

Atributos da Atenção Básica no atendimento de usuários pós COVID-19: perspectiva dos profissionais de saúde

Attributes of Primary Care in the care of users after COVID-19: perspective of health professionals

Xavéle Braatz Petermann¹, Ivana Maria Saes Busato²

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2672-0164>. Fisioterapeuta. Mestra em Gestão de Organizações Públicas. Centro Universitário Internacional, Curitiba, Paraná, Brasil.

E-mail: xavelepetermann@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5643-5981>. Cirurgiã-dentista. Doutora em Odontologia. Centro Universitário Internacional, Curitiba, Paraná, Brasil.

E-mail: ivanabusato5@gmail.com

CONTATO: Autor correspondente: Xavéle Braatz Petermann | Endereço: Rua Frederico Konrad, 25, Santa Fé, Arroio do Tigre, RS, Brasil, CEP: 96950-000
Telefone: (51) 3747-1105 | E-mail: xavelepetermann@gmail.com

RESUMO

A pandemia causada pela COVID-19 trouxe enormes desafios à Saúde Pública, além da fase crítica da doença e das hospitalizações. O objetivo deste estudo é analisar o papel da atenção básica no atendimento do usuário pós-COVID-19. A pesquisa foi conduzida com 24 profissionais de nível superior da atenção básica de três municípios do interior do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Os dados foram coletados por meio de questionário eletrônico adaptado do *PCATool-Brasil* e analisados descritivamente. Em relação ao acesso, os resultados mostraram 50% dos profissionais afirmarem que o tempo de espera dos usuários é superior a 30 minutos. Na longitudinalidade, 45,8% dos profissionais indicaram não conhecer os usuários. Na coordenação, 41,6% dos profissionais não receberam informações após a alta hospitalar e 50% dos pesquisados participaram de educação permanente. Na orientação comunitária, 58,3% dos profissionais afirmaram haver avaliações dos serviços. Os dados apontaram aspectos positivos quanto ao atendimento



de usuários pós-COVID-19. No entanto, as principais fragilidades evidenciaram pouca articulação da rede de atenção, bem como desfavorável tempo de espera dos usuários para atendimento na Unidade de Saúde

DESCRITORES: Política de Saúde. Atenção Primária à Saúde. COVID-19.

ABSTRACT

The pandemic caused by COVID-19 brought enormous challenges to Public Health, besides the critical phase of the disease and hospitalizations. This study objective is to analyze the role of primary care in post-COVID-19 user care. The research was conducted with 24 graduate primary care professionals from three inland cities of the state of Rio Grande do Sul, Brazil. Data were collected using an electronic questionnaire adapted from the PCATool-Brazil and analyzed descriptively. Regarding access, the results showed 50% of professionals stating that the waiting time for users is longer than 30 minutes. In longitudinality, 45.8% of the professionals indicated not knowing the users. In coordination, 41.6% of the professionals did not receive information after hospital discharge, and 50% of those surveyed participated in continuing education. In community orientation, 58.3% of the professionals said there were evaluations of the services. The data pointed out positive aspects regarding post-COVID-19 users care. However, the main weaknesses showed low articulation of the care network, as well as unfavorable waiting time of users for treatment in the Health Unit.

DESCRIPTORS: Health policy. Primary health care. COVID-19.

INTRODUÇÃO

A pandemia causada pelo novo Coronavírus (COVID-19) trouxe enormes desafios para a Saúde Pública, que vão além da fase crítica da doença e das hospitalizações. As sequelas físicas e psicossociais das pessoas que sobreviveram à doença demandam atenção das equipes de saúde, em especial, dos profissionais da Atenção Básica (AB)¹⁻².

Com base na descrição do papel central da AB na Rede de Atenção à Saúde (RAS) brasileira para enfrentamento da pandemia³, a assistência à COVID-19 na RAS precisa dar conta das necessidades dos pacientes nas diferentes fases da infecção e nos diferentes pontos de atenção, em uma linha de cuidado em que a AB coordena e ordena a RAS, desde os casos leves em isolamento domiciliar até a reabilitação após a alta hospitalar³.

As equipes de AB, após a alta hospitalar de pacientes com COVID-19, conforme descrito pelo Ministério da Saúde⁴, têm um papel estratégico. Entre as ações previstas para o nível primário estão: mapear os usuários internados, por meio do familiar/cuidador e visita do Agente Comunitário de Saúde; apoiar a família durante o período de internação com o monitoramento de outros casos suspeitos e, se necessário, fornecer apoio psicológico e acesso à informação sobre o usuário internado; auxiliar a transição do cuidado na alta hospitalar dos casos mais complexos; fazer visita domiciliar em casos mais complexos em até 48h, com participação da equipe multiprofissional; atentar para a necessidade de reabilitação das pessoas com sequelas⁴.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) aponta a AB como principal porta de entrada para o acesso aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), e como centro de comunicação da RAS. As secretarias municipais de saúde, articuladas com as esferas estadual e federal, têm como responsabilidades programar as ações da AB de acordo com as necessidades de saúde da população, bem como organizar o fluxo de pessoas, inserindo-as em linhas de cuidado, instituindo e garantindo os fluxos definidos na RAS entre os diversos pontos de atenção para garantir a integralidade e a continuidade do cuidado⁵.

Estudos no Reino Unido estimaram que metade dos pacientes internados por covid-19 necessitaram de cuidados de saúde após a alta^{1,6}, por apresentarem

alterações funcionais residuais que necessitaram de reabilitação por uma equipe multidisciplinar⁶. Devido a essa necessidade, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)⁷ afirmou serem indicados os serviços de reabilitação localizados onde os pacientes moram. No contexto do SUS, fica evidente o papel da AB para o cuidado ao usuário pós-covid-19, bem como para controle e redução de danos causados pela pandemia⁸. Estudo recente revelou as principais barreiras encontradas na AB em meio a pandemia, como a falta de informatização, de recursos tecnológicos e de capacitação das equipes sobre COVID-19, bem como a fragilidade da oferta de equipamentos de proteção necessários⁹.

Diante disso, fica evidente a necessidade urgente de recursos humanos, materiais e financeiros, para o cuidado adequado dos pacientes com sequelas da COVID-19 na AB. Portanto, o objetivo deste estudo é analisar o papel da atenção básica na rede de atenção à saúde ao usuário pós-COVID-19.

MÉTODO

Este é um estudo descritivo, transversal e quantitativo para analisar o papel da AB na atenção à saúde ao usuário pós-COVID-19. Para coleta dos dados, aplicou-se questionário eletrônico (*Google Forms*) enviado por e-mail para todos os profissionais de saúde de nível superior da rede de AB de três municípios do interior do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, entre junho e agosto de 2021. As Secretarias Municipais de Saúde cederam a relação de e-mails dos profissionais de saúde ativos.

A amostra por conveniência incluiu 24 profissionais de saúde de nível superior da rede de AB. Para participar do estudo, os sujeitos deveriam ser profissionais de saúde de nível superior atuantes na AB. Excluíram-se profissionais em período de férias ou afastados do trabalho (por doença ou licença) no momento do envio do questionário eletrônico.

O instrumento de coleta de dados consistiu em um questionário eletrônico elaborado pelas pesquisadoras com base no *PCATool-Brasil* (Versão Profissional da Saúde). O *PCATool-Brasil* foi criado por Barbara Starfield e colaboradores no período entre 1997 e 2001, na *Johns Hopkins University*, com o objetivo de ser um conjunto de instrumentos de avaliação da AB¹⁰. A partir da validação do *PCATool-Brasil*, o instrumento para os profissionais da saúde apresenta os seguintes atributos: acesso,

longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária.

Portanto, as variáveis consideradas para o estudo foram acesso, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária da AB¹¹, definidas como a seguir:

- Acesso: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde.
- Longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo.
- Coordenação: continuidade, seja do atendimento por um mesmo profissional, seja por meio de prontuários, ou de ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado ao cuidado global do paciente.
- Integralidade: leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para os usuários receberem atenção integral, do ponto de vista do caráter biopsicossocial, além de encaminhamentos para outros pontos da RAS.
- Orientação familiar: na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral, deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.
- Orientação comunitária: reconhecimento, por parte do serviço de saúde, das necessidades em saúde da comunidade.

Os dados foram processados em planilha do programa Excel©, analisados descritivamente em forma de frequências absolutas e relativas, e apresentados como tabelas e gráficos. O principal objetivo da análise descritiva é sumarizar e explorar o comportamento de um conjunto de dados de acordo com os objetivos do estudo¹².

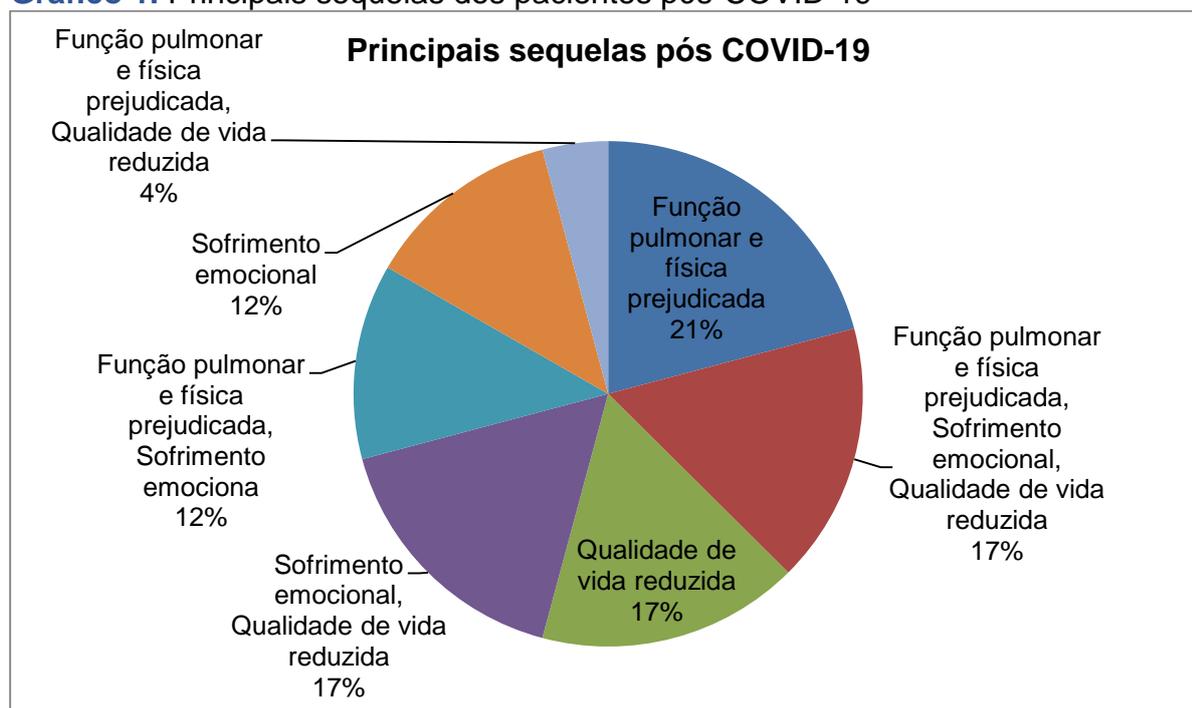
A resposta ao questionário foi entendida como anuência dos participantes, a partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) como condição de acesso ao questionário. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição de Ensino Superior a qual os autores estão vinculados, com o parecer n.º 4.819.991 e CAAE 47751521.5.0000.5573, e está de acordo com a Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Participaram do estudo 24 profissionais de saúde de nível superior que atuavam na AB: 8 enfermeiros, 3 fisioterapeutas, 3 nutricionistas, 3 psicólogos, 2 cirurgiões-dentistas, 2 farmacêuticos, 1 assistente social, 1 médico e 1 terapeuta holístico. Quanto ao local de atuação, 12 profissionais atuavam em Unidades Básicas de Saúde, 11 em Estratégias de Saúde da Família e 1 no Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família (NASF). Quanto ao tempo de atuação no referido serviço, 10 profissionais atuavam a menos de 2 anos, 8 atuavam de 2 a 10 anos, e 6 a mais de 10 anos.

A maioria dos profissionais (83,3%) afirmou que a pandemia aumentou o fluxo de pacientes nas Unidades de Saúde. Somado a isto, a maioria (87,5%) dos profissionais atendeu pacientes com sequelas pós-covid-19 no contexto da AB, como as apresentadas no Gráfico 1.

Gráfico 1. Principais sequelas dos pacientes pós-COVID-19



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

A seguir, o Quadro 1 apresenta o atributo “acesso” à AB, em que a maioria das respostas indicou facilidade de acesso ao atendimento na AB entre os usuários pós-COVID-19. Contudo, 45,8% dos profissionais diz que a espera por atendimento ultrapassa 30 minutos, sem considerar o tempo para acolhimento. Isto se justificaria

por aumento da demanda de atendimento nas Unidades de Saúde por conta da pandemia.

Quadro 1. Atributos da AB (acesso) no atendimento dos usuários pós-covid-19

ATRIBUTOS	QUESTÕES	SIM % (n)	NÃO % (n)	NÃO SEI % (n)
Acesso	Atendimento no mesmo dia, quando o serviço de AB está aberto.	95,8% (23)	4,1% (01)	0
	Aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual, quando o serviço de AB está aberto.	95,8% (23)	0	4,1% (01)
	Algum outro serviço de saúde que atende no mesmo dia no município, quando o serviço de AB está fechado.	87,5% (21)	12,5% (03)	0
	Facilidade para agendar atendimento de revisão na AB.	100% (24)	0	0
	Tempo de espera maior que 30 minutos para serem atendidos na AB.	50% (12)	45,8% (11)	4,1% (01)

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

O Quadro 2 contém os atributos “longitudinalidade” e “integralidade” da AB. Em relação à longitudinalidade, a maioria dos profissionais acompanha os usuários pós-covid-19 do território da Unidade de Saúde. Entretanto, 45,8% dos profissionais diz não conhecer os usuários pós-COVID-19 do território adscrito. Quanto à integralidade, a maioria dos profissionais diz fazer atendimento integral, estruturado e norteado por protocolos.

Quadro 2. Atributos da AB (longitudinalidade e integralidade) no atendimento dos usuários pós-COVID-19

ATRIBUTOS	QUESTÕES	SIM % (n)	NÃO % (n)	NÃO SEI % (n)
Longitudinalidade	O atendimento é realizado sempre pelos mesmos profissionais da AB.	70,8% (17)	29,1% (07)	0
	Conhecimento dos usuários pós-COVID-19 do serviço de AB em que atua.	50% (12)	45,8% (11)	4,1% (01)
Integralidade	A unidade de saúde estrutura os atendimentos para usuários pós-COVID-19 na AB.	75% (18)	16,6% (04)	4,1% (01)
	Importância de um protocolo orientador para acompanhar pacientes com sequelas do COVID-19 na AB.	95,8% (23)	0	4,1% (01)

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

O Quadro 3 contém o atributo “coordenação” da AB. Neste item, 41,6% dos profissionais não recebem informações após alta hospitalar para continuidade do cuidado na AB. Apenas 50% dos pesquisados participou de ações de educação continuada.

Quadro 3. Atributos da AB (coordenação) no atendimento dos usuários pós-COVID-19

ATRIBUTOS	QUESTÕES	SIM % (n)	NÃO % (n)	NÃO SEI % (n)
Coordenação	Após a internação hospitalar, os usuários têm Nota de Alta com informações relevantes para a continuidade do cuidado na AB.	45,8% (11)	41,6% (10)	12,5% (03)
	Se for necessário encaminhamento para serviços especializados, o paciente recebe alguma informação que seja para o especialista ou serviço especializado da AB.	87,5% (21)	8,3% (02)	4,1% (01)
	O especialista ou serviço especializado fornece informações sobre o paciente (contrarreferência para a AB).	58,3% (14)	37,5% (09)	4,1% (01)
	Disponibilidade dos prontuários nos atendimentos na AB.	87,5% (21)	8,3% (02)	4,1% (01)
	Oferta e participação em ações de educação permanente sobre atendimento a usuários com pós-covid-19 na AB.	50% (12)	29,1% (07)	20,8% (05)

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

O Quadro 4 apresenta os atributos “orientação familiar” e “orientação comunitária” da AB. Em relação à orientação familiar e comunitária, a maioria dos profissionais afirmou existir uma abordagem para o contexto familiar e comunitário. No entanto, quanto à atuação no conselho municipal de saúde, 16,6% afirmaram não participar das reuniões, e 37,5% não sabem se o conselho discutiu os fluxos/protocolos de atendimento de usuários pós-COVID-19 na AB.

Quadro 4. Atributos da AB (orientação familiar e comunitária) no atendimento dos usuários pós-COVID-19

ATRIBUTOS	QUESTÕES	SIM % (n)	NÃO % (n)	NÃO SEI % (n)
Orientação familiar	Disposição e capacitação para se reunir com membros da família dos pacientes pós-covid-19 para falar sobre o tratamento na AB.	87,5% (21)	8,3% (02)	4,1% (01)

	Avaliação do estado de saúde de outros membros da família do usuário pós-COVID-19 na AB.	87,5% (21)	12,5% (03)	0
Orientação comunitária	Realização de visita domiciliar na AB.	100% (24)	0	0
	Realização de avaliações sistemáticas dos programas e serviços prestados aos pacientes pós-COVID-19 na AB.	58,3% (14)	33,3% (08)	8,3% (02)
	Discussão do atendimento dos pacientes pós-COVID-19 no conselho municipal de saúde.	45,8% (11)	16,6% (04)	37,5% (09)

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Os dados apontaram aspectos positivos do atendimento de usuários pós-COVID-19 nos serviços de AB. As fragilidades evidenciadas no estudo demonstram pouca articulação entre os diversos níveis de atenção e a comunidade. Além disso, o tempo de espera para atendimento na Unidade de Saúde ainda é um problema para os usuários.

DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram que usuários pós-COVID-19 apresentaram, conforme a perspectiva dos profissionais da AB (Gráfico 1), sequelas relacionadas às funções pulmonar e física, bem como sofrimento emocional e redução da qualidade de vida. As principais sequelas dos pacientes após a fase aguda da COVID-19 estão relacionadas ao acometimento pulmonar que resulta em tosse crônica, fibrose pulmonar, bronquiectasia e doença vascular pulmonar¹³⁻¹⁴. As queixas mais comuns dos pacientes são fadiga, dispneia, dor articular e dor no peito¹⁵. Entretanto, destaca-se que as sequelas não se restringem ao sistema respiratório, envolvendo aspectos multissistêmicos, que demandam atenção de uma equipe multidisciplinar¹.

Um estudo na Itália avaliou a prevalência e os fatores associados à síndrome pós-COVID-19 em 599 indivíduos. Após seis meses, a prevalência da síndrome pós-COVID-19 era de 40,2%, e o sintoma persistente mais frequentemente relatado foi a fadiga. Os fatores de risco identificados para síndrome pós-COVID-19 foram sexo feminino, apresentar aumento proporcional no número de sintomas no início da COVID-19, admissão na UTI e aumento proporcional na IgG anti-SARS-CoV-2¹⁶.

Os resultados (Quadro 1) indicaram facilidade de acesso dos usuários pós-COVID-19 ao atendimento na AB. Entretanto, 45,8% dos profissionais declarou que a espera dos usuários por atendimento ultrapassa 30 minutos, sem considerar o tempo para a realização do acolhimento. Neste sentido, a AB se caracteriza pelo primeiro acesso (contato) dos usuários aos serviços procurados regularmente, ou seja, cada vez que o paciente necessita de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde¹⁷.

O enfrentamento da determinação social das doenças é de extrema relevância, em especial, no atendimento de usuários pós-COVID-19. O acesso aos serviços de saúde, um determinante social, promove tratamentos necessários em tempo adequado, diminuindo as iniquidades em saúde¹⁸.

As equipes de AB, após a alta hospitalar de pacientes pós-COVID-19, têm uma função fundamental e estratégica, que compreende: mapeamento dos usuários internados; auxílio relacionado à transição do cuidado na alta hospitalar para os casos mais complexos; visita domiciliar da equipe multiprofissional para os casos mais complexos; e atendimento/acompanhamento das pessoas com sequelas⁴.

O trabalho cotidiano na AB exige uma relação clínico-paciente ao longo da vida, isto é, *longitudinalidade*, independentemente da presença de doenças, bem como o reconhecimento de um amplo espectro de necessidades (integralidade). Esses aspectos foram visualizados no Quadro 2, pois a percepção dos profissionais revelou o cuidado longitudinal, o conhecimento dos usuários pós-COVID-19 do território, a estruturação dos atendimentos desses usuários e o uso de um protocolo que orientou o cuidado integralmente. Além do aspecto físico, deve-se considerar questões psíquicas e sociais da saúde, nos limites de atuação dos núcleos profissionais¹⁷.

No contexto da AB, as secretarias municipais de saúde, em conformidade com as políticas públicas de saúde estaduais e nacionais, têm como responsabilidades programar as ações da AB de acordo com as necessidades de saúde da população. Somado a isto, devem organizar o fluxo de pessoas, inserindo-as em linhas de cuidado, instituindo e garantindo os fluxos definidos na RAS entre os diversos pontos de atenção para assegurar integralidade e longitudinalidade no cuidado⁵.

O papel da AB na coordenação (Quadro 3) diz respeito à capacidade de garantir a continuidade da atenção através da equipe de saúde, a partir do reconhecimento dos problemas que requerem acompanhamento constante e se

articulam com a função de centro de comunicação da RAS¹, neste estudo, no atendimento dos pacientes pós-COVID-19. No item “coordenação”, 41,6% dos profissionais não recebem informações após alta hospitalar para continuidade do cuidado na AB, e apenas 50% dos pesquisados participou de ações de educação continuada.

Estudo recente³ descreveu o papel da AB na RAS brasileira para enfrentamento da COVID-19. Esses autores apontam que a RAS precisa suprir as necessidades dos pacientes nas diferentes fases da infecção e nos diferentes pontos de atenção, em uma linha de cuidado em que a AB coordena a RAS, desde casos leves em isolamento domiciliar até a reabilitação após a alta hospitalar.

A atuação da AB¹⁷ deve considerar o contexto e a dinâmica familiar para avaliar como responder às necessidades de cada membro da família — e o conhecimento que possuem sobre a doença —, de modo ofereça atenção resolutiva. No atendimento de usuários pós-COVID-19, deve-se considerar o contexto de vulnerabilidade e suporte familiar.

Somado a isso, o conhecimento das necessidades de saúde da população atendida em razão do contexto econômico e social, dos problemas de saúde, dos recursos disponíveis na comunidade, e a participação desta nas decisões, por meio dos conselhos de saúde, são de extrema importância na pandemia. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde¹⁹ recomenda que a implantação da linha (matriz) de cuidado para a COVID-19 deve ocorrer em articulação com o cenário epidemiológico, a RAS local e regional, e com a comunidade.

A AB é considerada forte estratégia para redução das iniquidades em saúde. Portanto, deve ser fortalecida e estruturada como uma das principais respostas do setor público de saúde à epidemia²⁰. Isto se justifica pelo alto grau de capilarização da AB em todo território brasileiro, e por seu alcance de parcelas expressivas da população expostas a riscos excessivos devido a condições de vida desfavoráveis²⁰.

CONCLUSÃO

Os dados deste estudo apontaram aspectos positivos do atendimento de usuários pós-covid-19 nos serviços de AB, fato justificado por se tratar de municípios de pequeno porte populacional, que possuem uma rede de AB mais estruturada e

resolutiva que em municípios de médio e grande portes populacionais.

A atuação da AB com pacientes pós-COVID-19 ainda é algo a ser explorado. As fragilidades evidenciadas no estudo mostram pouca articulação da rede de atenção entre seus diversos níveis e com a comunidade. Além disso, a espera dos usuários por atendimento ultrapassa 30 minutos, sem considerar o tempo para a realização do acolhimento.

Este estudo apresentou algumas limitações. A amostra englobou apenas municípios de pequeno porte populacional, o que inviabilizou análises comparativas com outras realidades de municípios de médio e grande porte populacional.

Sugere-se a necessidade de uma abordagem da gestão pública em saúde para o cuidado dos usuários pós-COVID-19 na AB, apontada como local estratégico de atenção ao usuário com sequelas da COVID-19. A educação permanente para os profissionais da AB é necessária, visto que ainda não se conhece os efeitos, a médio e longo prazos, sobre os cuidados e as tecnologias necessárias para estes pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Barker-Davies RM, O'Sullivan O, Senaratne KPP, Baker P, Cranley M, Dharm-Datta S et al. The Stanford Hall consensus statement for post-COVID-19 rehabilitation. *Br J Sports Med.* 2020 [citado 18 abr 2022];54(16):949-959. doi: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102596>
2. Demeco A, Marotta N, Barletta M, Pino I, Marinaro C, Petraroli A et al. Rehabilitation of patients post-Covid-19 infection: a literature review. *Int. J. Med. Res.* 2020 [citado 18 abr 2022];48(8):1-10. doi: <https://doi.org/10.1177/0300060520948382>
3. Daumas PR, Silva GA, Tasca R, Leite IC, Brasil P, Greco DB et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. *Cad. Saúde Pública.* 2020 [citado 18 abr 2022];36(6):1-7. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120>
4. Brasil. COVID-19: Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado 18 abr 2022]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-VERS%C3%83O-FINAL-3.pdf>
5. Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário oficial da União.* 2017 set 22 [citado 18 abr 2022]. (seção 1):68. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

6. Salawu A, Green A, Crooks MG, Brixey N, Ross DH, Sivan M. A Proposal for Multidisciplinary Tele-Rehabilitation in the Assessment and Rehabilitation of COVID-19 Survivors. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 [citado 18 abr 2022];17(13):4890. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17134890>
7. Pan American Health Organization (PAHO). Rehabilitation considerations during the COVID-19 outbreak. 2020 [citado 18 abr 2022]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52035>
8. Farias ABG, Colares MP, Barretoti FKA, Cavalcanti LPG. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020 [citado 30 mai 2022];15(42):2455. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2455>
9. Bousquat A, Giovanella L, Medina MG, Mendonça MHM, Facchini LA, Tasca R. (coords.). Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da COVID-19 no SUS. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS Abrasco; 2020 [citado 18 abr 2022]. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Relato%CC%81rioDesafiosABCovid19SUS.pdf>
10. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002 [citado 18 abr 2022]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
11. Brasil. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2010 [citado 30 mai 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf
12. Hair JF et al. Análise multivariada de dados. Porto Alegre: Bookman Editora; 2009.
13. Fraser E. Long term respiratory complications of Covid-19. *BMJ* [internet]. 3 ago 2020 [citado 18 abr 2022]. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m3001>
14. Li Z, Zheng C, Duan C, Zhang Y, Li Q, Dou Z et al. Rehabilitation needs of the first cohort of post-acute COVID-19 patients in Hubei, China. *Eur. J. Phys. Rehabil. Med*. 2020 [citado 18 abr 2022];56(3):339-344. doi: <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.20.06298-X>
15. Carfi A, Bernabei R, Landi F. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *Jama*. 2020 [citado 18 abr 2022];324(6):603-605. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.12603>
16. Peghin M, Palese A, Venturini M, Martino M, Gerussi V, Graziano E, et al. Post-COVID-19 symptoms 6 months after acute infection among hospitalized and non-hospitalized patients. *Clinical microbiology and infection: the official publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*. 2021 [citado 30 mai 2022];27(10):1507–1513. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2021.05.033>

17. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011 [citado 18 abr 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf
18. Soeiro RE, Bedrikow R, Ramalho BDS, Niederauer AJS, Souza CV, Previato, CS et al. Atenção Primária à Saúde e a pandemia de COVID-19: reflexão para a prática. InterAm J Med Health. 2020;3:e202003010. [citado 30 mai 2022]. doi: <https://doi.org/10.31005/iajmh.v3i0.83>
19. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS; 2020 [citado 18 abr 2022]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/covid-19-guia-orientador-para-o-enfrentamento-da-pandemia-na-rede-de-atencao-a-saude/>
20. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? Epidemiol. Serv. Saúde. 2020 [citado 18 abr 2022];29(2). doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>

RECEBIDO: 02/04/2022
ACEITO: 28/06/2022