Usuários possuem recursos para participar de teleatendimento	60 (70,6)	23 (27,1)	2 (2,3)	117 (59,1)	68 (34,3)	13 (6,6)

O levantamento das necessidades em saúde da população atendida foi feito em 35,3% dos CER nos quais os entrevistados trabalhavam. Gestores não foram capazes de descrever ferramentas específicas utilizadas neste diagnóstico. Relataram-se contatos telefônicos e atendimentos remotos limitados à adequação de condutas de reabilitação e eventuais encaminhamentos para outros serviços. Apenas 9,4% mencionaram ações de articulação com a rede de saúde, território e/ou outros setores.

Tabela 6 – Desenvolvimento de ações suporte e controle social nos CER segundo gestores, Brasil, 2020-2021.

	Sim	Não	Não sabe
	n (%)	n (%)	n (%)
Levantamento das necessidades dos usuários do serviço durante o isolamento	30 (35,3)	52 (61,2)	3 (3,5)
Realização de avaliação social ou direcionamento para recursos socioassistenciais	73 (86,0)	6 (7,0)	6 (7,0)
Elaboração, distribuição e/ou divulgação de material informativo sobre PCD na pandemia	54 (63,5)	30 (35,3)	1 (1,2)
Manutenção das reuniões de conselho gestor da unidade	44 (51,8)	36 (42,3)	5 (5,9)

Como parte do enfrentamento da pandemia, 86% dos serviços realizaram ações de avaliação social ou direcionamento dos usuários para recursos da rede socioassistencial (programas emergenciais de transferência de renda, alimentação e outros). Por outro lado, reuniões de conselhos deliberativos para participação social foram suspensas ou reduzidas em 42,3% das unidades. Foram produzidos e/ou divulgados materiais informativos sobre especificidades das PCD e a pandemia de Covid-19 por 63,5% (tabela 6).

Nas questões abertas, houve relatos de paralisação total de alguns serviços nos momentos iniciais da pandemia, além de dificuldades e facilidades quanto à compreensão e aderência aos novos formatos de atendimentos pelos usuários e suas famílias. A insuficiência de transporte adequado, o medo de contaminação e insegurança foram alguns fatores descritos que teriam levado à descontinuidade das terapias, por iniciativa dos usuários. Foi destacada a atuação das equipes na reinvenção dos modos de atuar e na iniciativa de desenvolver protocolos para as novas demandas.

Especialmente nos relatos das experiências de profissionais de reabilitação, avaliadas por meio de questões abertas, são mencionadas as perdas quanto à evolução dos projetos terapêuticos em andamento no início da pandemia com as restrições socioambientais e cotidianas de seus pacientes. Questões de saúde mental dos usuários e equipes também são frequentemente citadas como agravantes das dificuldades vivenciadas na rotina de trabalho. E destacam-se reclamações recebidas dos usuários e famílias sobre o aumento do tempo em fila de espera para serem atendidos, em virtude da redução de atendimentos.

Raramente foram descritos planos de ação e estratégias bem estruturadas, com organização sistematizada da própria instituição e atuação integrada às ações da rede de saúde para o enfrentamento à pandemia. Foram reportadas dificuldades para obter instruções por instâncias superiores, falta de suporte para introdução do teleatendimento e para registro e faturamento desse procedimento, bem como pressão pela produtividade dos serviços que dificultou a manutenção dos protocolos de biossegurança.

5. DISCUSSÃO PARTE I – Produção Ambulatorial e *Websurvey*

Antes mesmo da pandemia de Covid-19, já se discutiam dificuldades de implantação da RCPD para garantir equidade no acesso e a integralidade do cuidado (183,184). Os achados aqui apresentados demonstram uma profunda diminuição dos procedimentos realizados, sobretudo nos meses iniciais da pandemia, bem como a diminuição da oferta de grupos terapêuticos e atendimentos individuais, alto índice de afastamento de profissionais e estrutura insuficiente para telerreabilitação. Estes podem se configurar como desafios adicionais para a consolidação desta rede.

Os resultados apresentados vão ao encontro de outros estudos quanto aos prejuízos no acesso a serviços de saúde pelas PCD (125,210,211). Salienta-se que o “número de procedimentos” registrados não deve ser confundido com o “número de atendimentos” executados. Para o processamento de informações sobre a execução de procedimentos, um único atendimento pode abarcar simultaneamente o registro de produção de consulta, avaliações, exames, terapias, inclusive por mais de um profissional. Logo, este impacto sobre o número e frequência de pessoas atendidas pode ser ainda maior.

Nota-se convergência entre a percepção dos gestores com as perdas verificadas para a produção ambulatorial dos CER durante o primeiro ano de pandemia. Contudo, atividades como reuniões de equipe, articulação em rede e matriciamento não puderam ser comparadas pela ausência de códigos para registros dos procedimentos na época do levantamento dos dados, mesmo que configurem ações-chave na formulação de estratégias em situação de crise. O mesmo ocorre para avaliações multiprofissionais em reabilitação auditiva, física e intelectual. Tais procedimentos são indicados nas avaliações iniciais de novos usuários que acessam os serviços de reabilitação.

O procedimento que sofreu maior diminuição, durante o período analisado, foi o de “atividades em grupo”. A necessidade de distanciamento social é fator decisivo para tal achado. No entanto, as atividades coletivas são essenciais para manutenção dos ganhos motores e para a prevenção dos agravos crônicos, além de propiciar socialização, trocas de experiências e de saberes. O prolongamento da não realização das atividades em grupo poderá impactar severamente as condições físicas, sociais e cognitivas dos usuários.

Procedimentos voltados especificamente para deficiência visual, assim como reabilitação auditiva e terapia fonoaudiológica, não retomaram patamares de execução anteriores à pandemia, denotando o risco de agravar disparidades na assistência para diferentes tipos e níveis de deficiência.

O incremento de “Consulta de profissionais de nível superior (exceto médico)” em AP2 pode ser explicado pela ampla utilização deste código, englobando tanto as terapias presenciais mantidas quanto as virtuais implantadas (especialmente na ausência inicial de reconhecimento dos atendimentos remotos, normatizados somente a partir do final do 2021). Além disso, o código pode ter sido utilizado para atendimentos individuais originados a partir de grupos suspensos.

Ainda que no ano de 2021 tenha ocorrido uma maior onda de casos e mortes, houve aumento de alguns procedimentos a níveis anteriores à APP. Fato este que pode estar relacionado às orientações locais de retomada de atendimentos ambulatoriais eletivos a partir do primeiro semestre de 2021, concomitantes ao início da vacinação e reforço na divulgação de medidas de prevenção, sobretudo o uso de máscaras.

A elevada ocorrência de afastamento profissional por Covid-19 nos CER dos respondentes é similar à verificada em outros países ⁽¹³⁰⁾. Em alguns municípios, profissionais de saúde foram deslocados para completar as equipes de atendimento aos leitos hospitalares criados para responder ao aumento da demanda, bem como em substituição aos profissionais afastados da linha de frente ^(212–216). O remanejamento de funções entre os trabalhadores, e destes para outras unidades de saúde também pode ter dificultado a manutenção das atividades habituais.

Como exposto anteriormente, as sequelas de Covid-19, por sua complexidade e diversidade, têm se apresentado como um desafio adicional para as redes de atenção à saúde ⁽¹⁷⁾. No Brasil, estes casos de incapacidades funcionais pós-Covid-19 passaram a ser direcionados para serviços de reabilitação.

Este fato pode explicar o expressivo aumento dos procedimentos fisioterapêuticos para quadros respiratórios e cardiovasculares, e dos procedimentos relacionados aos cuidados de ostomias, sobretudo as traqueostomias resultantes da necessidade de intubação prolongada, corroborando com Dinuzzi *et al* (2021) ⁽²¹⁷⁾.

Ao responder às demandas de pós-Covid-19, os CER passam por mudança no perfil de atendimento. A reabilitação cardiorrespiratória não era uma ação comumente realizada nos CER já que o serviço é orientado principalmente para o atendimento das deficiências auditiva, física, intelectual e visual (190). Ainda assim, houve esforço em garantir o acesso prioritário a estes pacientes, mesmo com dificuldades para que a reconfiguração dos serviços ocorresse em tempo hábil para atendê-los adequadamente.

Tal situação parece não ter sido acompanhada pelo aumento e capacitação das equipes, ou pela expansão da capacidade de atendimento dos serviços. Sem expansão da rede, é provável que usuários com outras deficiências vivenciem maiores dificuldades para a garantia do cuidado necessário. A qualidade do atendimento para novas e antigas demandas em reabilitação dependerá da instrumentalização das equipes multiprofissionais através de educação permanente, avaliação e acompanhamento das modificações nos processos de trabalho, e do matriciamento.

Embora a telerreabilitação seja identificada como estratégia promissora de manutenção da assistência às PCD durante a pandemia ⁽²¹⁸⁾, os resultados demonstram que parte dos serviços não possuía condições adequadas, e institucionalmente garantidas, para a utilização desta ferramenta. O uso da telessaúde no Brasil é desafiador devido a fatores regulatórios e estruturais ⁽¹⁴⁵⁾. As teleconsultas foram autorizadas por conselhos de classe e pelo Ministério da Saúde a partir dos tensionamentos gerados pela pandemia. E novos instrumentos de trabalho tiveram de ser rapidamente assimilados por profissionais e serviços de saúde.

Apesar da maioria dos respondentes afirmar que os usuários possuem condições de acesso à telerreabilitação, é necessário destacar que os CER se concentram em capitais estaduais e municípios com maior infraestrutura ^(185,219). Com acesso precário à internet em muitas localidades brasileiras, programas de telerreabilitação dificilmente poderiam ser aplicados de forma extensiva, incorrendo no risco de discriminação da população excluída digitalmente caso não haja mudanças significativas nas políticas públicas ⁽²²⁰⁾.

Nota-se que há uma percepção mais negativa dos profissionais de reabilitação quanto à insuficiência de estrutura para realizar os atendimentos de forma remota quando comparada à opinião de gestores. Este pode ser um fator dificultador para adequação das condições de trabalho no novo formato, uma vez que os gestores podem não ter conseguido compreender as reais necessidades de suas equipes enquanto o processo de adaptação se desenvolvia.

Protocolos e diretrizes para a população geral foram replicados sem personalização para PCD e seus serviços de referência ⁽²²¹⁾. As especificidades dentro deste grupo heterogêneo não foram contempladas pelos planos de enfrentamento, inclusive quanto a vulnerabilidades ainda maiores como PCD institucionalizadas, vivendo em situação de rua, imigrantes e mulheres ⁽²²²⁾. Tal negligência reflete um processo de invisibilidade sistemática ⁽²²³⁾. Apesar das recomendações para a adoção de medidas inclusivas, pautadas na lógica do direito ^(224,225), não se observaram dados que sugerissem esta implementação.

O Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus não especifica abordagens para populações específicas, e apresenta apenas de maneira genérica a importância de observar a “vulnerabilidade da população, incluindo imunidade pré-existente, grupos-alvo com maiores taxas de ataque ou maior risco de graves doenças”(Ministério da Saúde, 2021, p. 06) ⁽²²⁶⁾. Somente a existência de demandas específicas para a população indígena é sinalizada com a importância de serem consideradas em outras diretrizes.

A maioria dos respondentes afirmou realizar algum tipo de ação voltada para o apoio social a seus usuários durante o isolamento, o que pode ser considerado positivo se comparado com a fragilidade nas ações de suporte social no enfrentamento da Covid-19 identificada em outros níveis de assistência ⁽²²⁷⁾.

A análise das políticas públicas adotadas durante o período de pandemia, assim como reformulações futuras, depende da produção de informações epidemiológicas fidedignas e específicas sobre a população que vive com deficiências. O não atendimento desse pressuposto pode configurar, por si só, um mecanismo de exclusão social, uma vez que dados desagregados sobre o acometimento pela Covid-19 por status, tipo e severidade da deficiência são raros, ainda que extremamente necessários ⁽²²⁸⁾.

Um dos limites deste estudo é inerente ao uso de dados do SIA-SUS. Ainda que possa haver atraso no registro dos procedimentos, trata-se de um sistema de informações, com considerável agilidade, e que deve ser utilizado para planejamento, análise de oferta, cobertura e seleção de prioridades ⁽²²⁹⁾.

Outro limite conhecido é que o *websurvey* não utilizou uma amostra probabilística. Ainda assim, foram obtidas respostas de CER com características semelhantes às dos serviços habilitados no país. Acredita-se que os resultados trazem elementos importantes e contextualizam os dados de produção. As diferenças regionais existentes no país podem e devem ser objetos de novos estudos, visando identificar as especificidades locais.

Ao sobrepor duas fontes de informação, dados secundários e as percepções dos gestores e profissionais de reabilitação, os resultados obtidos pela análise dos primeiros ganham vida, aproximando-os da realidade com o uso de abordagem metodológica pertinente ao objetivo proposto. A compreensão da realidade dos cuidados para PCD no país, incluindo territórios sem CER, e variações dentro das diferentes fases da pandemia, exigem estudos direcionados.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO PARTE II – Itinerários Terapêuticos

Neste estudo, foram entrevistados 12 usuários atendidos pelo CER Freguesia do Ó/Brasilândia, inseridos em programa de reabilitação em virtude de incapacidades funcionais adquiridas após quadro de Covid-19. As principais características dos entrevistados podem ser visualizadas no quadro 3.

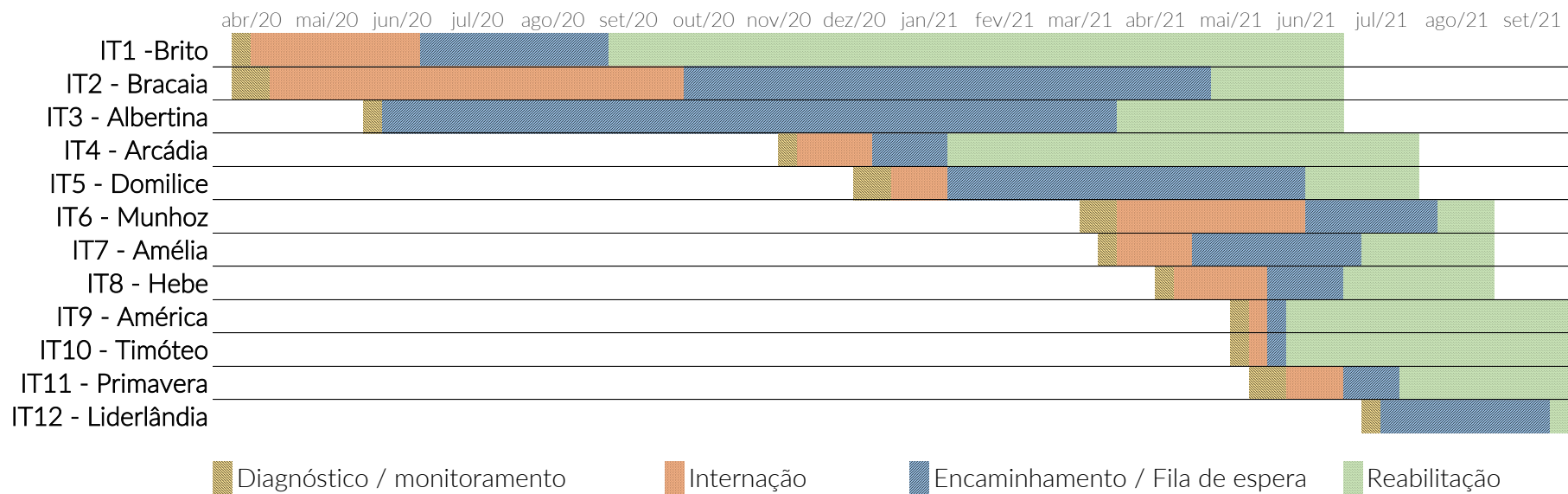
Os informantes foram identificados por nomes fictícios que remetem ao processo histórico de ocupação territorial da região estudada. Em 1968, eram reconhecidas 31 vilas em Freguesia do Ó, dentre as quais 12 foram selecionadas para nomear os entrevistados. Ao longo da década de 40, nas chácaras que correspondiam aos loteamentos do “cinturão caipira” da freguesia de Nossa Senhora do Ó foram sendo constituídas como vilas ou jardins com as mesmas denominações (230).

Quadro 3 - Caracterização dos entrevistados dos Itinerários Terapêuticos sobre Síndrome Pós-covid19, São Paulo - SP, Brasil, 2021.

Identificação	Sexo	Idade	Período de diagnóstico (mês/ano)	Condição social	Tempo de internação (dias)	Espera por reabilitação (dias)
IT 1 - Brito	Masculino	51	Abril / 2020	Desempregado	72	60
IT 2 - Bracaia	Feminino	38	Abril / 2020	Autônoma	150	170
IT 3 - Albertina	Feminino	80	Junho / 2020	Aposentada	0	200
IT 4 - Arcádia	Feminino	52	Novembro / 2020	Assalariada	40	30
IT 5 - Domilice	Feminino	56	Dezembro / 2020	Assalariada	25	30
IT 6 - Munhoz	Masculino	38	Março / 2021	Assalariado	69	45
IT 7 - Amélia	Feminino	58	Março / 2021	Não informada	30	60
IT 8 - Hebe	Feminino	52	Abril / 2021	Assalariada	38	30
IT 9 - América	Feminino	55	Maio / 2021	Trabalhadora informal	8	7
IT 10 - Timóteo	Masculino	53	Maio / 2021	Trabalhador informal	3	7
IT 11 - Primavera	Feminino	38	Junho / 2021	Trabalhadora informal	22	105
IT 12 - Liderlândia	Feminino	68	Julho / 2021	Aposentada	0	60

O tempo de duração das internações hospitalares e o tempo de espera aproximado para obter o atendimento em reabilitação registrados foram aqueles mencionados pelos entrevistados. Não houve verificação documental desses eventos. Para facilitar a visualização e a comparação entre as fases de cuidado de cada um dos itinerários, foi elaborada uma representação gráfica de linha do tempo do momento de início dos sintomas e diagnóstico dos participantes até o mês em que ocorreu cada entrevista (figura 2).

Figura 2 - Representação da linha do tempo dos Itinerários Terapêuticos com identificação das etapas de cuidado ao longo dos meses.



Fonte: elaboração própria.

Durante as entrevistas, alguns acompanhantes emitiram comentários que também foram analisados e serão relatados. Estas contribuições são particularmente relevantes para os assuntos e situações nos quais os usuários precisaram de auxílio de seus familiares para resolução de obstáculos ao acesso aos serviços de saúde.

Na construção das narrativas foram considerados os fluxos assistenciais percorridos pelos entrevistados, incluindo apontamentos sobre as seguintes etapas de cuidado: busca por diagnóstico, internação hospitalar, acompanhamentos após a Covid-19, e reabilitação. Para a presente discussão, enfoque especial foi dado à transição de cuidados após a Covid-19 para o acompanhamento em reabilitação.

O conteúdo dos itinerários terapêuticos foi codificado, organizado e analisado a partir de categorias relativas às características dos participantes, barreiras e facilitadores de diferentes tipos, além de estratégias adotadas para obtenção de cuidados.

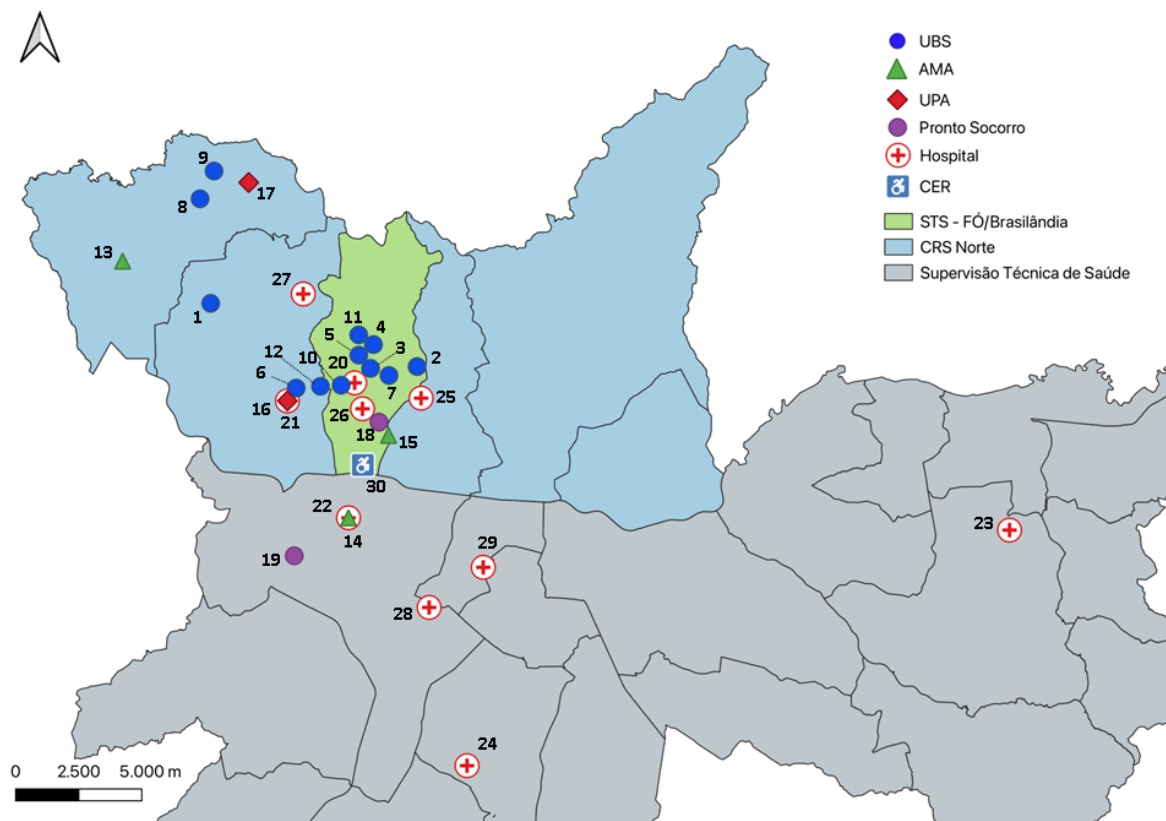
A primeira observação a ser destacada é que as experiências registradas nos itinerários caracterizam trajetórias assistenciais bastante diversas, com acesso a diferentes pontos de atenção da rede de saúde em cada uma das etapas do cuidado. Múltiplos equipamentos de diferentes níveis assistenciais da rede de saúde foram acessados (figura 3), com predomínio de utilização de serviços localizados na Freguesia do Ó/Brasilândia e adjacências, como as regiões de Pirituba e de Perus.

Os deslocamentos ocorreram, em sua maioria, dentro da coordenadoria regional de saúde avaliada e com ocorrência pontual de deslocamentos para regiões mais distantes do município. Foram citados: três Assistências Médicas Ambulatoriais (AMA)**; duas Unidades de Pronto-Atendimento (UPA); dois prontos-socorros (PS) hospitalares; cinco hospitais municipais (HM), sendo quatro públicos e um filantrópico; e quatro hospitais estaduais (dois públicos e dois sem fins lucrativos). Ao todo foram

** AMA é um equipamento de saúde da Atenção Básica do município de São Paulo, criado com o intuito de absorver a demanda espontânea de usuários com quadros agudos de baixa e média complexidade. Os serviços estão implantados junto a UBS, Ambulatórios de Especialidades, Prontos-Socorros e/ou Hospitais.

mencionadas 13 UBS, sendo que nenhuma delas foi utilizada por mais de um usuário, e um único usuário (IT6 – Munhoz) foi atendido por mais de uma UBS.

Figura 3 - Mapa dos equipamentos de saúde acessados nos itinerários terapêuticos, por tipo e localização, São Paulo – SP, Brasil, 2021.



- | | |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 1. UBS Alpes do Jaraguá | 18. Pronto-socorro Municipal 21 de Junho (Freguesia do Ó) |
| 2. UBS Augusto Leopoldo A Galvão | 19. Pronto-socorro Municipal Prof. João Catarin Mezomo (Lapa) |
| 3. UBS Brasilândia | 20. Hospital Municipal Brasilândia |
| 4. UBS Jardim Guarani | 21. Hospital Municipal de Pirituba |
| 5. UBS Jardim Icarai | 22. Hospital Municipal Sorocabana |
| 6. UBS Jardim Cidade Pirituba | 23. Hospital Municipal Waldomiro de Paula (Itaquera) |
| 7. UBS M ^a Cecília F. Donnangelo | 24. Hospital da Cruz Vermelha Brasileira |
| 8. UBS Perus | 25. Hospital Geral de Vila Nova Cachoeirinha |
| 9. UBS Vila Caiuba | 26. Hospital Geral de Vila Penteados |
| 10. UBS Vila Progresso | 27. Hospital Geral de Taipas |
| 11. UBS Vila Terezinha | 28. Hospital das Clínicas da FMUSP |
| 12. UBS Vila Zatt | 29. Santa Casa de São Paulo |
| 13. AMA Parque Anhanguera | 30. CER Freguesia do Ó/ Brasilândia |
| 14. AMA Sorocabana | |
| 15. AMA Vila Palmeiras | |
| 16. UPA Pirituba | |
| 17. UPA Perus | |

Fonte: elaboração própria.

Esta ampla gama de deslocamentos e acessos é condizente com a estrutura da rede assistencial de São Paulo, que possui dimensões e complexidade muito peculiares, englobando milhares de serviços de nível primário a quaternário, sob diferentes modelos de gestão e contratualizações, de natureza pública e privada, de esfera municipal e estadual.

6.1 Do adoecimento à busca pelo diagnóstico

Anteriormente ao adoecimento, a grande maioria dos entrevistados realizava atividades cotidianas fora de seu domicílio, incluindo funções laborais que, no geral, não permitiram a opção de trabalho remoto. Alguns relatos relacionam diretamente situações de trabalho ou deslocamento com transporte público para ir trabalhar como possíveis situações de contaminação pelo vírus. Outros mencionam atendimentos de saúde eletivos ou de pronto-atendimento como possíveis momentos em que teriam se infectado.

Quando foram diagnosticados com Covid-19, somente metade dos entrevistados possuíam fonte regular de renda (salário como trabalhador formal ou benefício previdenciário). E todos referiram redução da renda familiar durante a pandemia, situação que posteriormente seria agravada pelo aumento dos gastos com tratamentos de saúde.

A época em que foram infectados pelo novo coronavírus influenciou o tipo e a quantidade de informações sobre a doença com as quais os usuários haviam tido contato. Usuários infectados nos primeiros meses da pandemia mencionam mais receios e incertezas sobre o risco de adoecimento e maior aderência ao isolamento.

Somente dois dos entrevistados, e justamente aqueles que demonstraram ser mais próximos às equipes de sua UBS, foram abordados pela equipe com informações preventivas sobre a doença. Os demais acompanhavam as notícias sobre a pandemia pela televisão.

“[...] a UBS passava sempre em casa, tinha um grupo de agentes que iam em feiras, em mercados (...). Na pandemia, eu fiz uma campanha de doação de alimentos que deu uma doação de 838 cestas e a UBS também nos ajudou, isso tudo na minha casa.” - IT08 Hebe

O comportamento, em relação à prevenção, reportado pelas pessoas diagnosticadas a partir do segundo ano de pandemia traz menos menções às medidas de distanciamento, e é permeado por interpretações do efeito de terem sido imunizadas.

“- Olha, eu não sei quando eu peguei, como peguei, que eu já tinha tomado as duas doses da vacina...” - IT12 Liderlândia

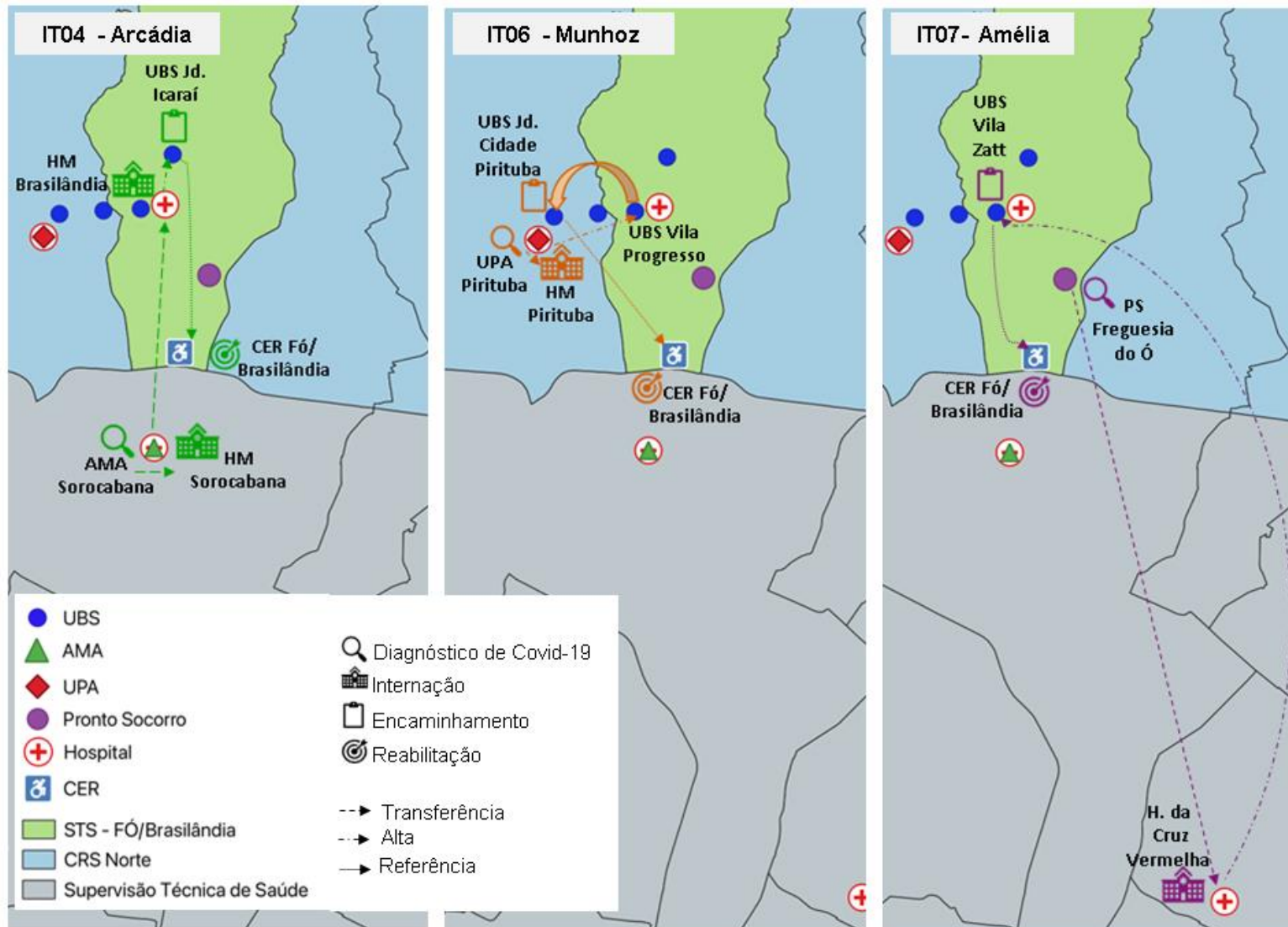
No momento da entrevista, todos os entrevistados haviam sido vacinados com uma ou duas doses do imunizante contra a Covid-19, estando, em sua maioria, adequados ao calendário de imunização estabelecido para cada grupo populacional daquela fase. Para alguns, inclusive, o contato com a UBS se restringia quase que exclusivamente a momentos como o da vacinação.

Em mais da metade das narrativas, quando apresentaram sintomas e perceberam necessidade de atendimento médico, os entrevistados procuraram inicialmente por serviço de pronto-atendimento como AMA, UPA ou pronto-socorro hospitalar próximos à sua região de moradia. A figura 4 reproduz esquematicamente três destes itinerários, como exemplos de fluxos de deslocamentos entre serviços da rede de saúde que ocorrem de maneira “linear”, ou numa lógica sequencial de evolução entre as seguintes ocorrências: atendimento para investigação e diagnóstico de Covid-19 em AMA, UPA ou PS; direcionamento para a internação hospitalar (com ou sem transferência entre unidades hospitalares); alta com busca pela UBS; e encaminhamento ao CER de referência para avaliação em reabilitação.

Uma única participante (itinerário nº3) foi diagnosticada por meio de rastreamento em serviço hospitalar, como um caso comunicante, sem apresentar sintomas iniciais. Nesta situação a entrevistada foi submetida a teste diagnóstico por ser familiar de uma servidora do hospital, cujo pai já havia sido diagnosticado com Covid-19.

Dentre todos os entrevistados, somente dois tiveram o diagnóstico de Covid-19 realizado ao buscar a UBS de referência apresentando quadro sintomático respiratório. A partir do resultado, foram monitorados em domicílio por este serviço até a piora dos sintomas, quando então voltaram a ser atendidos pela equipe da unidade e foram encaminhados para equipamentos da rede de urgência e emergência.

Figura 4 - Reprodução de itinerários com fluxos assistenciais “lineares” entre o diagnóstico e a reabilitação.



Fonte: elaboração própria.

A figura 5 apresenta um segundo modelo de deslocamentos pela rede assistencial, que pode ser identificado como “triangular” uma vez que neles a UBS atua como um ponto de intersecção dos cuidados desde o diagnóstico e direcionamento para a atenção pré-hospitalar até o retorno após alta hospitalar para acompanhamento e seguimento especializado em reabilitação.

Para alguns casos que chegaram aos serviços de urgência e emergência já diagnosticados pela UBS e/ou com quadros mais agravados de desconforto respiratório parece não ter havido importantes barreiras para a admissão e encaminhamento, e o fluxo para a internação ou transferências entre unidades hospitalares parece teria ocorrido de maneira mais organizada e eficiente.

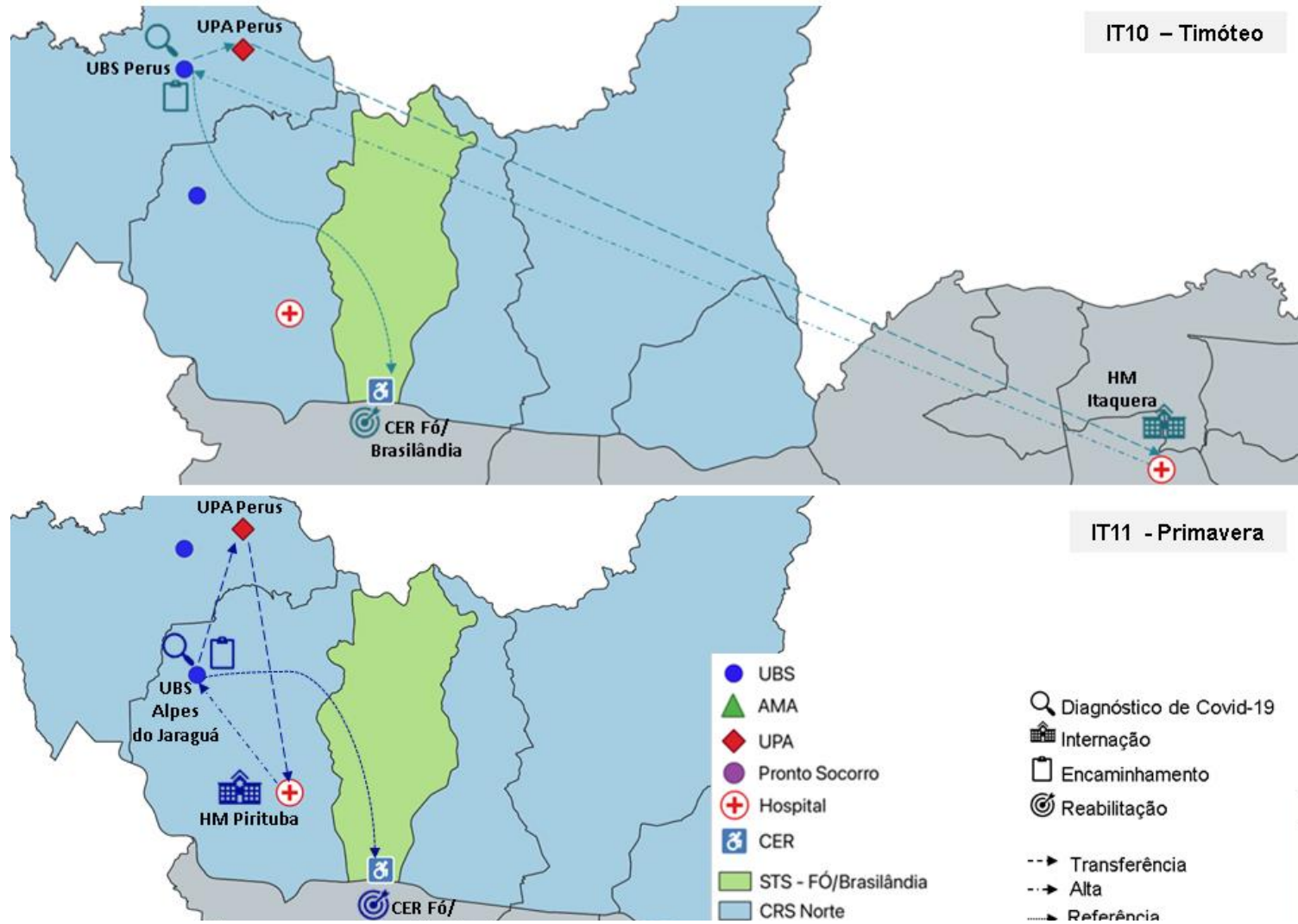
“Fiquei 12 dias em casa, fazendo tratamento normal. Nesse 12º dia eu tive crise de ansiedade [...] Fui pro AMA do Parque Anhanguera, [...] falei que estava com COVID, estava passando muito mal. [...] A médica foi lá, mediu a saturação e já fez o papel de transferência pro Hospital de Pirituba, na mesma hora.” – IT11 Primavera

Para esses usuários, a objetividade do protocolo e fluxo assistencial pré-definidos desponta como um facilitador ao cuidado na fase de diagnóstico com necessidade de internação.

“Fiquei até o dia 14 em casa. Aí já estava respirando mal, minha esposa foi quem chamou o povo do posto. E eles vieram em casa rapidinho, botaram na ambulância e me levaram para a UPA. Chegou lá na UPA, chamaram outra ambulância para o hospital e eu fui internado.” - IT10 Timóteo

As ações da APS para detecção e monitoramento de casos no território foram elencadas como uma das estratégias de enfrentamento à pandemia determinantes para o sucesso da vigilância em saúde ^(231,232). Na presente investigação, o alcance desse tipo de atuação só é observado em dois itinerários, e para pessoas infectadas no final do primeiro semestre de 2021, fato que coincide com as informações sobre as dificuldades de fortalecimento da APS ao longo do processo de reorganização dos serviços, dentre as quais as limitações de recursos (materiais e profissionais) para a testagem em grande escala, e a sobrecarga dos serviços para manter suas atribuições de rotina ⁽²²⁷⁾.

Figura 5 - Reprodução de itinerários com fluxos assistenciais “triangulares” entre o diagnóstico e a reabilitação.



Fonte: elaboração própria.

Já em outras situações, principalmente para aqueles que apresentavam quadros atípicos, com sintomas inespecíficos ou menos comuns, verificaram-se dificuldades para obter o diagnóstico em tempo oportuno a partir dos primeiros acessos aos serviços. Houve relatos de usuários que precisaram passar por dois ou mais atendimentos até que fossem adequadamente avaliados e tivessem confirmado o diagnóstico da doença, para a partir daí iniciar o tratamento de suporte. Essa irregularidade, ou não linearidade, que caracteriza uma espécie de “peregrinação” entre os diferentes equipamentos de saúde é exemplificada no esquema da figura 6.

“Sem eu fazer exame, sem fazer nada, ele falou que eu estava com pneumonia e infecção de urina [...] Aí me passou medicamento para tomar para isso, me afastou uma semana do trabalho. Só que continuou (sintomas respiratórios), aí voltei numa outra vez (para a UPA).” - IT05 Domilice

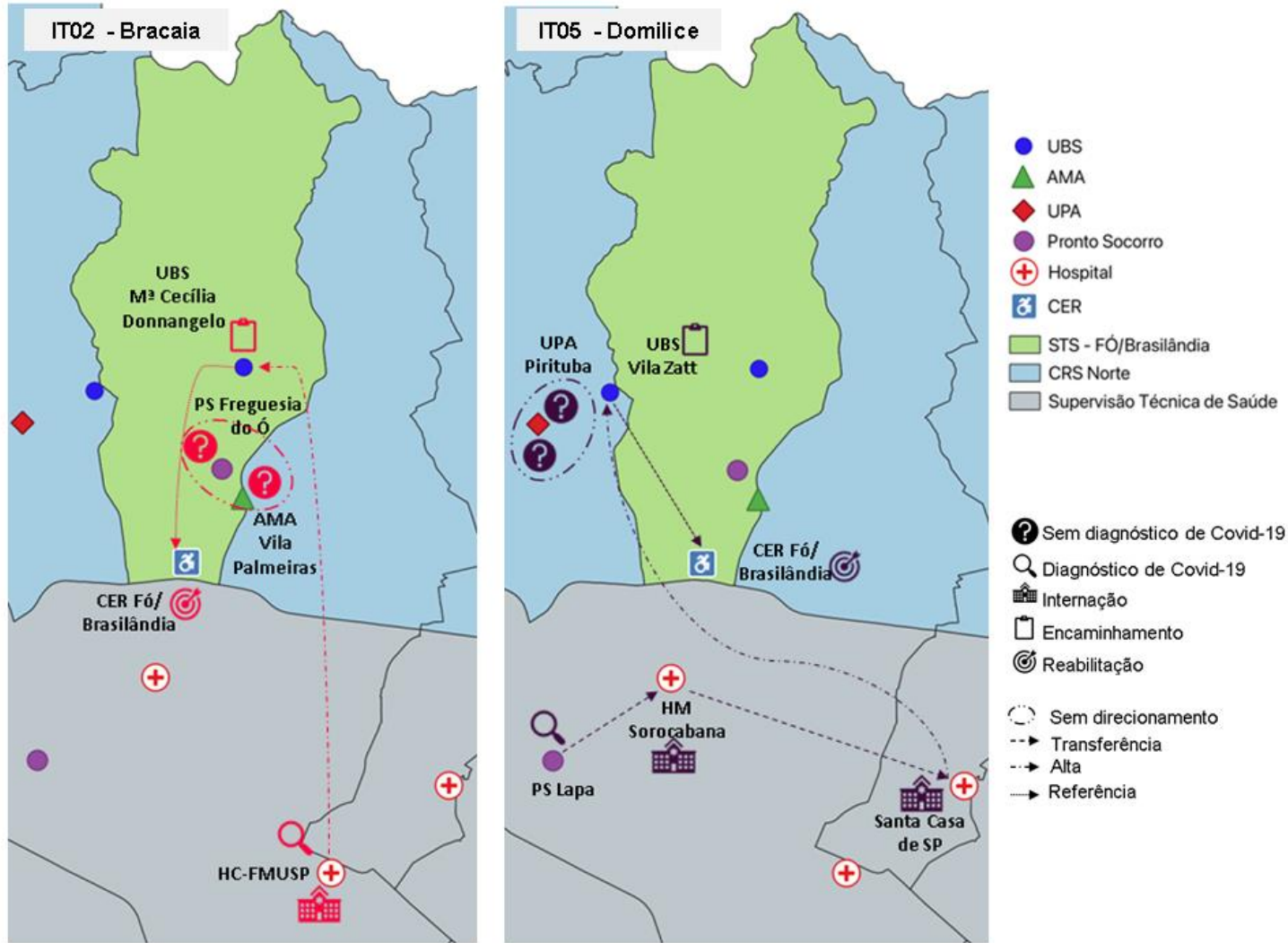
Em alguns casos, essas barreiras ao diagnóstico e a não resolutividade do atendimento leva à escolha pelo deslocamento para serviços mais distantes. Numa dessas circunstâncias, a própria usuária, que não tinha sido adequadamente atendida nos três primeiros acessos a pronto-atendimentos, percebendo sua piora enquanto permanecia em casa, decide se direcionar a um serviço de maior complexidade. Neste ponto, nota-se que a atuação e a regulação pela rede de saúde foram ineficazes, levando a munícipe a desenvolver uma estratégia individual de acesso ao serviço.

“Aí eu pedi para o meu irmão me levar para o Hospital das Clínicas. Porque eu já tinha ido pro pronto-socorro, já tinha ido pro AMA. Falei pra ele: ‘me leva direto pro HC’.” - IT02 Bracaia

Em itinerários percorridos durante diferentes períodos da pandemia, reproduziram-se narrativas de percepções que evidenciam a possibilidade de falhas de avaliação e de manejo dos casos sintomáticos como ausência de isolamento durante espera por atendimento e por confirmação de diagnóstico, atraso para testagem ou mesmo a liberação de pacientes com desconforto respiratório significativo para monitoramento em domicílio.

“Talvez não deveria ter chegado a esse ponto. Se eu tivesse tido um tratamento melhor, tivesse feito um exame... Eu acho que eu já estava com a Covid, mas por falta de um atendimento, mal atendido, chegou nessa situação.” - IT05 Domilice, diagnosticada somente na terceira vez em que buscou por atendimento médico, em dezembro de 2020.

Figura 6 - Representação de itinerários com fluxos assistenciais “irregulares” entre o diagnóstico e a reabilitação.



Fonte: elaboração própria.

Além dos fatores organizacionais descritos, houve a imposição de barreiras estruturais nas portas de entrada para a avaliação diagnóstica. Os relatos apontam para a insuficiência de recursos como a falta de leitos de internação, de profissionais de saúde e de materiais, refletindo a sobrecarga dos serviços utilizados. Essas tensões sobre o sistema de saúde transparecem para os usuários a partir de seu contato com a rede, como se pode depreender da afirmação:

“É um médico que, infelizmente, estava cansado. Você via na cara dele que o profissional estava cansado.” - acompanhante de IT07 Elizabete

Para desviar desse tipo de entraves, também foram acionados fluxos informais para acesso a recursos como estratégia dos usuários para a garantia do atendimento.

“Fiquei três dias na UPA, sentado, lá no oxigênio. Não tinha leito. Eu só consegui leito, porque no desespero eu liguei pra uma cliente, que já foi diretora do hospital. Aí ela: ‘não, peraí, que eu vou ligar lá’. Aí conseguiram leito pra mim.” - IT06 Munhoz

6.2 Na internação hospitalar

Do total de doze entrevistados, dez foram internados e sete necessitaram de cuidados intensivos.

As impressões pessoais sobre as intervenções recebidas durante a permanência no hospital são em sua maioria positivas, com referências à qualidade do atendimento, tanto em termos de procedimentos, presença de especialistas, realização de exames, quanto sobre a humanização das práticas.

“Do hospital lá não tem o que reclamar. Eu fui muito, mas muito bem tratado tanto pelos auxiliares, pelos técnicos, pelas enfermeiras, pelos médicos, nutricionistas, fono, fisioterapeutas. Lá era um amor. (...) Quando eu ‘tava’ lá minha filha fez 15 anos. Eu ‘tava’ internado, me bateu um desespero lá. Mas aí, pra você ver: a enfermeira pegou o celular dela e ligou pra minha filha pra poder falar com ela.”
IT06 Munhoz

O atendimento multiprofissional intra-hospitalar, sobretudo para os casos de maior permanência, pode ter sido um facilitador indireto para melhores desfechos, tanto por promover condições para a alta como por gerar indicativos das necessidades assistenciais futuras, incluindo a reabilitação fora da internação e o uso de tecnologias assistivas.

“Nutricionista, assistente social, fisioterapeuta também atendeu ela, ensinou ela a fazer uns exercícios na cama porque ela ficou muito tempo numa mesma posição, então ela perdeu muita massa muscular. Eles deram encaminhamento para o EMAD para fazer a fisioterapia, encaminhamento para médico pneumologista para acompanhar porque ficou uma cicatriz no pulmão. (...) e o serviço social do hospital pediu para que eu tivesse uma cadeira de rodas em casa, uma cadeira de banho e um andador.” – IT07, acompanhante de Amélia

A atuação multiprofissional tem sido defendida pela literatura científica como fundamental para otimizar a recuperação de pacientes com Covid-19 hospitalizados (233,234) e não hospitalizados (235), por meio de abordagens amplas e integradas sobre os domínios físico, cognitivo e mental. Como se pode depreender do fragmento acima, esse contato com a equipe hospitalar também oportunizou a orientação a pacientes e seus familiares sobre a possibilidade de manutenção de alguns estímulos terapêuticos mesmo após a alta, durante a espera pela reabilitação ambulatorial.

Por outro lado, o problema mais frequentemente identificado durante a internação foi a dificuldade de comunicação entre a equipe hospitalar e as famílias de pacientes. Alguns participantes mencionam que a passagem de informações sobre o estado de saúde e o tratamento, realizada por meio de ligações telefônicas, não acontecia de maneira totalmente regular, podendo variar conforme a sobrecarga dos equipamentos.

De forma mais extrema, também ocorreram falhas para comunicação de procedimentos invasivos como intubação orotraqueal, e para transferência entre hospitais.

“No outro dia, fiquei esperando o hospital me ligar pra dar notícia e eu não conseguia. Ligava lá, não consegui falar com ninguém. (...) a assistente social me ligou falando que ela tinha sido transferida três horas da manhã pro Hospital da Brasilândia, com uma febre muito alta e infecção. Aí no dia eu até fui no hospital e falei assim: ‘vocês sabem que eu podia processar vocês, porque vocês transferiram a uma pessoa sem comunicar a família!’” – acompanhante de IT04 Arcádia.

Por vezes, os profissionais assumiam pessoalmente atitudes não previstas nas rotinas institucionais, na tentativa de superar tais obstáculos.

“Eu achei muito legal da parte do médico, que médico não faz isso né? Ele falou: ‘Olha, eu vou te dar o número do meu celular para você não vir aqui no hospital. A partir de tal hora você liga que eu vou dar notícias da sua mãe’. Só aí que a minha família deixou de ir até o hospital.” - acompanhante de IT05 Domilice.

Nota-se que, por vezes, os trabalhadores da saúde também precisaram criar novas estratégias para a produção do cuidado frente à excepcionalidade da pandemia.

6.3 Após a alta hospitalar

Superada a fase aguda da doença, a continuidade dos cuidados nos demais níveis assistenciais ocorreu de diferentes formas, envolvendo maior ou menor grau de organização para tal transição.

Destaca-se, em mais de um caso, a dificuldade de obter assistência domiciliar especializada para realizar a desospitalização.

“A médica pediu para eu esperar porque eu iria precisar de cuidados em casa, de enfermeiro. E quando minha família falou pros médicos que minha família ia disponibilizar alguém para cuidar de mim, então a médica deu alta. [...] porque no SUS não tinha, nem no posto. A gente tentou e também não conseguiu (assistência domiciliar). Só que meu pai ia pagar um enfermeiro.” - IT02 Bracaia

O seguimento após alta ou *follow-up* de casos é considerado estratégia primordial para o sucesso na transição de cuidados institucionais para o seguimento em âmbito comunitário dos casos pós-covid, e a atenção domiciliar é um dos meios de possibilitar a alta hospitalar mais precoce e permitir a continuidade de cuidados para usuários com menor possibilidade de circulação ⁽²³⁶⁾.

O único programa de atenção domiciliar citado nas entrevistas está vinculado ao Hospital Municipal de Pirituba, sendo exclusivo para o acompanhamento pós alta de seus pacientes egressos e em um território delimitado.

“O curativo era para fazer no posto, só que eu sai sem andar e lá em casa é muita escada [...] Porque se eu morasse na região de Pirituba, Jaraguá ou Perus, a equipe que faz parte do hospital, eles iam. Só que como eu morava no outro bairro, quem tinha que atender era a equipe daquele outro posto [...] Fechei particular com a menina do curativo lá do hospital pra vim fazer em casa.” - IT07 Munhoz

Para a usuária admitida nesta modalidade de acompanhamento, as necessidades apresentadas com a desospitalização parecem ter sido supridas, e o suporte ofertado foi favorável à recuperação até início da reabilitação ambulatorial.

“O Hospital de Pirituba tem um processo deles lá que os médicos vêm em casa, é EMAD o nome. Eles passam três meses acompanhando, vão uma vez por semana em casa. Vai a médica, vai a fisioterapeuta, vai a nutricionista, vai a enfermeira. Eles foram colher sangue pra fazer exames em casa também [...] e agora, bem em seguida, já saiu a fisioterapia (no CER).” - IT11 Primavera

Após a alta, alguns participantes foram assistidos pela atenção domiciliar das próprias equipes das UBS.

“Foi um pessoal só para dar uma orientação, né? Veio os enfermeiros na minha casa. [...] Orientaram ele como limpar a ferida, como dar banho, tudo.” - IT02 Bracaia

“O pessoal da UBS... eu estava com um buraco aqui na sacra que dava para você ver o osso da minha coluna quando eu saí do hospital. E eles iam uma vez por semana em casa para ver como é que estava, mas curativo e as coisas quem fez foi a minha irmã.” - IT01 Brito

Para alguns, essas visitas domiciliares multiprofissionais viabilizaram o início de cuidados intermediários em reabilitação.

“Veio uma enfermeira, veio a médica e veio uma fisioterapeuta [...] e ensinou a minha mãe a andar no andador, como sentar, porque ela estava tendo muita dificuldade e não tinha começado com a fisioterapia ainda.” - acompanhante de IT03 Albertina

Contudo, as visitas parecem ter sido realizadas pontualmente a partir de articulações locais, dentro das próprias equipes, e não revelam um padrão de atuação para todas as UBS da região.

“Uma equipe pequena e é bem complicada. Mas o rapaz que acompanha a gente lá, eu tenho o telefone dele. Se eu ligar e falar: ‘dá para vir ver minha mãe?’, não tem problema, ele marca e vem.” - IT03 Albertina

Três entrevistados afirmam não terem recebido orientações de alta sobre a necessidade de acessar a UBS de referência ou outros serviços, assim como não se recordavam de possuir qualquer relatório ou encaminhamento ao deixarem o hospital. Assim, os próprios pacientes ou familiares foram em busca de informações sobre como serem atendidos pela rede, sem qualquer documentação sobre seu histórico.

Nota-se maior facilidade para seguir com atendimento clínico e obter encaminhamentos, incluindo para reabilitação, quando a alta foi planejada, considerando o acompanhamento posterior e as necessidades do indivíduo no espaço comunitário, a partir de sua nova condição funcional.

Pacientes que recebiam alta com orientações, relatório e solicitações para especialidades em mãos tiveram encurtados os percursos na busca pelo cuidado por acessarem as UBS de maneira mais qualificada. No entanto, mais da metade dos itinerários, ou seja, mesmo alguns daqueles que receberam relatórios de alta hospitalar e/ou referências e orientações para prosseguir com acompanhamento na atenção primária e especialidades, mostraram-se insatisfeitos com o seguimento obtido para as condições de saúde decorrentes da Covid-19.

Alguns usuários e familiares demonstraram que, previamente à pandemia, possuíam vínculo frágil com sua UBS de referência, e que este não foi fortalecido a partir das novas necessidades.

“Eles (equipe da UBS), na verdade, nunca prestaram socorro nem antes do COVID nem agora. O posto é péssimo. Ela já tinha que ter acompanhamento de médico, por conta da idade, ela tem problemas de saúde... então, isso nunca teve.” - acompanhante de IT13 Liderlândia

Nesta etapa dos itinerários, de retorno ao território para acompanhamento após a Covid-19, as impressões negativas são mais frequentes do que para a internação. São, pontualmente, identificados: discordância de condutas adotadas, e visão de que os serviços públicos possuem, necessariamente, padrão de qualidade e organização inferior aos privados.

“Quando você vai para a área do posto de saúde, é muito ruim. Se você está ruim, é melhor você tentar de algum jeito, passar no médico de outro jeito porque se você for depender do posto de saúde...” - IT06 Domilice

Esta falta de confiança no serviço prestado pelas UBS chega a gerar a preferência por fragmentar o seguimento entre serviços da rede pública e privados para a investigação e tratamento de questões relacionadas à Covid Longa.

“Comecei com muita dor nos rins e dor nas costas, aí eu falei: ‘no hospital público eu não vou’. Tive que pagar uma consulta particular, tudo na faixa da grana. [...] porque lá no posto de saúde é bem precário. Tanto é que meu marido foi lá e falou: ‘minha esposa pegou Covid e ela precisa de uma consulta’. E a mulher falou: ‘ah, mas o médico também está internado com Covid!’.” - IT06 Domilice

Há também a insatisfação com a atenção dispensada durante consultas e com a falta de humanização, além da sensação de privação do acesso à saúde enquanto direito.

“Horrível! Horrível! Pessoal que te trata mal, que não dá um pingão de atenção. Minha esposa foi lá mais de uma vez, acho que duas a três vezes, e nada. Se dependesse lá do outro (posto de saúde), estava até hoje esperando. [...] É um pouco de falta de vontade lá do pessoal. Até quando você vai tirar remédio, o cara parece que ‘tá’ fazendo favor pra gente.” - IT07 Munhoz

Este informante, insatisfeito com o atendimento de sua UBS de origem, chegou a utilizar o endereço de terceiros para se cadastrar em outra unidade, de uma região de saúde vizinha, na tentativa de ser atendido de forma mais satisfatória.

Essa percepção de abandono entre a alta hospitalar e a inserção em outros serviços pelos usuários com sequelas pós-covid19 condiz com o que foi relatado por Almeida e colaboradoras (2023), evidenciando lacunas da rede básica e especializada para o seguimento das condições novas e pré-existentes ⁽²³⁷⁾.

Em contraponto, aqueles que já recebiam acompanhamento longitudinal pela APS demonstraram maior satisfação, principalmente por serem direcionados para consultas e exames de forma mais breve. Não é possível concluir, contudo, pelas características da amostra e pela abordagem metodológica empregada, se a longitudinalidade foi um fator decisivo para estes casos ou se as formas de atuação heterogêneas, com processos de trabalho distintos, entre as diferentes unidades básicas promovem tais desigualdades.

“A cada seis meses ela passava no clínico para ver, fazer exame de sangue. Era tudo dentro da ordem, estava tudo certinho. [...] Agora a UBS tem um médico que está acompanhando o caso dela, que pediu tomografia, pediu ecocardiograma. O que o posto pôde fazer, eles estão fazendo por nós. Foi a fisioterapeuta do posto que encaminhou para cá (CER).” – IT12 Primavera

Todos os participantes que relataram possuir comorbidades antes da Covid-19 já mantinham acompanhamento na UBS e/ou por serviços especializados, anteriormente à pandemia. Porém, passaram a enfrentar dificuldades relativas à suspensão dessas consultas e procedimentos eletivos.

“Como teve esse vírus aí, parou tudo. Há mais de dois anos eu não consigo passar na ortopedia, parou tudo. Você passa no médico hoje, ele te pede o exame, você fica um, dois anos para conseguir passar. [...] Então são coisas muito difíceis.” – IT06 Domilice

Algumas filas de espera para atendimento de condições decorrentes da Covid-19, como acompanhamentos com especialistas e em ambiente hospitalar, permaneceram estagnadas e sofrendo impactos diretos do andamento da epidemia.

“Já era para eu ter tirado a bolsa (de colostomia) e a traqueostomia, só que a dificuldade é o próprio coronavírus. Porque os hospitais estão voltados para o atendimento dos infectados, então as operações que não têm extrema urgência estão jogando lá para frente. Então, enfim, não tem como nesse momento por conta da pandemia. Acaba atrasando...” - IT02 Bracaia

Assim como demonstrado pelo *survey* da primeira parte deste trabalho, houve um expressivo represamento de atendimentos e procedimentos em reabilitação. As dificuldades referentes ao acompanhamento após recuperação da Covid-19 e alta hospitalar identificadas nos itinerários (como o tratamento de feridas e de condições médicas de base, além de procedimentos para ostomias) podem interferir tanto na elegibilidade do usuário para programas de reabilitação ambulatorial quanto para o seu desempenho nas terapias durante a fase de recuperação.

Este panorama levou ao lançamento do Programa Nacional de Redução de filas pelo Ministério da Saúde ⁽²³⁸⁾, focado em sua fase inicial na execução de cirurgias eletivas, mas que deverá avançar futuramente para o incremento de financiamento

para consultas especializadas e exames. Com isso, identificou-se a necessidade imediata de melhorar o acompanhamento, diagnóstico e organização das filas locais para garantir maior transparência e assim produzir subsídios ao planejamento de ações mais resolutivas frente às necessidades regionais ⁽²³⁹⁾.

E, para além da quantificação e programação de soluções, defende-se que a regulação do cuidado em redes de atenção não se resume ao controle das filas e distribuição da oferta, mas que possa extrapolar os parâmetros normativos e formais e atuar na articulação de estratégia e qualificação da produção das linhas de cuidado, sobretudo entre a APS e atenção especializada ⁽²⁴⁰⁾. Para a reabilitação, área saturada por encaminhamentos de casos crônicos e outros de menor complexidade sem destino na atenção básica, tanto a adequada gestão da demanda quanto a racionalização de sua capacidade de atendimento podem reduzir os limites frente aos desafios que vão sendo elencados.

6.4 Reabilitação pós-covid19

As sequelas e incapacidades funcionais apresentadas pelos entrevistados são diversas, sendo mais comuns prejuízos físicos como: redução da mobilidade, fraqueza, fadiga, disfagia e dores crônicas. Foram ainda mencionados alguns diagnósticos secundários associados a agravos da Covid-19 como lesão encefálica adquirida, neuropatia periférica, e cardiopatia. Também foram relatadas queixas cognitivas, de memória e atenção, e de saúde mental, desenvolvidas ou agravadas a partir da Covid-19.

“Respiração, tontura, dor de cabeça, engasgos, a vista... É muita dor no corpo que ainda tenho. Tanto é que eu estou fazendo agora a ‘fisio’ para a respiração. Por exemplo, se eu falar muito rápido eu já fico cansada. Então ele te deixa com várias sequelas.” - IT06 Domilice

Todos os usuários, mesmo aqueles que já recebiam alta hospitalar com indicativo da necessidade de reabilitação receberam novos encaminhamentos para o CER pelas equipes das UBS de referência, respeitando o fluxo estabelecido pelo protocolo municipal.

Para o agendamento e início da reabilitação no CER, houve uma grande variação no tempo de espera relatado para obter a vaga, que foi de uma a 28 semanas

após identificada a necessidade de intervenção como se verifica na figura 2. Este período de espera pode englobar, para cada um dos casos, dois diferentes momentos: a espera por avaliação e encaminhamento pela APS, e a espera por agendamento de avaliação inicial no CER.

Há barreiras e facilitadores identificados para os dois procedimentos, visto que alguns entrevistados foram encaminhados quase que imediatamente após o diagnóstico enquanto outros aguardaram semanas até o primeiro contato com a equipe da UBS. O mesmo ocorre para o segundo momento, quando alguns levaram poucos dias entre o encaminhamento e a avaliação em reabilitação, enquanto outros aguardaram meses sem a data de agendamento após terem sido encaminhados.

Apesar do fluxo de encaminhamento para a reabilitação ter sido mediado por uma avaliação específica pela UBS após o diagnóstico ou a alta hospitalar numa tentativa de ordenamento da regulação de casos e de coordenação do cuidado na APS, os diferentes modos de organização interna de cada unidade de saúde podem ter facilitado ou dificultado o acesso ao CER.

Mesmo com a avaliação inicial em tempo oportuno por profissional de reabilitação da APS e encaminhamento breve para o CER, não foi garantida a agilidade do agendamento para avaliação em reabilitação. Há casos em que este contato foi pontual, mas não foi estabelecido um acompanhamento contínuo do caso pela equipe de referência, até inserção na reabilitação ambulatorial.

Um caso específico se destaca pela ausência de mobilização, pela equipe da UBS, para informar a família de uma entrevistada sobre o agendamento de avaliação em reabilitação. A alta complexidade do caso e a grande necessidade por reabilitação foram identificadas durante visita domiciliar multiprofissional realizada logo após o momento da alta, mas não foram criadas outras estratégias, como por exemplo o retorno em visita domiciliar, para superar a dificuldade de contato.

“Pra chegar aqui (no CER) eu demorei oito meses. Eu saí do hospital em abril. Final de setembro/outubro a gente começou a ir atrás da Fisioterapia. A UBS tentou contato comigo e não conseguiu, porque a minha mãe tinha trocado de celular.” - IT02 Bracaia, usuária com maior tempo de internação do estudo.

Menores tempos de espera para reabilitação (de uma a quatro semanas), a partir da avaliação pós-Covid19 pela UBS, parecem estar associados com menções

mais frequentes a possuir vínculo com a UBS, e com a facilidade de acesso a este serviço.

“Eu vou lá (na UBS) já. Elas me ligam, se o exame lá... se conseguir a vaga rápido. Eu fui lá ontem. Se em três, quatro dias eles conseguirem a vaga já me ligam, e eu já apareço lá, e ela já me dá o endereço, e eu vou.” - IT10 Timóteo

A partir da discrepância de experiências entre usuários encaminhados por diferentes serviços e pela grande variabilidade de tempo de espera para a reabilitação mesmo durante uma mesma fase da pandemia, observa-se que o principal gargalo pode não ter sido a indisponibilidade ou insuficiência de vagas para reabilitação, mas sim possíveis falhas no fluxo de encaminhamento, agendamento, ou mesmo da comunicação com os usuários. Essas barreiras vão de encontro ao acesso prioritário estabelecido pelo protocolo de acesso aos CER, citado anteriormente, que pretendia dirimir as filas em situações preferenciais.

Nota-se que as adversidades relativas a questões do processo de trabalho, pré-existentes como desafios estruturais da rede de saúde, como a falta de integração entre os serviços e suas intervenções, foram reproduzidas para o encaminhamento para a reabilitação.

“Tinha encaminhamentos dela que fazia um ano no prontuário, que a agente não entregou. Não era referente ao COVID era referente a outras coisas... a gente nunca nem tinha ciência. Depois disso não fizeram nada, só marcaram agora essa fisioterapeuta. Então, na verdade, ao meu ver, quiseram empurrar, meio que se livrando. [...] Liguei ontem, na véspera, e ela tem que vir (para o CER) hoje só. Aí não informaram, não entregaram encaminhamento e não entregaram nada.” - IT12 Liderlândia

Na região de saúde estudada, não foram observados critérios de priorização entre os casos pós-covid19 para a reabilitação. Os participantes do estudo que demonstravam maiores comprometimentos funcionais e traziam mais relatos de agravos no curso do adoecimento não necessariamente foram aqueles com maior facilidade de acesso ou menor tempo de espera para iniciar a reabilitação, e nem mesmo obtiveram propostas terapêuticas mais abrangentes ao conseguir acessar o CER.

Embora indivíduos não hospitalizados também possam apresentar sintomas prolongados da Covid-19, a gravidade do quadro e o tempo de hospitalização têm sido relacionados com a maior duração dos mesmos ⁽²⁴¹⁾. Há autores que sugerem que quadros de pacientes pós-críticos, incluindo aqueles que tiveram Covid-19, sejam incorporados como uma nova “*yellow flag*” para risco elevado de deficiências físicas,

cognitivas e mentais. E que, portanto, demandarão avaliação e atuação interprofissional de longo prazo ⁽²⁴²⁾.

Tanto a inserção no serviço de reabilitação quanto os projetos terapêuticos singulares mencionados, não parecem ter sido claramente guiados por esses fatores. Há casos de internações mais prolongadas, com comprometimentos funcionais complexos e diversos, para os quais o tempo de espera por reabilitação foi significativo. Dentre os três informantes com maior tempo de internação - Bracaia (150 dias), Brito (72 dias) e Munhoz (69 dias) -, a espera para iniciar a reabilitação durou respectivamente 170, 60 e 45 dias. E há outros casos, mais leves, sem necessidade de internação ou com internação breve com queixas ainda em fase subaguda da doença, a exemplo de América e Timóteo, para os quais o tempo de espera por reabilitação foi de menos de uma semana.

Contudo, os modelos de fluxos assistenciais anteriormente expostos parecem guardar alguma relação com o grau de dificuldade ou facilidade para o início da reabilitação. Enquanto aqueles usuários que seguiram deslocamentos lineares (figura 4, partindo de serviços de urgência para internação hospitalar, e desta para alta às UBS que os encaminharam à reabilitação) tiveram tempos de espera intermediários, os fluxos irregulares (figura 6, de peregrinação pela rede de saúde) correspondem a maiores tempos de espera enquanto fluxos triangulares (figura 5, com início e meio do processo de cuidado vinculado à UBS) equivalem aos menores tempos de espera para a reabilitação.

Embora não seja possível inferir que o papel da UBS determinou o desfecho para esse número reduzido de itinerários, é reforçada a hipótese de que o conhecimento e seguimentos desses casos desde o início da identificação da condição traçadora possa facilitar as demais etapas de cuidado.

Argumenta-se que a APS deve possuir os atributos necessários para atuar por meio de abordagem generalista, voltada para o reconhecimento e acompanhamento próximo da condição de Covid Longa, simultaneamente à manutenção de cuidados específicos para doenças crônicas não-transmissíveis, assim como na obtenção de dados extensivos sobre determinantes sociais a ela relacionados. O emprego de recursos para fortalecimento da APS, por conseguinte, promoveria a redução das iniquidades em saúde pela mobilização de ações ampliadas e garantia de atendimento qualificado aos grupos vulneráveis ⁽²⁴³⁾.

Embora a implantação do protocolo municipal de reabilitação pós-covid19 tenha vislumbrado que nenhum dos casos elegíveis enfrentasse filas para o atendimento especializado, tais achados denotam barreiras no processo regulatório relativas à qualificação dos encaminhamentos e à priorização dos agendamentos, ou mesmo à possível falta de apropriação do protocolo assistencial por equipes do território para o uso otimizado das vagas ofertadas.

Assim como observado para as fases de diagnóstico e internação, as falhas do protocolo de acesso para reabilitação são disparadoras para estratégias individuais de busca alternativa pelo atendimento especializado.

“Uma amiga minha que trabalha comigo fazia fisioterapia lá (no CER Fó/Brasilândia), porque ela machucou a mão. Ela comentou de mim lá [...]... aí o médico falou assim ‘não pode ficar esperando, o caso dela é grave, é Covid’. Ela (funcionária do CER) ligou aqui posto e a moça falou assim: ‘É, a gente já tinha mandado a ficha dela’.” - IT04 Arcádia

Após vencer esses obstáculos e conseguir a inserção no serviço especializado e iniciar a reabilitação, alguns usuários passam a enfrentar outros tipos de dificuldades para o cuidado integral. Pacientes com Covid Longa estão sujeitos a todas as dificuldades anteriores para cuidados em saúde, mas se somam a elas as questões de estigma, menor capacidade e disponibilidade dos sistemas de acolher e investigar essas demandas, dificuldades para quantificar, qualificar e tratar suas queixas, assim como as incertezas quanto aos desfechos das intervenções terapêuticas ⁽²⁴⁴⁾.

Um das barreiras identificadas foi o despreparo dos profissionais para atender casos complexos com características ainda pouco conhecidas.

“A moça (fisioterapeuta) parece que tinha um pouco de receio de mexer com ela, e não sabia muito como fazer, e eu cheguei, não foi uma queixa, mas eu conversei com a equipe, falei ‘olha gente tem alguma coisa errada, porque ela pouco faz’, outro colega ia lá para ajudar.” – IT03, acompanhante de Albertina

Enquanto se torna evidente a mobilização da rede de saúde para disponibilizar atendimentos de fisioterapia motora e respiratória aos usuários com queixas de pós-covid, contudo não se observa a partir dos relatos o mesmo respaldo para atender a outros tipos de demanda, por diferentes profissionais e especialidades da equipe de reabilitação.

Mais de um participante possuía diagnóstico psiquiátrico prévio e relatou agravos com a Síndrome Pós-covid, mas estes usuários não tiveram essas queixas avaliadas pela equipe do CER.

“- [...] você passa uma vez no médico e ele te dá aquela ‘receita’, mas você fica na fila de espera (de psicoterapia). Então fica um ano, dois anos.

- Aqui, no CER, a senhora vai ser atendida por psicólogo?

- Não, aqui não porque não tem pedido nenhum. No caso teria que ter um pedido do médico para passar no psicólogo.” – IT05 Domilice

Nessas situações é identificada fragmentação do cuidado, com as limitações físicas sendo abordadas de forma desconectada das questões mentais.

“Fiquei meio com psicológico destruído, né...? Aí ‘tô’ passando no psiquiatra, ‘tô’ tomando Sertralina e, até aí, tudo bem, graças a Deus. [...] Passava no psicólogo também (antes da pandemia), só que era separado, era lá no Brás.” - IT07 Munhoz, usuário em reabilitação física e sem acompanhamento psicológico após internação.

As necessidades de atendimento para queixas cognitivas e de saúde mental, no geral, não foram investigadas na avaliação inicial dos entrevistados, como instruído pela abordagem multidisciplinar que é elementar aos CER. Embora essa demanda seja identificada em quase metade dos itinerários, poucos casos foram encaminhados internamente para acompanhamento psicológico no próprio serviço de reabilitação, e apenas um usuário tinha conhecimento de que seu caso estava em discussão pelos serviços da rede

Dado que os prejuízos emocionais e agravos psicológicos pelo medo, redução de suporte e pelo isolamento social são descritos na literatura para diferentes grupos de PCD ^(245–250), assim como para seus familiares e cuidadores ^(251,252), é evidente que as questões de saúde mental deveriam ser priorizadas nos planos de ação para enfrentamento desta e outras calamidades.

“Faço só fisioterapia. (Preciso de acompanhamento) mais para a memória. Porque está apagando muito e ela mandou para o especialista, aí eles (equipe da UBS) estão procurando a vaga para acompanhar com ele. Porque apaga mesmo, dá um apagão que só lembro em casa. Porque eu chamo toda hora, porque senão eu esquecia também, é horrível.” - IT10 Timóteo

Este fragmento mostra a experiência de um indivíduo que não teve suas alterações cognitivas conjuntamente abordadas por psicólogo, terapeuta ocupacional ou neurologista da equipe enquanto realizava reabilitação motora e cardiopulmonar no CER e aguardava avaliação por profissional externo ao serviço, mesmo que a alteração de memória fosse sua queixa principal.

Apesar de médicos especialistas (neurologistas, reumatologistas e ortopedistas) fazerem parte da equipe mínima de reabilitação nos CER habilitados para reabilitação física e fazerem parte da equipe do CER estudado foi observado

que o acesso aos mesmos era muito difícil. Ao menos cinco participantes referiram permanecer em fila de espera regulada (para agendamento em outros serviços) para consultas nessas especialidades, mesmo já frequentando a reabilitação.

“Estou passando aqui (no CER) desde setembro do ano passado. [...] Fui descobrir que aqui tem um ‘neuro’ e tem um ortopedista em maio. Eu só vim fazer aqui tratamento com a fisioterapia. Em nenhum momento ninguém da fisioterapia... não sei se faltou uma comunicação, né? Porque eu precisava passar por um neurologista para ele me acompanhar.” - IT01 Brito

Os atendimentos desarticulados e pouco resolutivos pela rede de saúde, implicam em deslocamentos e dispêndio de recursos evitáveis.

[...] porque aí eu precisei de um laudo, o meu auxílio doença ia vencer. E eu não conseguia fazer nenhuma consulta com nenhum ortopedista. Eu chegava lá, marcava consulta, o cara falava: ‘como que eu vou te dar um laudo, se eu não estou te acompanhando?’. E ninguém me falava onde eu teria que ter esse acompanhamento. [...] estava desde setembro aqui e ninguém, sei lá, teve uma sensibilidade de falar ‘meu, você precisa de um acompanhamento.’” - IT01 Brito

Menos de um terço dos entrevistados relataram ser atendidos por mais de uma especialidade profissional no CER até a data da entrevista. Ou seja, apesar de já ter prevista uma atuação fundamentalmente pautada na interdisciplinaridade, e passar a atender as demandas pós-Covid19, o CER não parece ter conseguido se manter como uma referência de abordagem suficientemente ampliada frente às novas necessidades de saúde que se apresentaram.

As divergências elencadas no funcionamento dos serviços e até nos modos de atuação entre profissionais de saúde de um mesmo serviço, para todas as etapas de cuidado (avaliar, diagnosticar, acompanhar, encaminhar, admitir em novo serviço, reabilitar, dar alta) podem decorrer, em parte, dos diferentes modelos de gestão coexistentes no município de São Paulo. Embora o trabalho em saúde seja vivo e não se espere completa homogeneidade das práticas, quão maior a dispersão gerencial das ações e programas maior poderá ser a complexidade para equilibrar e coordenar interesses de múltiplos atores institucionais. Neste caso específico, tais relações de disputa poderiam se refletir no grau variado de internalização de protocolos assistenciais até o empenho em formação e atualização profissional entre os diferentes prestadores.

Modelos de gestão híbridos ou de mercado, sob o mote de flexibilização dos processos de governança, carecem de evidência de superioridade em eficiência e, portanto, exigem alto nível de preparo regulatório e controle pelo Estado para a

garantia da qualidade e transparência no atendimento estrito dos objetivos estabelecidos para os recursos públicos empregados ⁽²⁵³⁾. Caso contrário, a declaração de diretrizes, por si só, não monitoradas e sem a reivindicação de sua implementação na prática poderiam expor a estratégia de enfrentamento idealizada ao fracasso.

Contudo esses aspectos não foram avaliados em profundidade neste recorte da pesquisa e recomenda-se que as possíveis associações entre o modelo de gestão dos serviços da RCPD e suas implicações no cuidado ofertado sejam melhor averiguadas em novas investigações.

Outro grande empecilho, enfrentado pelas pessoas com incapacidades adquiridas a partir da Covid-19 aqui entrevistadas, foi a falta de avaliação e suporte social pelos serviços que frequentaram. A dificuldade para obter instruções a respeito de direitos e benefícios previdenciários e assistenciais foi uma constante nas narrativas.

“Estou atrás, inclusive, de saber como faço para pegar... eu ia comprar a etiquetinha lá, de cadeirante. E aí me falaram assim, ‘você não pode pôr, tem que ser da prefeitura’. Fui na prefeitura e cheguei lá o cara mal me atendeu na porta. [...] Eu acho que no posto não tem serviço social. Na UBS, não sei, eu sei que tem psicólogo, mas assistente social...” – IT 03 Albertina

Apesar de não haver profissional assistente social credenciado à equipe do CER Fó/Brasilândia na ocasião, sete das 13 UBS possuíam este profissional na composição de suas equipes. Porém, nenhum participante foi avaliado por assistente social na atenção básica ou em outros equipamentos da assistência social, sendo, inclusive, desconhecida a existência destes profissionais atuando no território.

“Tudo que a gente descobriu foi na raça, quebrando a cara, mandando as coisas para o INSS errado. Eles devolviam, aí você tem que ligar, você tem que correr atrás... porque falta completamente isso. Então, eu imagino que outras pessoas devem estar passando pelo mesmo problema. E é uma coisa tão simples de se resolver.” – IT01 Brito

De forma excepcional, poucos relatos envolvem orientações pelo serviço social durante a internação hospitalar.

“Eu não tenho carro. Eu não tenho ninguém pra me levar pra cima e para baixo na hora que eu ‘tô’ precisando. Vou preencher o relatório pra mim conseguir o Atende, né? Porque eu ‘tava’ pagando até um ‘Atende particular’ pra poder me levar lá (no CER). [...] O degrau do ônibus é alto, e eu ainda sou baixinha. Mas, pra eu subir e descer, ele (motorista) não vai querer ficar esperando. Tem uns que são legais, mas tem outros que são ignorantes.” – IT04 Arcádia

O comprometimento da renda familiar durante a pandemia e o período de adoecimento descrito por estes munícipes associado à insuficiência de direcionamentos adequados para recursos da assistência podem potencializar as dificuldades para frequentar terapias, sustentar e concluir o processo de reabilitação, uma vez que há os custos de deslocamentos e a necessidade de acompanhantes que deixam de trabalhar para ir às consultas.

Dificuldades relacionadas à acessibilidade, que vão desde barreiras espaciais do território para conseguir acompanhamento na UBS até as barreiras para frequentar a reabilitação, são mencionadas pelos usuários com incapacidades físicas. Tais dificultadores incluem a escassez de recursos acessíveis como transporte público adaptado e insuficiente disponibilização de transporte sanitário.

Novamente a estratégia adotada pelos usuários para garantir o cuidado foi a busca por fluxos informais para obter acesso a materiais, insumos e até mesmo vagas em diferentes unidades de saúde como pode ser observado na fala do acompanhante de Albertina:

“Ela está fazendo acupuntura (no Hospital Cachoeirinha). Uma amiga falou diretamente com a médica sobre o caso dela, e ela está fazendo também, até que deu uma melhorada” – acompanhante de IT03 Albertina.

A concessão de cadeira de rodas e meios auxiliares de locomoção pelo serviço de reabilitação se deu de forma pontual e complementar, já que praticamente todos os usuários que necessitaram destes dispositivos recorreram a doações ou empréstimos, antes mesmo de iniciar a reabilitação.

Apesar do CER ser o equipamento de saúde municipal responsável pela concessão de OPM pelo SUS, o tempo de avaliação, prescrição e concessão pode não estar alinhado às necessidades de seus pacientes que, por vezes, apresentam necessidade de utilização desses dispositivos desde a instalação da incapacidade. As dificuldades relativas à concessão e à manutenção de itens de tecnologia assistiva podem estar aumentadas e também negligenciadas pelos formuladores de políticas durante as condições de pandemia ⁽²⁵⁴⁾.

“A cadeira de rodas minha foi uma boa doação. Uma amiga da minha irmã, que era da mãe dela, e ela não ‘tava’ utilizando, aí ele me arrumou”. IT04

Assim como para esses itens, também houve relatos de desembolso direto (*out-of-pocket*) para adquirir medicamentos e materiais para curativos, realizar

consultas em serviços privados e terapias particulares especialmente até o início do acompanhamento no CER.

É necessário recordar que as entrevistas ocorreram com residentes de um território de alta vulnerabilidade social e que, no início da pandemia, o distrito de Brasilândia ganhou destaque na mídia por ser a região com maior registro absoluto de óbitos por Covid-19 na capital paulista ^(255,256). Apesar deste quantitativo se relacionar com a extensa população local, também reflete as precárias condições de moradia, emprego e renda que expõe seus moradores a maior adoecimento e morte.

Estudo de Greco e colaboradores (2021) demonstrou que, famílias em risco socioeconômico apresentaram piores níveis de qualidade de vida, percepção de saúde e comprometimento da renda durante a pandemia ⁽²⁵⁷⁾. Se por um lado, há informações de que pessoas que já possuíam deficiência sofreram piora ou interrupção no acesso a serviços de saúde passaram a ter maiores dificuldades para arcar com tratamentos de saúde, incluindo medicamentos, pelo aumento dos custos ou pela maior precarização das circunstâncias de trabalho e prejuízo de seus vencimentos em relação às pessoas sem deficiência ⁽²⁵⁸⁾, por outro ainda não se sabe quais foram os desdobramentos desses aspectos para as pessoas com deficiências adquiridas a partir da pandemia.

Os impactos econômicos sobre o orçamento doméstico estiveram presentes nas narrativas dos entrevistados com síndrome pós-covid e seus familiares neste trabalho, com relatos de dificuldade para manter os deslocamentos para frequentar a reabilitação com acompanhante e outros atendimentos de saúde. Ainda que algumas dessas pessoas tenham recebido auxílio emergencial à renda, não foi possível verificar que tenham passado por avaliação e acompanhamento mais próximo para suporte social adequado. As medidas governamentais de apoio aos grupos vulnerabilizados durante o estado de emergência deveriam ser compatíveis com a complexidade da intersecção entre marcadores sociais, como os de deficiência e classe, e seu decorrente risco de radicalização da privação material e de acesso a direitos neste período⁽²⁵⁹⁾. Contudo, para o grupo de pessoas avaliado, essas ações ocorreram de maneira esparsa.

Há, por fim, estratégias adotadas pontualmente pelos serviços de saúde e relatadas pelos participantes como: referenciamento para Hidroterapia em outro serviço de reabilitação, telemonitoramento de fisioterapia, e matriciamento de

demanda de saúde mental em rede. Embora não sejam conhecidos os critérios de elegibilidade, é provável que essas intervenções também pudessem ser benéficas para outros casos, potencializando o alcance dos atendimentos.

Pela análise cruzada entre as caracterizações dos itinerários e seus conteúdos, não foi possível verificar que, ao longo das diferentes fases de duração da pandemia, tenha havido redução ou modificação significativa dos entraves vivenciados, especialmente daqueles referentes a questões organizacionais. No sentido oposto, dificuldades com fluxo diagnóstico e para obter reabilitação se repetiram mesmo para aqueles infectados a partir do segundo ano de pandemia, com destaque para o exemplo de Amélia (IT07), que esteve internada por mais de um mês no primeiro quadrimestre de 2021 e demorou quase três meses para iniciar a reabilitação.

Os achados deste estudo confirmam informações anteriores sobre a estratégia de enfrentamento à pandemia no Brasil em diferentes aspectos. Primeiro, a respeito da dificuldade de estabelecer ações de vigilância capazes de detectar precocemente os casos de Covid e conter sua disseminação. Segundo sobre o insuficiente fortalecimento do sistema de saúde para o atendimento desta demanda e seus agravos.

Além disso, traz novas informações sobre as vivências de usuários do SUS para a obtenção de cuidados em reabilitação decorrentes de Síndrome Pós-covid19, que ainda não foram discutidas em profundidade na literatura.

A abordagem metodológica possibilitou a apreciação de dados sobre variados casos, contextos, situações de adoecimento, e utilização de serviços de saúde, exemplificando necessidades de saúde diversas para o objeto de pesquisa em questão. Porém, por se tratarem somente de usuários identificados a partir do serviço de reabilitação, entende-se que há uma demanda reprimida desconhecida, composta por casos que sequer chegaram a obter este tipo de cuidado e, para qual, as barreiras ao acesso ainda precisariam ser investigadas.

Assim como ocorreu para a esfera federal, o fornecimento de subsídios para as ações de saúde da PCD (anterior ou adquirida com a Covid-19) no nível estadual e municipal foi limitado, ou quase restrito, às orientações operacionais sobre o funcionamento dos serviços, mas pouco orientador para a política de saúde de forma ampliada.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pela reunião das observações sobre os impactos da pandemia de Covid-19 sobre os CER aos resultados dos itinerários terapêuticos de usuários com Síndrome Pós-covid19, conclui-se que a assistência à saúde para as PCD pelos serviços de reabilitação e a resposta da rede de saúde às novas demandas advindas da pandemia enfrentaram obstáculos relevantes.

A partir da compreensão de que o acesso resulta da interação entre as características dos serviços e de seus usuários, ao longo do processo de identificação das necessidades em saúde, busca por assistência e obtenção de cuidados adequados⁽²⁶⁰⁾, foram obtidas informações relevantes que identificaram barreiras ao acesso à saúde pela população estudada, especialmente sobre as dimensões: disponibilidade e acomodação; acessibilidade financeira; e adequação. Primeiro porque as entrevistas mostram de que forma os serviços foram mais ou menos estruturados e organizados para manter, adaptar e implantar atendimentos durante a pandemia e quais os movimentos dos usuários no sentido de acessar essas unidades. Segundo porque foram identificados gargalos para a obtenção de recursos disponibilizados pela rede de atenção, como terapias, transporte e dispositivos auxiliares à locomoção, somados a limitado suporte social, que geram maior dependência da capacidade individual e familiar de desembolso financeiro próprio para a realização do acompanhamento em saúde. E, por último, foram analisados elementos que refletem a qualificação das ações ofertadas para as novas demandas e para as demandas prévias sob novas condições impostas, desde o preparo de profissionais até as percepções dos usuários atendidos.

Este conjunto de achados pode contribuir para informar a tomada de decisão para a adequação das políticas públicas vigentes tanto no período pós-pandêmico, mas também para a elaboração de planos de contingência frente a possíveis e muito prováveis novas pandemias.

A exemplo do que ocorreu com a epidemia de Síndrome Congênita de Zika Vírus, que modificou profundamente as necessidades relativas aos cuidados à PCD em termos de intervenções assistenciais mas, sobretudo, com necessidade de

reestruturação das ações em rede ^(261–263), há um legado da pandemia de Covid-19 que deve ser considerado para aprimoramento da RCPD.

Ambos os eventos se impõem como janelas de oportunidade e de necessidade para rever práticas obsoletas, com aprofundamento das discussões sobre a saúde das PCD e com a busca da reinvenção criativa dos processos de trabalho para um resultado diferente em face de um novo problema.

As condições de saúde pós-covid19 deveriam pautar o avanço na compreensão e na abordagem biopsicossociais, bem como a expansão do uso de avaliações globais, ampliadas e humanizadas, ou mesmo do modelo de avaliação única frente ao surgimento de novos tipos de incapacidades derivadas da Covid-19. Esta, embora ainda incompreendida e não dominada pelo campo de saber biomédico, passou a ser tratada como mais um desvio do corpo, a ser (exclusiva e) fisicamente reabilitado.

A primeira parte deste trabalho mostra uma série de entraves para manutenção das ações em diferentes serviços do país, que minaram as possibilidades de progressos. E os esforços de gestores e profissionais estiveram, em boa parte, voltados para a contenção das perdas, com a adoção de alternativas para viabilizar a assistência a partir de recursos muito limitados.

Já o estudo dos IT em uma região de saúde do município de São Paulo demonstra, a partir das percepções dos usuários atendidos, lacunas na preparação da rede e em sua integração para o atendimento das novas necessidades de saúde após o adoecimento pela Covid-19 e a instalação de incapacidades funcionais.

Este perfil de atuação mais imediatista destoa de iniciativas apresentadas em diferentes localidades, especialmente em países da América do Norte e da Europa, onde foram reportados modelos de cuidado propositivos, e voltados para: o aprimoramento da avaliação situacional pelo rastreamento das questões de saúde dos usuários com condições pós-covid19, com produção e análise de informações que subsidiassem o planejamento em saúde; regionalização de estratégias e assimilação de tecnologias de informação para a abordagem pós-covid19; foco no fortalecimento da governança assistencial e na otimização do uso dos recursos em situação de emergência ^(264,265).

A fragilidade de embasamentos prévios para respostas às emergências em saúde pública (que sejam inclusivas e equânimes) unida a uma política de atenção às PCD ainda em processo de implantação é uma ameaça para a proteção e o bem-

estar dessa parcela da população. Um ponto especialmente relevante é a ausência de direcionamentos específicos para a saúde deste grupo populacional nos planos de enfrentamento à pandemia para os cenários estudados.

É necessário ressaltar que o retrato observado da RCPD neste estudo olha para uma das políticas sociais sob cerceamento de medidas austeras adotadas governos federais desde a interrupção do governo Dilma Rousseff e que, portanto, apresentava de importante imposição de declínio da oferta de serviços e acesso a direitos bem antes da pandemia de Covid-19 ⁽²⁶⁶⁾. Das restrições de investimentos na dispensação de OPM, à dissolução do Conselho Nacional da Pessoa com Deficiência e aos cortes em programas fundamentais para essa população como o Benefício de Prestação Continuada e o Programa Nacional de Apoio à Saúde da Pessoa com Deficiência, o Brasil mergulhou na escuridão da pandemia a partir de patamares de considerável escassez.

Atualmente são previstas a revisão do Plano Viver sem Limites, com incorporação do modelo da avaliação unificada da deficiência como eixo estruturante, além da atualização da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência ⁽²⁶⁷⁾. Enquanto políticas em processo de implementação, faz-se necessário aprimorar a regulamentação intersetorial e a garantia da participação de todos os interessados, com protagonismo das PCD. A ponderação das lições aprendidas com a pandemia deve ser extensamente considerada, de modo que os caminhos escolhidos para sua recondução direcionem, de fato, para a superação dos entraves vivenciados no cuidado à saúde das PCD.

A seguir são apresentadas recomendações para as políticas públicas que buscam sintetizar as possíveis contribuições deste trabalho.

7.1 RECOMENDAÇÕES PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS

A seguir são apresentadas as condições para a oferta de atenção integral à saúde para PCD durante emergências sanitárias, baseadas nas experiências durante a pandemia de Covid-19.

I) FORTALECIMENTO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

- I.1.** Garantir espaços de governança na RCPD em seus diferentes níveis de gestão para a formulação e disseminação de diretrizes de trabalho atualizadas e adequadas às diversas necessidades de saúde locais das PCD.
- I.2.** Manter rotina de avaliação e monitoramento das ações em saúde para PCD para o planejamento territorializado das adequações necessárias.
- I.3.** Fortalecer e qualificar a estrutura da RCPD, incluindo equipamentos, recursos físicos e profissionais dos diversos níveis de atenção, e não se limitar à expansão da capacidade instalada de serviços especializados em reabilitação.
- I.4.** Reforçar o papel da Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado.
- I.5.** Subsidiar a ampliação da capacidade de cuidado das PCD pelas equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde.
- I.6.** Promover a melhoria dos padrões assistenciais nos cuidados às PCD por meio da incorporação de práticas mais humanizadas e pautadas na integralidade dos sujeitos.
- I.7.** Otimizar a articulação intersetorial, de forma a integrar o acesso a recursos de assistência social, educação, transporte, moradia, renda e saúde para PCD.

II) PREPARAÇÃO PARA FUTURAS EMERGÊNCIAS

- II.1.** Estabelecer linhas de atuação claras e detalhadas que abordem as especificidades para a atenção às PCD nos planos de enfrentamento para emergências em saúde pública, considerando aspectos de proteção social, comunicação, participação, prevenção em saúde, diagnóstico e terapêutica.
- II.2.** Integrar a temática de atuação em situações emergenciais na política de saúde da PCD.
- II.3.** Garantir a qualidade e a gestão adequada de dados sobre deficiência, possibilitando o mapeamento de riscos e necessidade dessa população.
- II.4.** Publicizar e disseminar informações sobre o conhecimento adquirido sobre o cuidado às PCD, a partir das experiências da pandemia de Covid-19, para profissionais de saúde e para a sociedade.

III) EQUIDADE E INCLUSÃO NAS RESPOSTAS DE ENFRENTAMENTO

- III.1.** Especificar a presença de deficiência como um fator de priorização para acesso a recursos da rede de suporte social.
- III.2.** Identificar e mobilizar facilitadores na rede comunitária para o suporte às necessidades das PCD.
- III.3.** Incluir a reabilitação como modalidade assistencial prioritária em situações de emergência em saúde pública.
- III.4.** Determinar critérios de priorização para acesso a reabilitação.
- III.5.** Investir em ciência e tecnologia para formulação de evidências robustas sobre a Covid Longa e sua relação com incapacidades funcionais que possam embasar o enfrentamento de outras epidemias.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bousquat A, Akerman M, Mendes A, Louvison M, Frazão P, Narvai PC. Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. *Rev USP [Internet]*. 2021 Sep 2;(128):13–26. Available from: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/185393>
2. Harapan H, Itoh N, Yufika A, Winardi W, Keam S, Te H, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): A literature review. *J Infect Public Health*. 2020 May 1;13(5):667–73.
3. Gavriatopoulou M, Korompoki E, Fotiou D, Ntanasias-Stathopoulos I, Psaltopoulou T, Kastiritis E, et al. Organ-specific manifestations of COVID-19 infection. *Clin Exp Med*. 2020 Nov 1;20(4):493–506.
4. Gupta A, Madhavan M V., Sehgal K, Nair N, Mahajan S, Sehrawat TS, et al. Extrapulmonary manifestations of COVID-19. *Nat Med*. 2020 Jul 1;26(7):1017–32.
5. Harapan BN, Yoo HJ. Neurological symptoms, manifestations, and complications associated with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease 19 (COVID-19). *J Neurol*. 2021 Jan;
6. Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C, Sepulveda R, Rebolledo PA, Cuapio A, et al. More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 2021 Dec 1;11(1).
7. Mahajan R, Paul G, Mahajan R, Gautam P, Paul B. Systemic manifestations of COVID-19. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2020 Oct 1;36(4):435–42.
8. Mao L, Jin H, Wang M, Hu Y, Chen S, He Q, et al. Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients with Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurol*. 2020;
9. Sardu C, Gambardella J, Morelli MB, Wang X, Marfella R, Santulli G. Hypertension, Thrombosis, Kidney Failure, and Diabetes: Is COVID-19 an Endothelial Disease? A Comprehensive Evaluation of Clinical and Basic Evidence. *J Clin Med*. 2020 May 11;9(5):1417.
10. Ramos-Casals M, Brito-Zerón P, Mariette X. Systemic and organ-specific immune-related manifestations of COVID-19. *Nat Rev Rheumatol [Internet]*. Available from: <https://doi.org/10.1038/>
11. Marshall M. Covid-19'S Lasting Misery. *Nature [Internet]*. 2020;585:339–41. Available from: <https://doi>.
12. Almas T, Malik J, Alsubai AK, Jawad Zaidi SM, Iqbal R, Khan K, et al. Post-acute Covid-19 syndrome and its prolonged effects: An updated systematic review. *Ann Med Surg [Internet]*. 2022 Aug 1;80:103995. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2049080122007555>
13. Ceravolo MG, de Sire A, Andrenelli E, Negrini F, Negrini S. Systematic rapid “living” review on rehabilitation needs due to COVID-19: update to March 31st, 2020. *Eur J Phys Rehabil Med [Internet]*. 2020 Jul 1;56(3):347–53. Available from: <https://www.minervamedica.it/index2.php?show=R33Y2020N03A0347>
14. Rivera-Lillo G, Torres-Castro R, Fregonezi G, Vilaró J, Puppo H. Challenge for Rehabilitation After Hospitalization for COVID-19. *Arch Phys Med Rehabil [Internet]*. 2020 May 25; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32466834>
15. Simpson R, Robinson L. Rehabilitation After Critical Illness in People With COVID-19 Infection. *Am J Phys Med Rehabil*. 2020 Jun 1;99(6):470–4.
16. Stam HJ, Stucki G, Bickenbach J. Covid-19 and Post Intensive Care Syndrome: A Call for Action. *J Rehabil Med*. 2020 Apr 1;52(4):jrm00044.
17. Halpin SJ, Mcivor C, Whyatt G, Adams A, Harvey O, Mclean L, et al. Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation. *J Med Virol*. 2021;93:1013–22.
18. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020 Feb 20;382(8):727–33.

19. Vasireddy D, Vanaparthi R, Mohan G, Varun Malayala S, Atluri P. Review of COVID-19 Variants and COVID-19 Vaccine Efficacy: What the Clinician Should Know? *J Clin Med Res* [Internet]. 2021;13(6):317–25. Available from: <https://doi.org/10.14740/jocmr4518>
20. Barouch DH. Covid-19 Vaccines — Immunity, Variants, Boosters. *N Engl J Med* [Internet]. 2022 Sep 15;387(11):1011–20. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra2206573>
21. Thakur V, Bholra S, Thakur P, Patel SKS, Kulshrestha S, Ratho RK, et al. Waves and variants of SARS-CoV-2: understanding the causes and effect of the COVID-19 catastrophe. *Infection* [Internet]. 2022 Apr 16;50(2):309–25. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s15010-021-01734-2>
22. Cox D. The covert winter wave of Covid-19. *BBC Future* [Internet]. 2023 Jan 10 [cited 2023 Oct 17]; Available from: <https://www.bbc.com/future/article/20230110-the-covert-winter-wave-of-covid-19>
23. Ao D, He X, Hong W, Wei X. The rapid rise of SARS-CoV-2 Omicron subvariants with immune evasion properties: XBB.1.5 and BQ.1.1 subvariants. *MedComm*. 2023 Apr 15;4(2).
24. WHO, World Organization Health. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard.
25. Global Change Data Lab. Our World in Data COVID-19 [Internet]. [cited 2023 Feb 22]. Available from: <https://ourworldindata.org/about>
26. Andreoni M. Coronavirus in Brazil: What You Need to Know. *The New York Times*. 2021 Oct 19;
27. Guerin O. Covid-19 pandemic: “Everything you should not do, Brazil has done.” *BBC News*. 2021 Jul 9;
28. Vitiello A, Ferrara F, Troiano V, Porta R La. COVID-19 vaccines and decreased transmission of SARS-CoV-2. *Inflammopharmacology* [Internet]. 123AD;1:1357–60. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10787-021-00847-2>
29. Wagner AL, Biswas B, Rajgopal J, Tagoe ET, Twumwaa Tagoe E, Sheikh N, et al. COVID-19 Vaccination in Lower-Middle Income Countries: National Stakeholder Views on Challenges, Barriers, and Potential Solutions. *Front Public Heal* | www.frontiersin.org [Internet]. 2021;1:709127. Available from: www.frontiersin.org
30. CEBES, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Nota Técnica - Aprimoramento dos critérios de prioridade para a vacinação contra a Covid-19 [Internet]. 2021. Available from: <https://twitter.com/eliaskrainski/status/1412247331924283392/photo/1>
31. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 [Internet]. 2022. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_operacionalizacao_vacinacao_covid19.pdf
32. Ventura D de FL, Perrone-Moisés C, Martin-Chenut K. Pandemia e crimes contra a humanidade: o “caráter desumano” da gestão da catástrofe sanitária no Brasil. *Rev Direito e Práxis* [Internet]. 2021 Jul;12(3):2206–57. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-89662021000302206&tling=pt
33. Machado CV, Pereira AMM, Freitas CM de. Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições [Internet]. Machado CV, Pereira AMM, Freitas AMM, editors. Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições. Rio de Janeiro: Série Informação para ação na Covid-19 | Editora Fiocruz; 2022. 1–342 p. Available from: <https://books.scielo.org/id/t67zr>
34. Barcellos C, Villela DAM. Covid-19 no Brasil: cenários epidemiológicos e vigilância em saúde [Internet]. Freitas CM de, editor. Covid-19 no Brasil: cenários epidemiológicos e vigilância em saúde. Série Informação para ação na Covid-19 | Fiocruz; 2021. Available from: <https://books.scielo.org/id/zx6p9>

35. Giovanella L, Medina MG, Aquino R, Bousquat A. Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminoso do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19. *Saúde em Debate*. 2020 Sep;44(126):895–901.
36. Pinto ÉG. Execução orçamentária do SUS no enfrentamento à pandemia da Covid-19. São Paulo; 2021 Jul.
37. Bambra C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health*. 2020 Jun 13;jech-2020-214401.
38. Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet*. 2020 Sep 26;396(10255):874.
39. Bispo Júnior JP, Santos DB Dos. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. *Cad Saude Publica*. 2021;37(10):e00119021.
40. Cestari VRF, Florêncio RS, Sousa GJB, Garces TS, Maranhão TA, Castro RR, et al. Vulnerabilidade social e incidência de COVID-19 em uma metrópole brasileira. *Cien Saude Colet [Internet]*. 2021 Mar 1;26(3):1023–33. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000301023&tlng=pt
41. Abrams EM, Szeffler SJ. COVID-19 and the impact of social determinants of health. *Lancet Respir Med [Internet]*. 2020 Jul;8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2020.03.028>.
42. Burstrom B, Tao W. Social determinants of health and inequalities in COVID-19. *Eur J Public Health*. 2020 Aug 1;30(4):617–8.
43. Paremoer L. Covid-19 pandemic and the social determinants of health. *BMJ*. 2021 Jan;1–5.
44. Turner-Musa J, Ajayi O, Kemp L. Examining Social Determinants of Health, Stigma, and COVID-19 Disparities. *Healthcare*. 2020 Jun 12;8(2):168.
45. Ayres JR de CM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios . In: Czeresnia D, Freitas CM de, editors. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* . Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117–39.
46. Machin R, Couto MT, Mota A. *Corpos, corporeidades e a relação indivíduo-sociedade: a covid-19 como pano de fundo da vida cotidiana brasileira*. In: Mota A, editor. *Sobre a pandemia: experiências, tempos e reflexões*. 1st ed. São Paulo: Hucitec; 2021. p. 349.
47. Mbembe A. *Necropolítica: Biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte*. n-1 edições; 2018.
48. Caponi S, Brzozowski FS, Hellmann F, Bittencourt SC. O uso político da cloroquina: COVID-19, negacionismo e neoliberalismo / The political use of chloroquine: COVID-19, denialism and neoliberalism. *Rev Bras Sociol - RBS*. 2021 Jan 20;9(21):78–102.
49. Ismail SJ, Tunis MC, Zhao L, Quach C. Navigating inequities: a roadmap out of the pandemic. *BMJ Glob Heal [Internet]*. 2021;6(1):1–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33479019>
50. Baqui P, Bica I, Marra V, Ercole A, van der Schaar M. Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. *Lancet Glob Heal [Internet]*. 2020 Jul; Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214109X20302850>
51. Nisida VC, Cavalcante LA. Racismo e impactos da COVID-19 na população da cidade de São Paulo. *Rev Bras Direito Urbanístico*. 2020;10:151–72.
52. NOS, Office of National Statistics. Corona-virus (COVID-19) related deaths by disability status, England and Wales: 2 March to 15 May 2020. [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 10]. Available from: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/articles/coronaviruscovid19relateddeathsbydisabilitystatusenglandandwales/2marchto14july2020#coronavirus-covid-19-related-deaths-by-disability-status-data>

53. Kuper H, Smythe T. Are people with disabilities at higher risk of COVID-19-related mortality?: a systematic review and meta-analysis. *Public Health*. 2023 Sep;222:115–24.
54. Melo DCF de, Siqueira PC, Maciel ELN, Delcarro JCS, Robaina IMM, Jabor PM, et al. People with Disabilities and COVID-19 in the state of Espírito Santo, Brazil: between invisibility and lack of Public Policies. *Cien Saude Colet*. 2022 Nov;27(11):4203–12.
55. Deak M. Pandemia, riscos e novos grupos vulneráveis. In: Spink PK, Burgos F, Alves MA, editors. *Vulnerabilidade(s) e ação Pública*. 1st ed. São Paulo: Programa Gestão Pública e Cidadania; 2022. p. 18–32.
56. Alves DS da S. Concepções de deficiência: um estudo sobre a representação social da diversidade humana ao longo da história. *Polyphonia*. 2017;28(1).
57. Gomes ML, Oliver FC. Processos de trabalho e modelos de atenção em um Centro Especializado em Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de São Paulo – SP. *Rev Ter Ocup da Univ São Paulo*. 2022 Dec 29;32(1–3):e205241.
58. Martins BS, Fontes F. Deficiência e emancipação social : para uma crise da normalidade. Almedina; 2016. 189 p.
59. Davis LJ. *The Disability Studies Reader*. Second Edition. Davis LJ, editor. New York: Routledge; 2006.
60. Oliver M. *Social Work with Disabled People*. London: Macmillan Education UK; 1983.
61. Mello AG de. *Gênero, Deficiência, Cuidado e Capacitismo: uma análise antropológica de experiências, narrativas e observações sobre violências contra mulheres com deficiência*. [Florianópolis]: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
62. Diniz D. *O que é deficiência?* São Paulo: Editora Brasiliense; 2007.
63. Gomes RB, Lopes PH, Gesser M, Toneli MJF. Novos diálogos dos estudos feministas da deficiência. *Estud Fem*. 2019;27(1):1–14.
64. Díaz S, Fernández I, Gómez AP, Mancebo M, Míguez MN. Deconstrucción del sujeto de la discapacidad desde la perspectiva decolonial. In: Danel PM, Ramírez BP, de los Ríos AY, editors. *¿Quién es el sujeto de la discapacidad? : exploraciones, configuraciones y potencialidades*. 1st ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; 2021.
65. Mello AG de, Nuerberg AH. Gênero e deficiência: interseções e perspectivas. *Estud Fem*. 2012;20(3):635–55.
66. Brasil. *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Brasília, Brasil: Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência; 2011.
67. WHO, World Health Organization. *World Disability Report*. Geneva; 2011.
68. Nogueira GC, Schoeller SD, Ramos FR de S, Padilha MI, Brehmer LC de F, Marques AMFB. The disabled and public policy: The gap between intentions and actions. *Cienc e Saude Coletiva*. 2016 Oct 1;21(10):3131–42.
69. Zola IK. Toward the Necessary Universalizing of a Disability Policy. *Milbank Q*. 2005;67(2):1–27.
70. WHO, World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* [Internet]. World Health Organization; 2001 [cited 2023 Oct 17]. Available from: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>
71. Groce N, Kett M, Lang R, Trani JF. Disability and poverty: The need for a more nuanced understanding of implications for development policy and practice. *Third World Q*. 2011 Sep;32(8):1493–513.
72. Fiorati RC, Elui VMC. Social determinants of health, inequality and social inclusion among people with disabilities. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(2):329–36.
73. United Nations. *Disability and Development Report: Realizing the Sustainable Development Goals by, for and with persons with disabilities 2018*. New York; 2019.
74. Kuper H, Mactaggart I, Dionicio C, Cañas R, Naber J, Polack S. Can we achieve universal health coverage without a focus on disability? Results from a national case-control study in Guatemala. *PLoS One*. 2018 Dec 1;13(12).

75. Casey R. Disability and unmet health care needs in Canada: A longitudinal analysis. *Disabil Health J*. 2015 Apr 1;8(2):173–81.
76. Pereira GN, Bastos GAN, Del Duca GF, Bós ÂJG. Indicadores demográficos e socioeconômicos associados à incapacidade funcional em idosos. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2012;28(11):2035–42. Available from: <http://www.ibge.gov.br>.
77. Szwarcwald CL, Mota JC da, Damacena GN, Pereira TGS. Health Inequalities in Rio de Janeiro, Brazil: Lower Healthy Life Expectancy in Socioeconomically Disadvantaged Areas. *Am J Public Health*. 2011 Mar;101(3):517–23.
78. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua . Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios, ; 2022.
79. Mota PH dos S, Bousquat A. Deficiência: palavras, modelos e exclusão. *Saúde em Debate* [Internet]. 2021 Sep;45(130):847–60. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042021000300847&tlng=pt
80. United Nations. A Disability-Inclusive Response to COVID-19. 2020 May.
81. Reichenberger V, Albuquerque M do SV de, David RB, Ramos VD, Lyra TM, Brito CMM de, et al. O desafio da inclusão de pessoas com deficiência na estratégia de enfrentamento à pandemia de COVID-19 no Brasil. *Epidemiol e serviços saúde*. 2020 Nov 27;29(5):e2020770.
82. Spinney L. Pandemics disable people — the history lesson that policymakers ignore. *Nature* [Internet]. 2022 Feb 17;602(7897):383–5. Available from: <https://www.nature.com/articles/d41586-022-00414-x>
83. Kendall E, Ehrlich C, Chapman K, Shiota C, Allen G, Gall A, et al. Immediate and Long-Term Implications of the COVID-19 Pandemic for People With Disabilities. *Am J Public Health* [Internet]. 2020 Oct 15; Available from: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305890>
84. Health Organization W. Disability considerations during the covid-19 outbreak [Internet]. Available from: www.who.int/mental
85. Inter-Agency Working Group on Disability Inclusive COVID-19 Response and Recovery. Checklist for Planning a Disability Inclusive COVID-19 Socio-Economic Response and Recovery. 2020 Jul.
86. Lund EM, Ayers KB. Raising Awareness of Disabled Lives and Health Care Rationing During the COVID-19 Pandemic. *Psychol Trauma Theory, Res Pract Policy*. 2020;
87. Rede-in. Todas as pessoas importam - Nota às autoridades públicas sobre o risco de exclusão no atendimento a pessoas com deficiência, na pandemia de Covid-19 [Internet]. 2020. Available from: <http://www.ampid.org.br/v1/rede-brasileira-de-inclusao-da-pessoa-com-deficiencia-2/>
88. Sakellariou D, Malfitano APS, Rotarou ES. Disability inclusiveness of government responses to COVID-19 in South America: A framework analysis study. *Int J Equity Health*. 2020 Aug 3;19(1).
89. World Bank. Covid19 in LAC. 2021.
90. Shakespeare T, Watson N, Brunner R, Cullingworth J, Hameed S, Scherer N, et al. Disabled people in Britain and the impact of the COVID-19 pandemic. *Soc Policy Adm*. 2022 Jan 1;56(1):103–17.
91. Poon BT, Jenstad LM. Communication with face masks during the COVID-19 pandemic for adults with hearing loss. *Cogn Res Princ Implic* [Internet]. 2022 Dec 21;7(1):24. Available from: <https://cognitiveresearchjournal.springeropen.com/articles/10.1186/s41235-022-00376-8>
92. Saunders GH, Jackson IR, Visram AS. Impacts of face coverings on communication: an indirect impact of COVID-19. *Int J Audiol* [Internet]. 2021;60(7):495–506. Available from: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=iija20>

93. Alqudah S, Zaitoun M, Alqudah O, Alqudah S, Alqudah Z. Challenges facing users of hearing aids during the COVID-19 pandemic. *Int J Audiol* [Internet]. 2021 Oct 1;60(10):747–53. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14992027.2021.1872806>
94. Naylor G, Burke LA, Holman JA. Covid-19 Lockdown Affects Hearing Disability and Handicap in Diverse Ways: A Rapid Online Survey Study. *Ear Hear* [Internet]. 2020 Nov;41(6):1442–9. Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/AUD.0000000000000948>
95. McKee M, Moran C, Zazove P. Overcoming Additional Barriers to Care for Deaf and Hard of Hearing Patients during COVID-19. *JAMA Otolaryngol - Head Neck Surg*. 2020 Sep 1;146(9):781–2.
96. Pattisapu P, Evans SS, Noble AR, Norton SJ, Ou HC, Sie KCY, et al. Defining Essential Services for Deaf and Hard of Hearing Children during the COVID-19 Pandemic. *Otolaryngol - Head Neck Surg* . 2020 Jul 1;163(1):91–3.
97. Lebrasseur A, Fortin-Bédard N, Lettre J, Bussièrès EL, Best K, Boucher N, et al. Impact of COVID-19 on people with physical disabilities: A rapid review. *Disabil Health J*. 2021 Jan 1;14(1).
98. Biyik KS, Özal C, Tunçdemir M, Ünnes S, Delioğlu K, Günel MK. The functional health status of children with cerebral palsy during the COVID-19 pandemic stay-at-home period: A parental perspective. *Turk J Pediatr*. 2021;63(2):223–36.
99. Manacorda T, Bandiera P, Terzuoli F, Ponzio M, Bricchetto G, Zaratin P, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on persons with multiple sclerosis: Early findings from a survey on disruptions in care and self-reported outcomes. *J Heal Serv Res Policy*. 2020;
100. Elaraby A, Shahein M, Bekhet AH, Perrin PB, Gorgey AS. The COVID-19 pandemic impacts all domains of quality of life in Egyptians with spinal cord injury: a retrospective longitudinal study. *Spinal Cord*. 2022 Feb 26;
101. Courtenay K, Perera B. COVID-19 and people with intellectual disability: Impacts of a pandemic. *Ir J Psychol Med*. 2020 Sep 1;37(3):231–6.
102. Lunskey Y, Durbin A, Balogh R, Lin E, Palma L, Plumptre L. COVID-19 positivity rates, hospitalizations and mortality of adults with and without intellectual and developmental disabilities in Ontario, Canada. *Disabil Health J* [Internet]. 2022 Jan;15(1):101174. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1936657421001400>
103. Gleason J, Ross W, Fossi A, Blonsky H, Tobias J, Stephens M. The Devastating Impact of Covid-19 on Individuals with Intellectual Disabilities in the United States. *NEJM Catal*. 2021;
104. Yesil AM, Sencan B, Omercioglu E, Ozmert EN. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Children With Special Needs: A Descriptive Study. *Clin Pediatr (Phila)*. 2022 Feb 12;61(2):141–9.
105. Dekker L, Hooijman L, Louwense A, Visser K, Bastiaansen D, Ten Hoopen L, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on children and adolescents with autism spectrum disorder and their families: a mixed-methods study protocol. *BMJ Open*. 2022 Jan 25;12(1):e049336.
106. Nonweiler J, Rattray F, Baulcomb J, Happé F, Absoud M. Prevalence and Associated Factors of Emotional and Behavioural Difficulties during COVID-19 Pandemic in Children with Neurodevelopmental Disorders. *Children* [Internet]. 2020 Sep 4;7(9):128. Available from: <https://www.mdpi.com/2227-9067/7/9/128>
107. Rajagopalan J, Arshad F, Hoskeri RM, Nair VS, Hurzuk S, Annam H, et al. Experiences of people with dementia and their caregivers during the COVID-19 pandemic in India: A mixed-methods study. *Dementia*. 2022 Jan 1;21(1):214–35.
108. Masterson-Algar P, Allen MC, Hyde M, Keating N, Windle G. Exploring the impact of Covid-19 on the care and quality of life of people with dementia and their carers: A scoping review. *Dementia* [Internet]. 2022 Feb 1;21(2):648–76. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/14713012211053971>

109. Rizzo J, Beheshti M, Fang Y, Flanagan S, Giudice NA. COVID-19 and Visual Disability: Can't Look and Now Don't Touch. *PM&R* [Internet]. 2021 Apr 12;13(4):415–21. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pmjr.12541>
110. Shalaby WS, Odayappan A, Venkatesh R, Swenor BK, Ramulu PY, Robin AL, et al. The Impact of COVID-19 on Individuals Across the Spectrum of Visual Impairment. *Am J Ophthalmol* [Internet]. 2021 Jul 1;227:53–65. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S000293942100129X>
111. Jackson J, Silvestri G, Stevenson M, Sinton J, Witherow J, Mccann R, et al. COVID-19: The regional impact of COVID-19 on the certification of vision impairment in Northern Ireland. *Ophthalmic Physiol Opt*. 2021;41:136–43.
112. Phillips M, Prof LT-S, Dr DW, Walton K. Rehabilitation in the wake of Covid-19-A phoenix from the ashes. *British Society of Rehabilitation Medicine* |. 2020 Apr.
113. Brunier A, Harris M. COVID-19 significantly impacts health services for noncommunicable diseases [Internet]. World Health Organization. 2020 [cited 2022 Oct 1]. Available from: <https://www.who.int/news/item/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases>
114. Chen L-K, Woo J, Arai H. What we need for COVID-19 post-acute care. *Eur Geriatr Med* [Internet]. 2022 Feb 2;13(1):1–2. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s41999-021-00579-0>
115. Marwaha JS, Terzic CM, Kennedy DJ, Halamka J, Brat GA. Overwhelmed Hospitals May Soon Lead to Overwhelmed Rehabilitation Facilities Unless Post-Acute Care Infrastructure Is Strengthened. *Am J Phys Med Rehabil* [Internet]. 2021 May 1;100(5):441–2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33819926>
116. Alpalhão V, Alpalhão M. Impact of COVID-19 on physical therapist practice in Portugal. *Phys Ther*. 2020 Jul 1;100(7):1052–3.
117. Boldrini P, Kiekens C, Bargellesi S, Brianti R, Galeri S, Lucca L, et al. First impact of coVid-19 on services and their preparation“Instant paper from the field” on rehabilitation answers to the coVid-19 emergency. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2020 Jun 1;56(3):319–22.
118. Mauri E, Abati E, Musumeci O, Rodolico C, D'Angelo MG, Mirabella M, et al. Estimating the impact of COVID-19 pandemic on services provided by Italian Neuromuscular Centers: an Italian Association of Myology survey of the acute phase. *Acta Myol myopathies cardiomyopathies Off J Mediterr Soc Myol* [Internet]. 2020 Jun 1;39(2):57–66. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32904925>
119. Negrini S, Kiekens C, Heinemann AW, Özçakar L, Frontera WR. Prioritising people with disabilities implies furthering rehabilitation. *Lancet*. 2020 Jan;395(10218):111.
120. Kim YD, Nam HS, Sohn S-I, Park H, Hong J-H, Kim GS, et al. Care Process of Recanalization Therapy for Acute Stroke during the COVID-19 Outbreak in South Korea. *J Clin Neurol* [Internet]. 2021;17(1):63. Available from: <https://thejcn.com/DOIx.php?id=10.3988/jcn.2021.17.1.63>
121. Morelli N, Rota E, Terracciano C, Immovilli P, Spallazzi M, Colombi D, et al. The Baffling Case of Ischemic Stroke Disappearance from the Casualty Department in the COVID-19 Era. *Eur Neurol*. 2020 Jul 1;83(2):213–5.
122. Brunetti V, Broccolini A, Caliandro P, Di Iorio R, Monforte M, Morosetti R, et al. Effect of the COVID-19 pandemic and the lockdown measures on the local stroke network. *Neurol Sci* [Internet]. 2021 Apr 15;42(4):1237–45. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10072-021-05045-0>
123. Kim J-H, Rhee H-S. Effect of COVID-19 stress on physical function performance and socioenvironmental factors of people with disabilities in Korea. *Int J Rehabil Res*. 2022 Mar 10;45(1):79–85.
124. Sousa DA de, van der Worp HB, Caso V, Cordonnier C, Strbian D, Ntaios G, et al. Maintaining stroke care in Europe during the COVID-19 pandemic: Results from an international survey of stroke professionals and practice recommendations from the European Stroke Organisation. *Eur Stroke J*. 2020 Sep 1;5(3):230–6.

125. Laxe S, Miangolarra Page JC, Chaler J, Gil Fraguas L, Gómez A, Luna F, et al. La rehabilitación en los tiempos del COVID-19. *Rehabilitación* [Internet]. 2020 Jul;54(3):149–53. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0048712020300438>
126. Begazo Flores P, Supervía M, Gimeno González M, Morata Crespo AB. Impacto de la pandemia por COVID-19 en los Servicios de Rehabilitación de España. *Rehabilitación* [Internet]. 2022 Mar;100736. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0048712022000147>
127. Goemé L, Biebouw S, Linden P, Mortelé P. The impact of COVID-19 on rehabilitation: the Belgian experience. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2020 Jun;56(3):371–2.
128. McKinney EL, McKinney V, Swartz L. COVID-19, disability and the context of healthcare triage in South Africa: Notes in a time of pandemic. *African J Disabil*. 2020 Aug 18;9.
129. Cicuttini FM, Tran TD, Hussain SM, Wluka AE, Fisher JRW. Determinants of worse care for non-COVID-19 health or disability needs in Australia in the first month of COVID-19 restrictions: A national survey. *Health Soc Care Community* [Internet]. 2022 Sep 5;30(5):2559–70. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hsc.13699>
130. Bandyopadhyay S, Baticulon RE, Kadhum M, Alser M, Ojuka DK, Badereddin Y, et al. Infection and mortality of healthcare workers worldwide from COVID-19: a systematic review. *BMJ Glob Heal*. 2020 Dec 4;5(12):e003097.
131. Bai A V., Rabasco J, Ceccatelli V, Florida S, Sbardella S, Pettrignani C, et al. Suggestions for changes in professional procedures and adaptation to COVID-19: new models of care in the rehabilitation setting. Vol. 33, *Annali di Igiene Medicina Preventiva e di Comunità*. Societa Editrice Universo; 2021. p. 299–304.
132. Amatya B, Khan F. Rehabilitation Response in Pandemics. *Am J Phys Med Rehabil* [Internet]. 2020 May 22; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32452879>
133. Avellanet M, Boada-Pladellors A, Pages-Bolibar E. Rehabilitation during the lockdown. *Rehabilitacion*. 2020 Oct 1;54(4):269–75.
134. Choon-Huat Koh G, Hoenig H. How Should the Rehabilitation Community Prepare for 2019-nCoV? *Arch Phys Med Rehabil*. 2020;101:1068–71.
135. Leocani L, Diserens K, Moccia M, Caltagirone C. Disability through COVID-19 pandemic: neurorehabilitation cannot wait. *Eur J Neurol* [Internet]. 2020 Sep 25;27(9). Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ene.14320>
136. Sarfo FS, Ulasavets U, Opare-Sem OK, Ovbiagele B. Tele-Rehabilitation after Stroke: An Updated Systematic Review of the Literature. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2018 Sep 1;27(9):2306–18.
137. Miguel GF de S, Sá AAR de, Souza JT de, Naves ELM. Home-based telerehabilitation: A review of remote therapy frameworks. *Res Soc Dev* [Internet]. 2021 May 20;10(6):e4910615489. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15489>
138. Battistin T, Mercuriali E, Zanardo V, Gregori D, Lorenzoni G, Nasato L, et al. Distance support and online intervention to blind and visually impaired children during the pandemic COVID-19. *Res Dev Disabil*. 2021 Jan 1;108.
139. Leochico CFD. Adoption of telerehabilitation in a developing country before and during the COVID-19 pandemic. *Ann Phys Rehabil Med* [Internet]. 2020 Nov 1;63(6):563–4. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1877065720301238>
140. Longo E, de Campos AC, Schiariti V. COVID-19 Pandemic: Is This a Good Time for Implementation of Home Programs for Children’s Rehabilitation in Low- and Middle-Income Countries? *Phys Occup Ther Pediatr*. 2020 Jul 3;40(4):361–4.
141. Moradi V, Babaei T, Esfandiari E, Lim SB, Kordi R. Telework and telerehabilitation programs for workers with a stroke during the COVID-19 pandemic: A commentary. *Work*. 2021 Jan 8;68(1):77–80.

142. Nulle J, Nelson VS. Video visits and access to care in pediatric rehabilitation therapies in the time of a pandemic. *J Pediatr Rehabil Med*. 2020;13(3):385–8.
143. Friedman C, VanPuymbrouck L. Telehealth Use By Persons with Disabilities During the COVID-19 Pandemic. *Int J Telerehabilitation* [Internet]. 2021 Dec 1;13(2). Available from: <http://telerehab.pitt.edu/ojs/Telerehab/article/view/6402>
144. Fioratti I, Fernandes LG, Reis FJ, Saragiotto BT. Strategies for a safe and assertive telerehabilitation practice. *Brazilian J Phys Ther*. 2021 Mar 1;25(2):113–6.
145. Caetano R, Silva AB, Guedes ACCM, de Paiva CCN, da Rocha Ribeiro G, Santos DL, et al. Challenges and opportunities for telehealth during the COVID-19 pandemic: Ideas on spaces and initiatives in the Brazilian context. *Cad Saude Publica*. 2020;36(5).
146. Annaswamy TM, Verduzco-Gutierrez M, Frieden L. Telemedicine barriers and challenges for persons with disabilities: COVID-19 and beyond. *Disabil Health J* [Internet]. 2020 Oct 1;13(4):100973. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1936657420301047>
147. Ambrosino P, Papa A, Maniscalco M, Di Minno MND. COVID-19 and functional disability: Current insights and rehabilitation strategies. *Postgraduate Medical Journal*. BMJ Publishing Group; 2020.
148. Ceravolo MG, Arienti C, de Sire A, Andrenelli E, Negrini F, Lazzarini SG, et al. Rehabilitation and COVID-19: The Cochrane Rehabilitation 2020 rapid living systematic review. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2020 Oct 1;56(5):642–51.
149. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision [Internet]. World Health Organization; 2019 [cited 2023 Oct 17]. Available from: <https://icd.who.int/browse10/2019/en>
150. Fernández-de-las-Peñas C. Long COVID: current definition. Vol. 50, *Infection*. Springer Science and Business Media Deutschland GmbH; 2022. p. 285–6.
151. Pavli A, Theodoridou M, Maltezou HC. Post-COVID Syndrome: Incidence, Clinical Spectrum, and Challenges for Primary Healthcare Professionals. *Arch Med Res* [Internet]. 2021 Aug 1;52(6):575–81. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0188440921000813>
152. Pierce JD, Shen Q, Cintron SA, Hiebert JB. Post-COVID-19 Syndrome. *Nurs Res* [Internet]. 2022 Mar 29;71(2):164–74. Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/NNR.0000000000000565>
153. Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A, Madhavan M V., McGroder C, Stevens JS, et al. Post-acute COVID-19 syndrome. Vol. 27, *Nature Medicine*. Nature Research; 2021. p. 601–15.
154. Ellison KS, Guidry J, Picou P, Adenuga P, Davis TE. Telehealth and Autism Prior to and in the Age of COVID-19: A Systematic and Critical Review of the Last Decade. *Clin Child Fam Psychol Rev* [Internet]. 2021 Jun 10; Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s10567-021-00358-0>
155. Hanson SW, Abbafati C, Aerts JG, Al-Aly Z, Ashbaugh C, Ballouz T, et al. Estimated Global Proportions of Individuals With Persistent Fatigue, Cognitive, and Respiratory Symptom Clusters Following Symptomatic COVID-19 in 2020 and 2021. *JAMA* [Internet]. 2022 Oct 25;328(16):1604. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2797443>
156. Norton A, Olliaro P, Sigfrid L, Carson G, Paparella G, Hastie C, et al. Long COVID: tackling a multifaceted condition requires a multidisciplinary approach. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2021 May 1;21(5):601–2. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1473309921000438>
157. Wahlgren C, Divanoglou A, Larsson M, Nilsson E, Östholm Balkhed Å, Niward K, et al. Rehabilitation needs following COVID-19: Five-month post-discharge clinical follow-up of individuals with concerning self-reported symptoms. *eClinicalMedicine* [Internet]. 2022 Jan;43:101219. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2589537021005009>

158. Verduzco-Gutierrez M, Rydberg L, Sullivan MN, Mukherjee D. In This for the Long Haul: Ethics, COVID-19, and Rehabilitation. *PM&R* [Internet]. 2021 Mar 20;13(3):325–32. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pmrj.12554>
159. Wasilewski MB, Cimino SR, Kokorelias KM, Simpson R, Hitzig SL, Robinson L. Providing rehabilitation to patients recovering from COVID-19: A scoping review. *PM&R* [Internet]. 2022 Feb 7;14(2):239–58. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pmrj.12669>
160. Prabawa IMY, Silakarma D, Prabawa IPY, Manuaba IBAP. Physical Rehabilitation Therapy for Long COVID-19 Patient with Respiratory Sequelae: A Systematic Review. *Open Access Maced J Med Sci*. 2022 Jun 6;10(F):468–74.
161. Halabchi F, Selk-Ghaffari M, Tazesh B, Mahdaviani B. The effect of exercise rehabilitation on COVID-19 outcomes: a systematic review of observational and intervention studies. *Sport Sci Health* [Internet]. 2022 Dec 28;18(4):1201–19. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s11332-022-00966-5>
162. Rosero ID, Barreto J, Cardona C, Ordoñez-Mora LT. Physical, Functional, Psychological, and Social Effects of a Physical Activity Program in Adults and Older Adults During and/or After Hospitalization for COVID-19: A Systematic Review. *Risk Manag Healthc Policy* [Internet]. 2022 Dec;Volume 15:2399–412. Available from: <https://www.dovepress.com/physical-functional-psychological-and-social-effects-of-a-physical-act-peer-reviewed-fulltext-article-RMHP>
163. Sheehy LM. Considerations for Postacute Rehabilitation for Survivors of COVID-19. *JMIR Public Heal Surveill* [Internet]. 2020 May 8;6(2):e19462. Available from: <http://publichealth.jmir.org/2020/2/e19462/>
164. Swarnakar R, Yadav SL. Rehabilitation in long COVID-19: A mini-review. *World J Methodol*. 2022 Jul 20;12(4):235–45.
165. Al-Aly Z, Xie Y, Bowe B. High-dimensional characterization of post-acute sequelae of COVID-19. *Nature* [Internet]. 2021 Jun 10;594(7862):259–64. Available from: <http://www.nature.com/articles/s41586-021-03553-9>
166. Ferreira C. Debatedores defendem mudanças no sistema de saúde para tratar sequelas da Covid . *Agência Câmara de Notícias* [Internet]. 2021 Apr 19 [cited 2022 Nov 5]; Available from: Agência Câmara de Notícias
167. Jucá B. Pandemia de “covid longa” já pressiona o SUS. *El País Brasil* [Internet]. 2021 Aug 4 [cited 2022 Dec 12]; Available from: <https://outraspalavras.net/outrasmidias/pandemia-de-covid-longa-ja-pressiona-o-sus/>
168. Dantas N. Governo inaugura Centro de Reabilitação Pós-Covid para pacientes com sequelas da doença [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 12]. Available from: https://www.portal.ap.gov.br/ler_noticia.php?slug=0806/governo-inaugura-centro-de-reabilitacao-pos-covid-para-pacientes-com-sequelas-da-doenca
169. Associação Reabilitar. Centro de Reabilitação Pós-Covid de Parnaíba realiza ciclo de palestras para pessoas com sequelas da doença [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 12]. Available from: Centro de Reabilitação Pós-Covid de Parnaíba realiza ciclo de palestras para pessoas com sequelas da doença
170. Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão. Protocolo Rede Cuidar: Centro de Reabilitação Covid-19 [Internet]. São Luís; 2021 [cited 2022 Nov 12]. Available from: <https://www.saude.ma.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/PROTOCOLO-REDE-CUIDAR-CENTRO-DE-REABILITACAO-COVID-19.pdf>
171. Município de Itajaí. Centro de Reabilitação Pós-COVID completa um mês de funcionamento em Itajaí [Internet]. Itajaí - SC; 2021 [cited 2022 Nov 12]. Available from: <https://itajai.sc.gov.br/noticia/26061/centro-de-reabilitacao-pos-covid-completa-um-mes-de-funcionamento-em-itajai#.ZASR6HbMI2x>
172. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº1.060, de 5 de junho de 2002. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência [Internet]. 2002 [cited 2023 Nov 4]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html

173. Brasil, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia de Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7612, de 17 de Novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite [Internet]. Nov 17, 2011. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm
174. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. 2012 [cited 2021 Feb 10]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html
175. Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas. Estatuto da Pessoa com Deficiência. Brasil; 2015.
176. Mendes EV. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde. CONASS; 2015.
177. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Práticas em reabilitação na AB : o olhar para a funcionalidade na interação com o território [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/publicacoes/praticas_reabilitacao_atencao_basica_territorio.pdf
178. WHO, World Health Organization. Rehabilitation 2030: a call for action [Internet]. 2017 Feb. Available from: <https://www.who.int/disabilities/care/rehab-2030/en/>
179. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2297–305.
180. Othero MB, Ayres JR de CM. Healthcare needs of people with disabilities: subjects' perspectives through their life histories. *Interface - Comun Saúde e Educ*. 2012 Jan;16(40):219–33.
181. Brasil. Diálogo (bio)político : sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
182. Othero MB, Dalmaso ASW. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. *Interface - Comun Saúde e Educ*. 2009 Jan;13(8):177–88.
183. da Cunha M, Santos H, de Carvalho M, Miranda G, de Albuquerque M, de Oliveira R, et al. Health Care for People with Disabilities in the Unified Health System in Brazil: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jan 28;19(3):1472.
184. Mota PH dos S, Bousquat A. Desafios para a implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma região de saúde: um olhar a partir das dimensões política, organização e estrutura. *Saúde e Soc [Internet]*. 2023;32(2). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902023000200205&tlng=pt
185. Maciel FJ, Friche AA de L, Januário GC, Santos MFN, Reis RA, Oliveira Neto R de, et al. Análise espacial da atenção especializada na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: o caso de Minas Gerais. *CoDAS*. 2020;32(3):e20180104.
186. Santos MFN, Friche AAL, Lemos SMA. Health Care to people with disability: the formation of teams and geographical distribution of the rehabilitation specialized component. *CODAS*. 2021;33(1):1–12.
187. Mota P, Suda B, Bousquat A. Desafios da implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em diferentes contextos regionais: abordagem multidimensional e multiescalar. São Paulo; 2021.
188. Creswell JW. *A concise introduction to mixed methods research*. Thousand Oaks: Sage; 2015.
189. Creswell JW, Klassen AC, Plano Clark VL, Smith KC. *Best practices for mixed methods research in the health sciences*. National Institutes of Health; 2011.
190. Brasil, Ministério da Saúde. *Instrutivo de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual (Centro Especializado em Reabilitação e Oficinas Ortopédicas)*. 2020.

191. Saldanha R de F, Bastos RR, Barcellos C. Microdatasus: A package for downloading and preprocessing microdata from Brazilian Health Informatics Department (DATASUS). *Cad Saude Publica*. 2019;35(9).
192. de Boni RB. Web surveys in the time of COVID-19. *Cad Saude Publica*. 2020 Jan 1;36(7).
193. Eysenbach G. Improving the quality of web surveys: The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *J Med Internet Res*. 2004;6(3).
194. Pinto NRS, Tanaka OY, Spedo SM. Política de saúde e gestão no processo de(re)construção do SUS em município de grandeporte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009 Apr;25(4):927–38.
195. Spedo SM, Rodrigues N, Pinto S, Tanaka OY. A Regionalização Intramunicipal do Sistema Único de Saúde (SUS): um estudo de caso do município de São Paulo-SP, Brasil. *Saúde e Soc*. 2010;19(3):533–46.
196. Fundação SEADE. SEADE População [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 12]. Available from: <https://populacao.seade.gov.br/>
197. Cabral ALLV, Martinez-Hemáez A, Andrade EIG, Cherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2011 Nov;16(11):4433–42. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200016&lng=pt&tlng=pt
198. Gerhardt TE, Pinheiro R, Ruiz ENF, Silva Junior AG. Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde [Internet]. 1ª. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/ UERJ – ABRASCO; 2016. Available from: www.lappis.org.br
199. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF de, Martins CL, Mota PH dos S, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017 Apr 1;22(4):1141–54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401141&lng=pt&tlng=pt
200. Davis HE, Assaf GS, McCorkell L, Wei H, Low RJ, Re'em Y, et al. Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. *eClinicalMedicine* [Internet]. 2021 Aug 1;38:101019. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2589537021002996>
201. Lune H, Berg BL. *Qualitative research methods for the social sciences*. 9th ed. Pearson Education Limited; 2017.
202. Minayo MC de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14th ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
203. São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação de Epidemiologia e Informação. Boletim CEInfo: Saúde em Dados [Internet]. São Paulo; 2021 Aug. Available from: www.prefeitura.sp.gov.br/saude
204. São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria-Executiva de Atenção Básica Especialidades e Vigilância em Saúde, Coordenadoria de Atenção Básica. Diretrizes para a organização das ações de Reabilitação da Rede De Cuidados à Pessoa Com Deficiência. São Paulo; 2022 Jan.
205. São Paulo, Secretaria Especial de Comunicação. Saúde oferece acompanhamento pós-Covid para usuários do SUS [Internet]. 2021 [cited 2023 Nov 5]. Available from: <https://www.capital.sp.gov.br/noticia/saude-oferece-acompanhamento-pos-covid-para-usuarios-do-sus>
206. Correia D, Mendes Á. O Fundo de Saúde e sua apropriação pelas Organizações Sociais no município de São Paulo. *Saúde em Debate*. 2023;47(137):76–89.
207. São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência. Estratégia Acompanhante de Saúde Pessoa com Deficiência: documento norteador. São Paulo; 2016.

208. Suda BTR, Mota PH dos S, Bousquat A. Centros Especializados em Reabilitação (CER) no SUS e o impacto da pandemia de covid-19. *Rev Saude Publica*. 2023 May 11;57(Supl.1):9.
209. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria N° 639, de 31 de março de 2020. Dispõe sobre a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde”, voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). 2020.
210. Jesenšek Papež B, Šošić L, Bojnec V. The consequences of COVID-19 outbreak on outpatient rehabilitation services: a single-center experience in Slovenia. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2021 Jun 1;57(3):451–7.
211. Mckinney EL, Mckinney V, Swartz L, Mckinney E. COVID-19, disability and the context of healthcare triage in South Africa: Notes in time of pandemic. *African J Disabil* [Internet]. 2020; Available from: <https://www.ons.gov.uk/>
212. Morais L. Déficit de fisioterapeutas nos leitos de UTI pode chegar a 1.500, diz Crefito. *O Tempo* [Internet]. 2020 May 6 [cited 2023 Nov 6]; Available from: <https://www.otempo.com.br/cidades/deficit-de-fisioterapeutas-nos-leitos-de-uti-pode-chegar-a-1-500-diz-crefito-1.2334075>
213. Redação Portal. Pernambuco vai remanejar mais de mil médicos para atuar no combate à Covid-19. *CBN Caruaru* [Internet]. 2020 Apr 23 [cited 2023 Nov 6]; Available from: <https://www.cbncaruaru.com/artigo/pernambuco-vai-remanejar-mais-de-mil-medicos-para-atuar-no-combate-a-covid-19>
214. Guedes G. Faltam profissionais da saúde para atuar na linha de frente no combate ao coronavírus no RS. *Correio do Povo* [Internet]. 2021 Mar 25 [cited 2023 Nov 6]; Available from: <https://www.correiodopovo.com.br/noticias/geral/faltam-profissionais-da-saude-para-atuar-na-linha-de-frente-no-combate-ao-coronavirus-no-rs-1.592709>
215. Prefeitura Municipal de Curitiba. Saúde reorganiza rede para focar esforços no combate ao novo coronavírus. 2020 Mar 26 [cited 2023 Nov 6]; Available from: <https://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/saude-reorganiza-rede-para-focar-esforcos-no-combate-ao-novo-coronavirus/55435>
216. Braga J, Agência Saúde - DF. Saúde reorganiza atendimento nos ambulatórios e reforça serviço nos prontos-socorros. *Notícias* [Internet]. 2021 Mar 25 [cited 2023 Nov 6]; Available from: <https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/saude-reorganiza-atendimento-nos-ambulatorios-e-reforca-servico-nos-prontos-socorros>
217. Dinuzzi V, Palomba G, Minischetti M, Amendola A, Aprea P, Luglio G, et al. Telemedicine in Patients With an Ostomy During the COVID-19 Pandemic: A Retrospective Observational Study. *Wound Manag Prev*. 2021 Jan 15;67(1):12–7.
218. De Biase S, Cook L, Skelton DA, Witham M, ten Hove R. The COVID-19 rehabilitation pandemic. *Age Ageing*. 2020 May 29;
219. Mota PH dos S. Implementação da rede de cuidados à pessoa com deficiência: contexto, valores e níveis do cuidado [Internet]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2020. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-11032020-132928/>
220. dos Santos MPR, Pitta MT, do Nascimento Silva DB. Representativity indicators for the survey on the use of information and communication technologies in Brazilian households. *Stat J IAOS*. 2020 Jun 9;36(2):509–18.
221. Kim GJ, Kim H, Fletcher J, Voelbel GT, Goverover Y, Chen P, et al. Differential Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Utilization Disruption for Community-Dwelling Individuals With and Without Acquired Brain Injury. *Arch Rehabil Res Clin Transl* [Internet]. 2022 Mar;4(1):100176. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2590109521000926>
222. Saldanha JHS, Pereira APM, Santos AOC Dos, Miranda BS, Carvalho HKS de, Nascimento LC, et al. [Persons with disabilities during the COVID-19 pandemic: guaranteeing fundamental rights and equity in care]. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2021;37(9):e00291720. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34586172>

223. Pereira ÉL, Alecrim CGM, Silva DFL, Salles-Lima A de, Santos GCG dos, Resende MC de. Invisibilidade sistemática: pessoas com deficiência e Covid-19 no Brasil. *Interface - Comun Saúde, Educ* [Internet]. 2021;25(suppl 1). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832021000200900&tIng=pt
224. Cieza A, Kamenov K, Al Ghaib OA, Aresu A, Chatterji S, Chavez F, et al. Disability and COVID-19: ensuring no one is left behind. *Arch Public Heal* [Internet]. 2021 Dec 20;79(1):148. Available from: <https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-021-00656-7>
225. Banks LM, Davey C, Shakespeare T, Kuper H. Disability-inclusive responses to COVID-19: Lessons learnt from research on social protection in low- and middle-income countries. *World Dev.* 2021 Jan 1;137.
226. Ministério da Saúde, Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19 [Internet]. Brasília; 2021. Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br>.
227. Giovanella L, Bousquat A, Medina MG, Mendonça MHM de, Facchini LA, Tasca R, et al. Desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia de covid-19 no SUS. In: *Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde* [Internet]. Série Informação para ação na Covid-19 | Fiocruz; 2022. p. 201–16. Available from: <https://books.scielo.org/id/kymhj/pdf/portela-9786557081587-14.pdf>
228. ECLAC, Economic and social overview of Latin America and the Caribbean, CEPAL. Persons with Disabilities and Their Rights in the COVID-19 Pandemic: Leaving no one Behind [Internet]. United Nations; 2021. 1–34 p. (ECLAC COVID-19 Reports). Available from: <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789214030638>
229. Carvalho DM. Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão da situação atual. Vol. 6, Informe Epidemiológico do SUS. 1997. p. 35–41.
230. Barro M. Série: História dos Bairros de São Paulo. Volume 13: Nossa Senhora do Ó. Vol. 13. São Paulo: Departamento de Arquivo Histórico. Divisão do Arquivo Histórico; 1968.
231. Dunlop C, Howe A, Li D, Allen LN. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. *BJGP Open.* 2020 Apr;4(1):bjgpopen20X101041.
232. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM de, Aquino R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad Saude Publica* [Internet]. 2020 Aug 1;36(8). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000800502&tIng=pt
233. Goodwin VA, Allan L, Bethel A, Cowley A, Cross JL, Day J, et al. Rehabilitation to enable recovery from COVID-19: a rapid systematic review. *Physiotherapy.* 2021 Jun;111:4–22.
234. Agostini F, Mangone M, Ruiu P, Paolucci T, Santilli V, Bernetti A. Rehabilitation setting during and after Covid-19: An overview on recommendations. *J Rehabil Med.* 2021;53(1):jrm00141.
235. Parker AM, Brigham E, Connolly B, McPeake J, Agranovich A V, Kenes MT, et al. Addressing the post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection: a multidisciplinary model of care. *Lancet Respir Med.* 2021 Nov;9(11):1328–41.
236. Savassi LCM, Reis GVL, Dias MB, Vilela L de O, Ribeiro MTAM, Zachi MLR, et al. Recomendações para a Atenção Domiciliar em período de pandemia por COVID-19. *Rev Bras Med Família e Comunidade.* 2020 Aug 21;15(42):2611.
237. Almeida PF de, Casotti E, Silvério RFL. Trajetórias assistenciais de usuários com COVID-19: das medidas preventivas à reabilitação. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2023;39(2):e00163222. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2023000205001&tIng=pt

238. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria N° 90, de 3 de fevereiro 2023 - Institui o Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas. 2023.
239. Rodrigues P, TV Globo. Ministério da Saúde repassará R\$ 600 milhões a estados e municípios para cirurgias eletivas e exames. G1 Saúde [Internet]. 2023 Jan 26 [cited 2023 Nov 6]; Available from: <https://g1.globo.com/saude/noticia/2023/01/26/ministerio-da-saude-repassara-r-600-milhoes-a-estados-e-municipios-para-cirurgias-eletivas-e-exames.ghtml>
240. Freire MP, Louvison M, Feuerwerker LCM, Chioro A, Bertussi D. Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos. *Saúde e Soc.* 2020;29(3).
241. de Miranda DAP, Gomes SVC, Filgueiras PS, Corsini CA, Almeida NBF, Silva RA, et al. Long COVID-19 syndrome: a 14-months longitudinal study during the two first epidemic peaks in Southeast Brazil. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2022 Nov 1;
242. Lee A, Zeleznik H, Coffey Scott J, Erie S, York Fatima NA, Needham D, et al. Perspective Home and Community-Based Physical Therapist Management of Adults With Post-Intensive Care Syndrome [Internet]. Vol. 100, *Physical Therapy* 1062 *Physical Therapy.* 2020. Available from: <https://academic.oup.com/ptj>
243. Berger Z, Altiery De Jesus V, Assoumou SA, Greenhalgh T. Long COVID and Health Inequities: The Role of Primary Care. *Milbank Q.* 2021 Jun 1;99(2):519–41.
244. Verduzco-Gutierrez M, Lara AM, Annaswamy TM. When Disparities and Disabilities Collide: Inequities during the <scp>COVID</scp> -19 Pandemic. *PM&R* [Internet]. 2021 Apr 17;13(4):412–4. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pmrj.12551>
245. Amor AM, Navas P, Verdugo MÁ, Crespo M. Perceptions of people with intellectual and developmental disabilities about COVID-19 in Spain: a cross-sectional study. *J Intellect Disabil Res* [Internet]. 2021 Feb 8;jir.12821. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jir.12821>
246. Bal VH, Wilkinson E, White LC, Law JK, Feliciano P, Chung WK. Early Pandemic Experiences of Autistic Adults: Predictors of Psychological Distress. *Autism Res* [Internet]. 2021 Jun 8;14(6):1209–19. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/aur.2480>
247. Dalise S, Tramonti F, Armienti E, Niccolini V, Caniglia Tenaglia M, Chisari C. Psycho-social impact of social distancing and isolation due to the COVID-19 containment measures on patients with physical disabilities. *Eur J Phys Rehabil Med* [Internet]. 2020 Nov 9; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33165314>
248. Motolese F, Rossi M, Albergo G, Stelitano D, Villanova M, Di Lazzaro V, et al. The Psychological Impact of COVID-19 Pandemic on People With Multiple Sclerosis. *Front Neurol.* 2020 Oct 30;11.
249. Necho M, Birkie M, Gelaye H, Beyene A, Belete A, Tsehay M. Depression, anxiety symptoms, Insomnia, and coping during the COVID-19 pandemic period among individuals living with disabilities in Ethiopia, 2020. Na K-S, editor. *PLoS One* [Internet]. 2020 Dec 30;15(12):e0244530. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0244530>
250. Yang Y, Xiao Y, Liu Y, Li Q, Shan C, Chang S, et al. Mental Health and Psychological Impact on Students with or without Hearing Loss during the Recurrence of the COVID-19 Pandemic in China. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Feb 3;18(4):1421. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/4/1421>
251. Chen SQ, Chen SD, Li XK, Ren J. Mental health of parents of special needs children in china during the covid-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Dec 2;17(24):1–14.
252. Tsibidaki A. Anxiety, meaning in life, self-efficacy and resilience in families with one or more members with special educational needs and disability during COVID-19 pandemic in Greece. *Res Dev Disabil.* 2021 Feb 1;109.

253. Gurgel Junior GD. Novos modelos de gestão no SUS e as relações interinstitucionais de controle em foco. Gurgel Junior GD, Pacheco HF, Oliveira SR de A, Santos F de A da S, editors. Recife: UFPE; 2021.
254. Mont D, Layton N, Puli L, Gupta S, Manlapaz A, Shae K, et al. Assistive Technology during the COVID-19 Global Pandemic: The Roles of Government and Civil Society in Fulfilling the Social Contract. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Nov 16;18(22):12031.
255. Guskuma EA, Cruz L, Bispo MES, Noritomi R, Borges TC, Reis E. O distrito de Brasilândia na pandemia do COVID-19: um breve panorama [Internet]. 2021. Available from: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Brasilândia>
256. Betim F. No bairro campeão de mortes por covid-19 em São Paulo moradores isolam seus idosos à espera de um hospital. *El País* [Internet]. 2020 May 5 [cited 2023 Nov 6]; Available from: <https://brasil.elpais.com/sociedade/2020-05-05/no-bairro-campeao-de-mortes-por-covid-19-em-sao-paulo-moradores-isolam-seus-idosos-a-espera-de-um-hospital.html>
257. Greco ALR, Silva CFR da, Moraes MM de, Menegussi JM, Tudella E. Impacto da pandemia da COVID-19 na qualidade de vida, saúde e renda nas famílias com e sem risco socioeconômico: estudo transversal. *Res Soc Dev*. 2021 Apr 11;10(4):e29410414094.
258. Hunt X, Hameed S, Tetali S, Ngoc LA, Ganle J, Huq L, et al. Impacts of the COVID-19 pandemic on access to healthcare among people with disabilities: evidence from six low- and middle-income countries. *Int J Equity Health*. 2023 Aug 31;22(1):172.
259. Moreira MCN, Dias F de S. Deficiência e interseccionalidade na pandemia de Covid-19. In: Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia [Internet]. Série Informação para ação na Covid-19 | Fiocruz; 2021. p. 99–109. Available from: <http://books.scielo.org/id/r3hc2/pdf/matta-9786557080320-10.pdf>
260. Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12(1):18.
261. Rede Zika, Fiocruz, Ministério da Saúde. Epidemia de Zika no Brasil - Lições Aprendidas e Recomendações. 2019.
262. Dias FM, Berger SMD, Lovisi GM. O cuidado em saúde às crianças com a Síndrome Congênita do Zika. *Saúde em Debate*. 2022;46(spe6):83–96.
263. Pereira CMD, Mota PH dos S, Bousquat A. Cuidado fragmentado: resposta da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência para crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus. *Interface - Comun Saúde, Educ* [Internet]. 2023;27. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832023000100241&tlng=pt
264. Décary S, De Groote W, Arienti C, Kiekens C, Boldrini P, Lazzarini SG, et al. Scoping review of rehabilitation care models for post COVID-19 condition. *Bull World Health Organ*. 2022 Nov 1;100(11):676–88.
265. Pinto M, Gimigliano F, De Simone S, Costa M, Bianchi AAM, Iolascon G. Post-acute covid-19 rehabilitation network proposal: From intensive to extensive and home-based it supported services. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Dec 2;17(24):1–14.
266. Brandão S. Brasil : cinco anos de golpe e destruição. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2021. 1–318 p.
267. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Viver Sem Limite II [Internet]. Ações e Programas. 2023 [cited 2023 Nov 6]. Available from: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/pessoa-com-deficiencia/acoes-e-programas/plano-viver-sem-limite-ii>

APÊNDICE A

WEBSURVEY: Questionário CER – *GESTORES*

A. CARACTERÍSTICAS DO RESPONDENTE

1. QUAL SUA FORMAÇÃO? *(resposta única)*

- a) Assistente Social
- b) Enfermeiro(a)
- c) Fisioterapeuta
- d) Fonoaudiólogo(a)
- e) Médico(a)
- f) Nutricionista
- g) Psicólogo(a)
- h) Terapeuta Ocupacional
- i) Outra

CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO

2. EM QUAL UF ESTÁ LOCALIZADO O CER EM QUE TRABALHA? *(lista de estados e DF)*

3. EM QUAL MUNICÍPIO ESTÁ LOCALIZADO O CER EM QUE TRABALHA? *(aberta)*

4. QUAL A ABRANGÊNCIA TERRITORIAL DESTE SERVIÇO?

- a) *Distrital*
- b) *Municipal*
- c) *Regional*
- d) *Estadual*
- e) *Nacional*

5. QUAL O NOME DO CER EM QUE TRABALHA? *(aberta)*

6. QUAL O TIPO DE CER EM QUE TRABALHA?

- a) I
- b) II
- c) III
- d) IV

7. QUAIS AS MODALIDADES DE DEFICIÊNCIA ATENDIDAS POR ESTE SERVIÇO? *(múltipla escolha / bloquear atividades da Q13)*

- a) Auditiva
- b) Física
- c) Intelectual
- d) Visual

8. QUAL A NATUREZA ADMINISTRATIVA DESTE SERVIÇO? *(múltipla escolha)*

- a) Administração direta federal
- b) Administração direta estadual
- c) Administração direta municipal
- d) Administração indireta por autarquia
- e) Administração indireta por organização social pública
- f) Entidade beneficiante sem fins lucrativos
- g) Outra

9. **QUANTOS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR TRABALHAM NESTE CER?** *(resposta numérica aberta)*
10. **EM MÉDIA, QUANTOS PROCEDIMENTOS ERAM REALIZADOS MENSALMENTE POR ESTE CER EM 2019?** *(resposta numérica aberta)*
11. **EM MÉDIA, QUANTOS PACIENTES ERAM ATENDIDOS MENSALMENTE POR ESTE SERVIÇO EM 2019?** *(resposta numérica aberta)*
12. **DE QUE FORMA FOI AVALIADA E CONTABILIZADA A PRODUÇÃO AMBULATORIAL E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO SERVIÇO NO PERÍODO DE ABRIL ATÉ A PRESENTE DATA?** *(resposta aberta)*

C. FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DURANTE A PANDEMIA

13. **NESTE CER, EM FUNÇÃO DA PANDEMIA DE COVID-19, VOCÊ DIRIA QUE AS SEGUINTE ATIVIDADES (CONSIDERANDO O PERÍODO DE ABRIL ATÉ A PRESENTE DATA) FORAM:**

Atividades:	Mantidas	Reduzidas	Suspensas	Suspensas e posteriormente retomadas	Não realizava
a. Avaliações multiprofissionais/ globais / triagens para admissão no serviço					
b. Terapias individuais em reabilitação auditiva					
c. Terapias individuais em reabilitação física					
d. Terapias individuais em reabilitação intelectual					
e. Terapias individuais em reabilitação visual					
f. Atividades em grupo					
g. Consultas de enfermagem					
h. Consultas médicas					
i. Visitas domiciliares					
j. Exames diagnósticos					
k. atendimentos de Serviço Social					
l. Dispensações de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI)					
m. Plantões para manutenção e ajuste AASI					
n. Dispensações de Órteses, Próteses e Meios auxiliares de Locomoção (OPM)					
o. Plantões para manutenção e ajuste OPM					
p. Dispensações de Cadeiras de Rodas					
q. Plantões para manutenção e ajuste de Cadeiras de Rodas					
r. atendimentos à pessoa ostomizada					
s. Fornecimentos de equipamentos e insumos para pessoa ostomizada					
t. Matriciamentos / atividades de articulação de rede					
u. Reuniões de Equipe					

14. Houve diferença nas estratégias adotadas para atendimento de grupos prioritários, ou grupos de risco?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe

SE SIM, QUAIS OS GRUPOS CONSIDERADOS DE RISCO? DESCREVA AS ESTRATÉGIAS REALIZADAS (aberta)

SE SIM, QUAIS OS GRUPOS CONSIDERADOS PRIORITÁRIOS? DESCREVA AS ESTRATÉGIAS REALIZADAS (aberta)

15. HOUVE DIMINUIÇÃO NA OFERTA DE ATENDIMENTOS REALIZADOS POR DIA NESTE CER?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe

16. HOUVE MODIFICAÇÃO NA DURAÇÃO DOS ATENDIMENTOS?

- a) Sim, a duração de cada atendimento foi aumentada.
- b) Sim, a duração de cada atendimento foi reduzida.
- c) Não.
- d) Não sabe.

17. HOUVE AUMENTO DO INTERVALO DE AGENDAMENTO ENTRE ATENDIMENTOS, PERMITINDO A LIMPEZA DOS ESPAÇOS E MATERIAIS?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe

18. FOI UTILIZADA ESCALA DE REVEZAMENTO (DIAS E PERÍODOS) ENTRE OS PROFISSIONAIS?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe

19. HOUVE REMANEJAMENTO DE PROFISSIONAIS PARA OUTROS SERVIÇOS?

- a) Sim.
Quais profissionais?
Para quais serviços?
- b) Não
- c) Não sabe

20. HOUVE MODIFICAÇÃO NAS ATRIBUIÇÕES DOS TÉCNICOS DO SERVIÇO PARA FUNÇÕES ESPECIFICAMENTE RELACIONADAS À COVID-19 (SERVIÇO ADMINISTRATIVO, PRÉ-CONSULTA, OUTROS)?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe

21. HOUVE MODIFICAÇÃO NA ESTRUTURA FÍSICA/ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE PARA OS ATENDIMENTOS?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe

22. HOUVE MODIFICAÇÃO NO USO DO TRANSPORTE SANITÁRIO ACESSÍVEL DA UNIDADE PARA OS ATENDIMENTOS?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não dispõe de transporte sanitário.
- d) Não sabe

23. O CER RECEBEU DIRETRIZES CLARAS PARA SUSPENSÕES, MODIFICAÇÕES E ADAPTAÇÕES DE PROCEDIMENTOS REALIZADAS DURANTE ESTE PERÍODO?

	Sim, em tempo oportuno	Sim, porém tardiamente	Não recebeu	Não Sabe	Não se aplica
a. Pela Gerência Distrital					
b. Pela Secretaria Municipal De Saúde					
c. Pela Secretaria Estadual De Saúde					
d. Por Organização Social De Saúde					

D. CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL

24. HOUVE ALGUMA CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL INSTITUCIONAL SOBRE COVID-19?

- a) Sim, sobre prevenção de transmissão da doença.
- b) Sim, sobre o uso de EPI.
- c) Sim, sobre manejo clínico e fluxo assistencial dos casos.
- d) Sim, sobre reabilitação pós Covid-19.
- e) Não houve nenhuma capacitação sobre o tema.
- f) Não sabe.

E. BIOSSEGURANÇA, DISPONIBILIDADE DE INSUMOS E EPI

25. OS SEGUINTE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) ESTÃO DISPONÍVEIS NA SUA UNIDADE?

<i>EPI</i>	Suficiente	Insuficiente	Não utiliza	Não Sabe
a. Máscara cirúrgica				
b. Máscara NP95 ou PFFP2				
c. Visor/Elmo/ <i>face shield</i>				
d. Máscara com visor para leitura labial				
e. Luvas				
f. Óculos				
g. Avental descartável				

26. OS SEGUINTE INSUMOS ESTÃO DISPONÍVEIS NA SUA UNIDADE?

<i>Insumos</i>	Suficiente	Insuficiente	Indisponível	Não sabe
a. Álcool 70°				
b. Dispenser com álcool em gel ou espuma				
c. Termômetro infravermelho				
d. Oxímetro				
e. Oxigênio				
f. Testes sorológicos para Covid-19 para usuários do serviço				
g. Testes sorológicos para Covid-19 para profissionais de saúde do CER				
h. Acesso a Teste RT-PCR para Covid-19 na rede				

27. QUAIS OS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA ADOTADAS NA CHEGADA DE PROFISSIONAIS À UNIDADE?

- a) Higiene das mãos
- b) *Checklist* de sintomas
- c) Aferição da temperatura corporal
- d) Oximetria de pulso
- e) Outros: _____
- f) Não sabe

28. QUAIS OS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA ADOTADAS NA CHEGADA DOS USUÁRIOS À UNIDADE?

- a) Higiene das mãos
- b) *Checklist* de sintomas
- c) Disponibilização de máscara descartável, se necessário
- d) Aferição da temperatura corporal
- e) Oximetria de pulso
- f) Distanciamento mínimo entre lugares nas salas de espera
- g) Outros: _____
- h) Não sabe

29. ALGUM PROFISSIONAL DESTA CER ESTEVE DOENTE OU FOI AFASTADO POR SUSPEITA OU CASO CONFIRMADO DE COVID-19?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe

F. ESTRUTURA PARA TELEREABILITAÇÃO

30. A UNIDADE POSSUI OS SEGUINTE ITENS DE INFRAESTRUTURA PARA TELEREABILITAÇÃO, DISPONÍVEL PARA UTILIZAÇÃO POR TODA EQUIPE?

<i>Itens</i>	Suficiente	Insuficiente	Não Possui	Não Sabe
a. Internet com boa conexão				
b. Rede sem fio				
c. Computador com câmera e microfone				
d. Celular institucional / Tablet com acesso à internet				

31. ESTE CER ESTÁ REALIZANDO ATENDIMENTOS REMOTOS DE REABILITAÇÃO? (múltipla escolha)

- a) Sim, realiza chamadas telefônicas.
- b) Sim, realiza chamadas de vídeo.
- c) Não. *(avançar para 33)*
- d) Não sabe.

SE SIM, PARA QUAIS TIPOS DE TERAPIA/TRATAMENTO? (múltipla escolha)

- a) Fisioterapia
- b) Fonoaudiologia
- c) Nutrição
- d) Psicologia
- e) Terapia Ocupacional
- f) Assistência social
- g) Consultas médicas
- h) Consultas de enfermagem

32. OS PROFISSIONAIS UTILIZAM CELULARES PESSOAIS PARA CONTATAR OS USUÁRIOS?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe

33. NO GERAL, OS USUÁRIOS DESTE SERVIÇO POSSUEM ACESSO À INTERNET E TELEFONE MÓVEL PARA SEREM ATENDIDOS POR TELEREABILITAÇÃO?

- a) Sim, possuem em sua maioria.
- b) Não, apenas uma minoria possui.
- c) Não possuem.
- d) Não sabe

G. FLUXO ASSISTENCIAL PARA PACIENTES PÓS COVID-19

34. O SERVIÇO TEM RECEBIDO ENCAMINHAMENTOS DE PACIENTES PÓS ALTA HOSPITALAR POR COVID-19?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe

35. O CER RECEBEU DIRETRIZES CLARAS SOBRE O FLUXO ASSISTENCIAL DE PACIENTES PÓS ALTA HOSPITALAR DE INTERNAÇÕES POR COVID-19?

	Sim, em tempo oportuno	Sim, porém tardiamente	Não recebeu	Não se aplica
a. Pela Gerência Distrital				
b. Pela Secretaria Municipal De Saúde				
c. Pela Secretaria Estadual De Saúde				
d. Por Organizações Sociais De Saúde				

36. HÁ PRIORIZAÇÃO NO AGENDAMENTO DE CASOS DE PÓS ALTA HOSPITALAR POR COVID-19?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe

37. O CER TEVE SUA ESTRUTURA ADAPTADA PARA ATENDER PACIENTES PÓS ALTA HOSPITALAR POR COVID-19?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe

38. HÁ PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ESPECÍFICO DO CER PARA PACIENTES PÓS ALTA HOSPITALAR POR COVID-19?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe

H. APOIO SOCIAL

39. FOI ELABORADO/DISTRIBUÍDO ALGUM MATERIAL INFORMATIVO (CARTILHAS, FOLDERS) OU DIVULGADOS CANAIS DE COMUNICAÇÃO COM INFORMAÇÕES SOBRE AS NECESSIDADES DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA DURANTE A PANDEMIA?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe

40. HOUVE LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO CAUSADAS PELA PANDEMIA?

- a) Sim
- b) Não (*avançar para 44*)
- c) Não sabe (*avançar para 44*)

SE SIM, COMO FORAM UTILIZADAS AS INFORMAÇÕES DESSE LEVANTAMENTO? (*aberta*)

41. HOUVE REDUÇÃO NA FREQUÊNCIA DE ATENDIMENTOS DE CADA USUÁRIO (ADAPTAÇÕES NO PROJETO TERAPÊUTICO)?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe

42. TEMPO EM FILA DE ESPERA POR ATENDIMENTO OU OUTRAS MODIFICAÇÕES DECORRENTES DA PANDEMIA?

- a) Sim, muitas pessoas reclamaram
- b) Poucas pessoas reclamaram
- c) Não, nenhuma pessoa reclamou
- d) Não houve mudança no tempo de espera por atendimento
- e) Não sabe

43. É OFERTADO APOIO PARA OS USUÁRIOS DO CER SOBRE O ACESSO À AUXÍLIOS DE RENDA, ALIMENTAÇÃO E/OU OUTROS?

- a) Sim, pela própria unidade.
- b) Sim, por outro serviço da rede.
- c) Não
- d) Não sabe

44. AS REUNIÕES DO CONSELHO GESTOR DESTA UNIDADE, NO PERÍODO DE ABRIL ATÉ A PRESENTE DATA, FORAM:

- a) Mantidas em seu formato e frequência habituais.
- b) Reduzidas em frequência.
- c) Mantidas no formato online.
- d) Suspensas.
- e) Suspensas e posteriormente retomadas.
- f) Não eram realizadas antes da pandemia.
- g) Não sabe.

45. É OFERTADO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO AOS PROFISSIONAIS DO CER?

- a) Sim, pela própria unidade.
- b) Sim, por outro serviço da rede.
- c) Não
- d) Não sabe

I. EXPERIÊNCIAS E CONSTRANGIMENTOS ENFRENTADOS**46. VOCÊ GOSTARIA DE CONTAR MAIS ALGUMA COISA PARA A EQUIPE DE PESQUISADORES (DIFICULDADES E/OU POTENCIALIDADES) SOBRE ESTE PERÍODO?****47. ALGUMA EXPERIÊNCIA QUE GOSTARIA DE COMPARTILHAR?**

APÊNDICE B

WEBSURVEY: Questionário CER – *PROFISSIONAIS DE REABILITAÇÃO*

A. CARACTERÍSTICAS DO RESPONDENTE

1. **QUAL SUA FORMAÇÃO?** (*resposta única*)

- a) Assistente Social
- b) Enfermeiro(a)
- c) Fisioterapeuta
- d) Fonoaudiólogo(a)
- e) Médico(a)
- f) Nutricionista
- g) Profissional de Educação Física
- h) Psicólogo(a)
- i) Terapeuta Ocupacional
- j) Outra

B. CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO

2. **EM QUAL UF ESTÁ LOCALIZADO O SERVIÇO EM QUE TRABALHA?** (*lista de estados e DF*)

3. **EM QUAL O MUNICÍPIO ESTÁ LOCALIZADO O SERVIÇO EM QUE TRABALHA?** (*aberta*)

4. **QUAL O NOME DO SERVIÇO EM QUE TRABALHA?**

5. **QUAIS AS MODALIDADES DE DEFICIÊNCIA ATENDIDAS POR ESTE SERVIÇO?** (*múltipla escolha*)

- a) Auditiva
- b) Física
- c) Intelectual
- d) Visual

6. **QUAL SEU TIPO DE VÍNCULO PROFISSIONAL?**

- a) Servidor estatutário
- b) Celetista
- c) Prestador de serviço (PJ)
- d) Outro

C. FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DURANTE A PANDEMIA

7. **EM FUNÇÃO DA PANDEMIA DE COVID-19, VOCÊ DIRIA QUE AS SEGUINTE MUDANÇAS OCORRERAM EM SUA ROTINA DE TRABALHO (NO PERÍODO DE ABRIL ATÉ A PRESENTE DATA):** (*múltiplas escolhas*)

- a) Redução do número de atendimentos realizados por dia
- b) Aumento do número de atendimentos realizados por dia
- c) Suspensão dos atendimentos
- d) Redução da duração dos atendimentos
- e) Aumento da duração dos atendimentos
- f) Aumento do intervalo entre atendimentos
- g) Redução de visitas domiciliares

- h) Aumento de visitas domiciliares
- i) Suspensão de visitas domiciliares
- j) Redução de avaliações de novos casos
- k) Suspensão de avaliações de novos casos
- l) Redução de atividades coletivas para a população atendida
- m) Suspensão das atividades coletivas para a população atendida
- n) Redução de atividades de atenção à saúde do trabalhador com a equipe do serviço
- o) Aumento de atividades de atenção à saúde do trabalhador com a equipe do serviço
- p) Uso de escala de revezamento entre os profissionais
- q) Remanejamento para outro serviço
- r) Suspensão das reuniões de equipe
- s) Adaptação das reuniões de equipe

8. MUDANÇA DE ATRIBUIÇÕES DENTRO DA UNIDADE PARA FUNÇÕES ESPECIFICAMENTE RELACIONADAS À COVID-19 PARA:

- a) I - serviço administrativo
- b) II - pré-consulta
- c) III – acompanhamento de casos suspeitos ou confirmados de Covid-19
- d) IV – outros: _____

9. . VOCÊ RECEBEU ORIENTAÇÕES CLARAS PARA SUSPENSÕES, MODIFICAÇÕES E ADAPTAÇÕES DE PROCEDIMENTOS REALIZADAS DURANTE ESTE PERÍODO?

- a) Sim, em tempo oportuno
- b) Sim, porém tardiamente
- c) Não recebeu
- d) Não sabe

D. CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL

10. VOCÊ PARTICIPOU DE ALGUMA CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL INSTITUCIONAL SOBRE COVID-19, POR MEIO DE SEU SERVIÇO? (múltipla escolha)

- a) Sim, sobre prevenção de transmissão da doença.
- b) Sim, sobre o uso de EPI.
- c) Sim, sobre manejo clínico e fluxo assistencial dos casos.
- d) Sim, sobre reabilitação pós Covid-19.
- e) Não houve nenhuma capacitação sobre o tema.

11. VOCÊ REALIZOU OUTRAS CAPACITAÇÕES RELACIONADAS A COVID-19 POR CONTA PRÓPRIA?

- a) Sim, o curso *online* do Ministério da Saúde.
- b) Sim, curso(s) de outras instituições. _____
- c) Não

12. VOCÊ SE CONSIDERA APTO A ATENDER DEMANDAS RELACIONADAS À COVID-19?

- a) Sim
- b) Não

E. **BIOSSEGURANÇA, DISPONIBILIDADE DE INSUMOS E EPI****13. OS SEGUINTE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL ESTÃO DISPONÍVEIS NA SUA UNIDADE?**

EPI	Em quantidade suficiente	Em quantidade insuficiente	Não utiliza	Não sabe
a. Máscara NP95 ou PFFP2				
b. Máscara cirúrgica				
c. Visor/Elmo/ <i>face shield</i>				
d. Máscara com visor para leitura labial				
e. Luvas				
f. Óculos				
g. Avental descartável				

14. OS SEGUINTE INSUMOS ESTÃO DISPONÍVEIS NA SUA UNIDADE?

	Em quantidade suficiente	Em quantidade insuficiente	Indisponível	Não sabe
a. Álcool 70°				
b. Dispenser com álcool em gel ou espuma				
c. Termômetro infravermelho				
d. Oxímetro de pulso				
e. Oxigênio				
f. Testes sorológicos para Covid-19 para usuários do serviço (ELISA)				
g. Testes sorológicos para Covid-19 para profissionais de saúde do CER				
h. Acesso a Teste RT-PCR para Covid-19 na rede				

15. VOCÊ PERTENCE AO GRUPO DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES PARA COVID-19?

- a) Sim
- b) Não

16. VOCÊ ESTEVE DOENTE OU FOI AFASTADO POR SUSPEITA OU CASO CONFIRMADO DE COVID-19?

- a) Sim
- b) Não

F. ESTRUTURA PARA TELEREABILITAÇÃO

17. VOCÊ CONSIDERA QUE A UNIDADE EM QUE ATUA POSSUI INFRAESTRUTURA PARA TELEREABILITAÇÃO?

- a) Suficiente
- b) Insuficiente
- c) Não possui
- d) Não sabe

18. SUA UNIDADE ESTÁ REALIZANDO ATENDIMENTOS REMOTOS PARA REABILITAÇÃO?
(múltipla escolha)

- a) Sim, chamadas telefônicas
- b) Sim, chamadas de vídeo
- c) Não *(passar para 22)*

19. OS PROFISSIONAIS UTILIZAM CELULARES PESSOAIS PARA CONTATAR OS USUÁRIOS?

- a) Sim
- b) Não

20. NO GERAL, OS USUÁRIOS DE SEU SERVIÇO POSSUEM ACESSO À INTERNET E TELEFONE MÓVEL PARA SEREM ATENDIDOS POR TELEREABILITAÇÃO?

- a) Sim, em sua maioria.
- b) Não, apenas uma minoria.
- c) Não possuem.
- d) Não sabe.

G. FLUXO ASSISTENCIAL PARA PACIENTES PÓS COVID-19

21. O SERVIÇO TEM RECEBIDO PACIENTES PÓS ALTA HOSPITALAR DE INTERNAÇÕES POR COVID-19?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe

22. VOCÊ FOI INFORMADO SOBRE PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ESPECÍFICO PARA PACIENTES PÓS ALTA HOSPITALAR POR COVID-19?

- a) Sim
- b) Não

H. APOIO SOCIAL

23. É OFERTADO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO AOS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO EM QUE ATUA?

- a) Sim, pela própria unidade
- b) Sim, por outro serviço da rede
- c) Não
- d) Não sabe

I. **EXPERIÊNCIAS E CONSTRANGIMENTOS ENFRENTADOS**

24. **COMO TEM SIDO A RESPOSTA DOS USUÁRIOS FRENTE ÀS MUDANÇAS NA REABILITAÇÃO?
(Ouvidoria, reclamações, ganhos secundários, outros)**
25. **VOCÊ GOSTARIA DE CONTAR MAIS ALGUMA COISA PARA A EQUIPE DE PESQUISADORES
SOBRE ESTE PERÍODO? ALGUMA EXPERIÊNCIA QUE VOCÊ GOSTARIA DE COMPARTILHAR?
QUAIS AS PRINCIPAIS DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS ADOTADAS?**

APÊNDICE C

Roteiro de Itinerário Terapêutico – Síndrome Pós-Covid19

Histórico Pessoal

1. Como era sua rotina antes da internação por Covid-19? *(trabalho, estudo, lazer, etc)*
2. Você tinha algum problema de saúde antes da internação?
3. Realizava acompanhamento regular de saúde? *(onde realizava consultas, exames, prescrição e uso de medicamentos, atividades de prevenção e promoção de saúde etc)*
4. Você teve acesso a informações para prevenção de Covid-19? *(de qual tipo, quais as fontes)*
5. Você seguiu as recomendações? *(pôde realizar distanciamento, continuou a trabalhar, teve comprometimento da renda familiar, suporte social, auxílio emergencial)*
6. O que o(a) sr.(ª) pensava da doença antes de ter sido infectado?

Diagnóstico e Internação

7. Como foi que começou o problema que levou o(a) sr. (ª) à internação pela Covid-19? *Buscar identificar como o paciente começou a sentir os primeiros sintomas, evolução do quadro.*
8. Qual(is) o(s) serviço(s) de saúde procurou (UBS, UPA, SAMU, PS)?
9. Qual o meio de transporte utilizado?
10. Como foi atendido?
11. Quanto tempo demorou entre a procura do primeiro serviço por este problema até receber o primeiro atendimento médico?
12. Você foi testado para Covid-19 assim que foi avaliado? Quanto tempo levou até receber a confirmação do diagnóstico?
13. Como chegou até a internação?
14. Como foi o período de internação? *(período, comunicação, evolução do quadro)*
15. Por quais tipos de procedimentos passou durante a internação? *(exames, cirurgias, terapias, etc)*

Alta hospitalar

16. Quando o(a) sr. (ª) teve alta hospitalar recebeu algum tipo de orientação, prescrição ou encaminhamento?
17. Recebeu um relatório de alta com resumo de sua internação?
18. Foi agendado algum retorno ou saiu com consulta agendada em outro serviço?
19. Quais tipos de dificuldades/sequelas apresentava quando voltou para casa?

Coordenação do cuidado pela APS

20. Pessoas da sua família ou de sua convivência também ficaram doentes? Elas foram testadas? Ficaram isoladas? Foram acompanhadas?
21. Durante a internação, o(a) Sr. (ª) ou sua família tiveram contato com a equipe de saúde de sua UBS?
22. Durante a internação, a equipe do hospital teve contato com a equipe de saúde de sua UBS?
23. O(a) sr. (ª) recebeu visita ou passou em consulta com a equipe da UBS após a alta?
24. Está recebendo algum tratamento de saúde nesse momento? Onde e por quem o(a) sr(ª) 73 está sendo atendido?

Reabilitação

24. Como chegou até o serviço de reabilitação? Qual foi o tempo entre a alta e o início da reabilitação? *(avaliação por equipe multidisciplinar na APS, NASF)*
25. Como foi (ou como está sendo) o processo de reabilitação? *(evolução do quadro, se conhece o plano terapêutico, alta)*
26. Recebe orientações para prevenção de reinfecção pelo coronavírus?
27. Está seguindo as recomendações de prevenção?
28. É monitorado sobre sintomas de Covid-19?
29. O(a) sr. (a) já foi vacinado? Se não, há uma previsão?