

O trabalho de fisioterapeutas da Atenção Básica em Saúde brasileira - construindo caminhos para o enfrentamento da pandemia da Covid-19

The work of Brazilian primary health care physiotherapists – developing paths to face the COVID-19 pandemic

Janainny Magalhães Fernandes

Mestre. Doutoranda em Saúde Pública - Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil;
E-mail: janainny.mf@gmail.com; ORCID: 0000-0002-6647-9136

Vinícius Santos Sanches

Mestre. Assessor Técnico – Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil;
E-mail: vinicius_422@hotmail.com; ORCID: 0000-0002-7183-9351

Claudia Silva Dias

Doutora. Departamento de Fisioterapia, Pontifícia Universidade Católica (PUC) de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil;
E-mail: claudiadiaspuc@yahoo.com.br; ORCID: 0000-0002-1205-8862

Fernanda Warken Rosa Camelier

Doutora. Departamento de Ciências da Vida (DCV), Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Salvador, BA, Brasil;
E-mail: fwrcamelier@gmail.com; ORCID: 0000-0003-2540-0142

Jackeline Sousa Silva

Fisioterapeuta. Mestranda em Saúde da Família, Instituto Integrado de Saúde – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil;
E-mail: jackeline.sousas@gmail.com; ORCID: 0000-0002-1985-9689

Herbert Oliveira Martins

Fisioterapeuta. Mestre em Saúde da Família, Instituto Integrado de Saúde – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil;
E-mail: herbert.martins@hotmail.com.br; ORCID: 0000-0001-9905-4217

Mara Lisiane de Moraes dos Santos

Doutora. Instituto Integrado de Saúde – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil;
E-mail: mara.santos@ufms.br; ORCID: 0000-0001-6074-0041

Contribuição dos autores:
Todos os autores participaram em igual contribuição da construção do artigo, desde a elaboração, análise, escrita e formulação do mesmo. Todos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Recebido em: 13/06/2022

Aprovado em: 06/03/2024

Editor responsável: Frederico Viana Machado

Resumo: Introdução: A Atenção Básica em Saúde (AB) tem papel importante no cuidado de usuários com Covid-19, na prevenção de agravos, na escuta e acolhimento inicial, diagnósticos, condutas e encaminhamentos precoces, bem como na reabilitação e continuidade do cuidado de pessoas com sequelas da doença, tanto no âmbito físico, psíquico e social. No Brasil, embora as condutas de gestão de crise política possam ter tido impacto direto no descontrole da pandemia e com enormes quantidades de usuários em estado grave de contaminação com número elevado de óbitos, a AB possui equipes multiprofissionais que incluem o fisioterapeuta para o cuidado da população, com papel preponderante no enfrentamento da pandemia. **Objetivos:** Dessa forma, este ensaio acadêmico busca trazer à tona a atuação de fisioterapeutas na AB para prevenção, promoção, cuidado continuado, ações territoriais e reabilitação de usuários com Covid-19, bem como suas consequências biopsicossociais, com enfoque na integralidade do cuidado e ações coletivas no território. **Métodos:** Apresentamos as possibilidades de ferramentas, ações e práticas de atuação do profissional fisioterapeuta no enfrentamento da pandemia na Atenção Básica. **Resultados e Conclusões:** O fisioterapeuta da Atenção Básica tem um papel preponderante em todas as fases da pandemia da Covid-19, desde a promoção da saúde e prevenção de contaminação e de contágio, tratamento na fase aguda e o cuidado na Covid Longa.

Palavras-chave: Fisioterapia; COVID-19; Equipe multiprofissional; Atenção Primária à Saúde.

Abstract: Introduction: Primary Health Care (PHC) has been crucial in the medical care of patients with COVID-19 in interviewing and initial screening; early diagnoses, procedures and referrals; and in the physical, psychological, and social treatment and rehabilitation of people with sequelae of the disease. In Brazil, the political crisis directly impacts the uncontrolled pandemic, and there are many contagious patients and deaths, PHC, has multiprofessional teams that include a physical therapist and has played a significant role in combating the pandemic. **Objective:** this article seeks to highlight the role of physiotherapists in PHC for the prevention, treatment, and rehabilitation of users with COVID-19 and the biopsychosocial consequences they encounter, focusing on comprehensive care. **Methods:** This study discusses tools, actions, and practices of the role of PHC

physiotherapists that may aid in combatting COVID-19. **Results and discussion:** This article thus also intends to impact to physical therapy and rehabilitation and to measures that can be aligned with public health policies, associations and the health of individuals, community and society in the fight against the COVID-19 pandemic.

Keywords: Physiotherapy; COVID-19; Patient Care Team; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

Cada vez mais a Atenção Básica em Saúde (AB) tem se mostrado como fundamental para a resposta global à COVID-19, com papel importante tanto no acesso à Rede de Atenção à Saúde (RAS), como para diferenciação entre usuários com sintomas respiratórios e os com diagnóstico de COVID-19, acolhendo e avaliando grupos vulneráveis e com risco aumentado de complicações, e assim, reduzindo, quando possível, a necessidade de internação e tratamento hospitalar¹.

Além disso, os usuários recuperados da COVID-19 que foram hospitalizados e necessitaram de cuidados intensivos e de ventilação mecânica com potencial risco de desenvolver a Síndrome Pós-terapia Intensiva (PICS) ou a Covid Longa podem apresentar disfunções sistêmicas, alterações físicas, cognitivas, além de comprometimento na saúde mental. Essa população poderá se beneficiar do programa de reabilitação baseada na comunidade ou em domicílio² para alívio dos sintomas e retorno funcional, e nesse sentido o cuidado pelos profissionais da AB torna-se essencial³.

Considerando os desafios para o cuidado dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) com COVID-19 na Atenção Básica, tanto no sentido de prevenir complicações e evitar as internações hospitalares, acompanhar os grupos de risco ou os que desenvolvem sintomas leves, quanto na continuidade do cuidado após a alta hospitalar (articulação em rede de atenção), o foco deste artigo é apresentar e debater as ferramentas e possibilidades de atuação de fisioterapeutas na AB no enfrentamento da pandemia de COVID-19.

BREVE PANORAMA DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL E A INSERÇÃO DO FISIOTERAPEUTA

No Brasil, a Atenção Básica se constituiu a partir de movimentos sanitários desde a década de 1960, que buscava uma atuação em rede, voltada para os territórios e comunidades, que tinha algum espelho no modelo inglês de Atenção Primária, mas configurou-se de forma diferente⁴.

A Atenção Básica brasileira, ou Rede Básica, é constituída por uma rede de serviços no intuito de servir como base, essencial, primordial à população e que seja multiprofissional, compartilhada e próxima ao território vivo e existencial das pessoas, numa ética em Defesa da Vida^{4,5}. A AB no Brasil possui singularidade por ser formulada e implementada com princípios, diretrizes e ferramentas que se baseiam na gestão do cuidado em forma de rede de atenção e não em nível primário⁵.

Dessa forma, a Atenção Básica brasileira se propõe ser capilar, construída coletivamente com participação popular, de forma descentralizada e regionalizada, atendendo às necessidades locais e específicas de cada região, a partir do princípio da equidade. A centralidade do cuidado em saúde no modelo brasileiro está na articulação das ações individuais com as coletivas, em caráter multidisciplinar e em proximidade à comunidade e ao modo de vida dos sujeitos⁵⁻⁷.

Uma característica exclusiva do modelo brasileiro é a presença do profissional Agente Comunitário em Saúde (ACS), que atua como ponte e articulação da comunidade com o serviço, sendo um agente promotor de saúde, de diálogo e de cuidado domiciliar e comunitário⁷. Essa é uma aposta brasileira que tem sido considerada para ser implementada de maneira adaptada em outros países inclusive para o enfrentamento da COVID-19⁸. Além dos ACS, há ainda equipes multiprofissionais que atuam na AB, que fazem parte dos Núcleos de Apoio/Ampliados de Saúde da Família (NASF) ou equipes multiprofissionais (eMulti), constituídos por profissionais de diversas categorias. Entre estes, está o fisioterapeuta⁹.

No entanto, em 2020, após publicação da Nota Técnica Nº 3/2020, o Ministério da Saúde instituiu a desvinculação e o descredenciamento das equipes NASF, incorporando-o à Estratégia de Saúde da Família enquanto

equipe multiprofissional. A ausência de uma ação mais diretiva e indutora, por meio do financiamento federal para a composição e manutenção das equipes NASF, coloca em ameaça a atuação multiprofissional em caráter de matriciamento, de ações coletivas e o uso das ferramentas tecnológicas imbricadas anteriormente ao NASF, visto que tais profissionais podem se tornar estritamente ambulatoriais e até mesmo isolados, podem cobrir muito mais equipes do que outrora preconizado e até mesmo podem simplesmente não existir, permanecendo apenas equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família (ESF): médico, enfermeiro e agente comunitário. Ou seja, a proposta e o *modus operandi* do NASF não é mais incentivado pelo Ministério da Saúde¹⁰. Esse desfalque pode ter impacto direto na resolutividade das ações da AB e, em especial, na conjuntura pandêmica em que vivemos.

Ainda assim, atualmente o Brasil conta com mais de 10.000 fisioterapeutas em atividade nesse ponto da rede de serviços de saúde¹, que foram anteriormente inseridos em equipes multiprofissionais/NASF e com atribuições específicas, em especial de promoção, prevenção, ações coletivas e cuidado continuado à saúde⁹.

A atuação da fisioterapia na AB é realizada dos conceitos de *núcleo* e *campo* de atuação. Ações em *núcleo* são as práticas específicas da formação e do exercício profissional, nesse caso, a do fisioterapeuta; e *campo* se refere às práticas ampliadas que ultrapassam os limites do exercício específico de cada profissional da saúde, que podem ser realizadas por diversos profissionais da área, sendo este interdisciplinar e multiprofissional. No *campo* entram as ações coletivas, as práticas sociais, a vigilância epidemiológica, as ações matriciais, a educação em saúde, as ações intersetoriais, a gestão do cuidado e do trabalho, a clínica ampliada, o olhar integral em saúde, para os determinantes sociais e para as relações humanas¹¹.

Dessa forma, a proposta deste ensaio é apresentar possibilidades de atuação de fisioterapeutas que ainda se encontram presentes na Atenção Básica brasileira no combate à pandemia da COVID-19, causada pelo SARS-CoV-2. Sendo a pandemia da COVID-19 repentina, esta pressiona os sistemas de saúde em todo o mundo na tentativa de controlar, prevenir e tratar a doença e suas consequências biopsicossociais¹. O fisioterapeuta brasileiro, sendo

¹Dados do Ministério da Saúde:
<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>

parte da equipe de saúde que atua na comunidade encontra-se em um lugar estratégico de enfrentamento da pandemia devido sua capilaridade e proximidade com o território, nas suas dimensões mais próximas da vida cotidiana, e possibilita que este profissional tenha um olhar ampliado para os determinantes sociais em saúde e para as consequências da pandemia para além do contágio^{2,12}.

CONTEXTO DA COVID – 19 NO BRASIL

O primeiro caso oficial registrado no Brasil referente ao Coronavírus foi em fevereiro de 2020 e, dados de um ano depois, em abril de 2021, informam aproximadamente 13.600.00 casos confirmados pela plataforma de registros do Ministério da Saúde¹ e 31.315.777 em junho de 2022. A progressão da doença no Brasil atingiu um platô de mais de 3.000 óbitos diários (meses de março a abril de 2021), chegando a mais de 4.000 óbitos em um único dia e ser responsável por ter 30% das mortes por covid-19 do mundo¹¹. Em abril de 2021, o Brasil foi o terceiro país em número de infectados no mundo, atrás dos EUA e da Índia.

No entanto, o número de casos na época ainda era subestimado devido à pouca oferta de testes realizados. Em junho de 2022, o Brasil registrou 667.647 mortes por Covid-19 desde o início da pandemia, sendo o segundo país com maior quantitativo de mortes no mundo, perdendo apenas para os Estados Unidos¹¹. Uma das principais causas para tanta ineficácia na resposta ao combate à pandemia está na atual crise política que enfrentamos, em especial com o presidente da república, Jair Bolsonaro, que negou a pandemia por um longo tempo e apontou descaso com o seu potencial impacto.

Tais fatos são evidenciados, inclusive, na mudança frequente de Ministro da Saúde – quatro ministros trocados em menos de um ano - e pela devoção ao uso do medicamento hidroxicloroquina¹³ mesmo sem a comprovação científica de eficácia, pela desvalorização das medidas de distanciamento social e uso de máscaras e pelo mau uso dos recursos financeiros no combate à pandemia, que tem tido repercussões internacionais¹³.

O plano de vacinação nacional iniciou tardiamente em relação a outros países, em final de janeiro de 2021, e em meados de abril a vacinação da

¹¹Disponível em:
<https://covid.saude.gov.br>
Acesso em 14 de Brasil de
2021

Disponível em:
<https://covid19.who.int/>
Acesso em 14 de abril de 2021
e 13 de junho de 2022.

¹³Podemos encontrar tal fato em diversos veículos de mídia, tal qual New York Times.

Disponível em:
<https://www.nytimes.com/2020/06/13/world/americas/virus-brazil-bolsonaro-chloroquine.html>

população ainda estava incipiente, sem a totalidade de doses necessárias para imunizar a população brasileira de maneira a impactar consistentemente no combate à pandemia.

Diante deste cenário, as iniciativas de enfrentamento a pandemia são realizadas, em sua grande parte, por profissionais dos serviços de saúde com auxílio de sua gestão municipal, com apoio dos estados. Diante de todos os problemas indicados, são necessários esforços de todos para que os impactos da pandemia na vida dos brasileiros sejam minimizados, e os fisioterapeutas na AB têm papel preponderante nesse cenário. Portanto, apresentaremos, a seguir, ações que são/podem ser realizadas pelo profissional fisioterapeuta da AB, desde a prevenção, promoção, reabilitação, monitoramento e vigilância, telemedicina/teleconsulta e ações coletivas essenciais para o combate da pandemia da Covid-19.

AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO À COVID-19 NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA

As ações preventivas da fisioterapia no combate à pandemia são aquelas que buscam a orientação da população na prevenção e na redução do risco de contágio do vírus. No Brasil, o fisioterapeuta tem realizado tanto ações presenciais, quanto remotas, devido ao distanciamento social.

As ações presenciais consistem de orientações aos usuários que buscam as unidades de saúde na AB. O fisioterapeuta também atua diretamente no acolhimento, que é o lugar de escuta da população e serve para avaliação, orientação, atendimento e pactuação do cuidado com o usuário, a partir da escuta qualificada⁹. Na porta de entrada, os usuários que chegam ao serviço de saúde são acolhidos em sua demanda.

Na pandemia, a especificidade da atuação do fisioterapeuta no acolhimento está em entender os sinais e sintomas clínicos a fim de definir um plano de cuidado para o(s) usuário(s). Este plano de cuidado inclui o encaminhamento para serviços especializados, de urgência e emergência, orientações para o cuidado em domicílio e/ou acompanhamento, definindo ainda qual destes serão à distância e quais serão presenciais, tendo em mente as medidas de proteção do usuário, seus familiares e do profissional. Também inclui o

compartilhamento do cuidado quando este necessitar do acompanhamento e das intervenções de outros profissionais de saúde.

As ações remotas são feitas a partir do aparato tecnológico, que podem ser individualizadas ou genéricas. As individualizadas são destinadas a usuários específicos, considerando suas singularidades e necessidades de saúde, por telefone, via chamada ou aplicativos de mensagens¹⁴. As genéricas consistem de vídeos explicativos, folders, áudios e materiais informativos, que são enviados e divulgados aos usuários por plataformas online, e-mail, sites e redes sociais.

Os materiais supracitados incluem informações sobre maneiras de prevenir a contaminação, como uso correto de máscaras; higiene das mãos, objetos e materiais; sinais e sintomas da doença; orientação sobre a organização dos serviços de saúde e fluxos de atendimentos (para onde ir quando apresentar sintomas leves, moderados ou graves); orientações de exercícios físicos e práticas corporais (tanto para usuários do serviço de saúde no período de isolamento, quanto para os profissionais, como estratégia para melhorar a saúde do trabalhador); orientações para melhora da imunidade e promoção da saúde (alimentação, exercícios físicos, higiene do sono, banho de sol, estratégias de relaxamento e redução do estresse, entre outros, dependendo do perfil da comunidade atendida). Estas ações podem ser divididas em ações presenciais e remotas, tal qual exemplificada no quadro 1.

Quadro 1. Ações presenciais e remotas de promoção da saúde e prevenção realizadas pelo fisioterapeuta na AB no combate a COVID-19.

Ações Presenciais	Ações Remotas
Acolhimento: Escuta qualificada; entender sinais e sintomas e proposição de cuidado.	Ações Individuais/específicas: Teleatendimento individualizado.
Compartilhamento do cuidado: Encaminhamentos para serviços especializados e de Urgência e Emergência.	Ações genéricas: Construção de material explicativo, como vídeos, folders e plataformas de acesso online.
Planejamento do cuidado: Compartilhamento do projeto terapêutico singular com equipe multiprofissional.	Orientações para cuidado em domicílio com supervisão remota.
Orientações para cuidado em domicílio com supervisão à presencial.	Ações de monitoramento e acompanhamento dos casos suspeitos.

Fonte: elaborado pelos autores

Há orientações específicas do núcleo da fisioterapia e também do campo de atuação, do qual há participação da equipe multiprofissional no planejamento e elaboração dos materiais. O campo e o núcleo de saberes não se dissociam (Quadro 2).

Quadro 2. Ações educativas e preventivas do fisioterapeuta dentro de seu campo e núcleo de atuação na AB.

Ações de Campo	Ações de Núcleo
Orientações comportamentais como distanciamento social, uso correto de máscara e higienização de mãos e objetos.	Orientação e prescrição de exercícios físicos e práticas corporais.
Identificação de sinais de alerta	Orientação e prescrição de exercícios respiratórios.
Orientação sobre fluxos dos serviços.	Orientação e prescrição de exercícios para relaxamento.
Promoção a saúde: Orientações para melhora da imunidade como higiene do sono, alimentação e banho de sol; cuidado em saúde mental. Utilização de Práticas Integrativas e Complementares destinadas aos usuários e profissionais da saúde.	Ações voltadas para saúde do trabalhador (ergonomia, ginástica laboral)

Fonte: elaborado pelos autores

Antes da pandemia, o fisioterapeuta atuava em ações coletivas, realizando grupos de práticas corporais para prevenção e promoção da saúde e também para o alívio e manejo de dores e doenças crônicas⁹. Com o advento da pandemia, estas atividades foram suspensas, e a atuação do fisioterapeuta junto a esses usuários está no acompanhamento remoto e à distância, através de telefonemas para o monitoramento de possíveis pioras dos quadros e/ou aparecimento de sintomas novos, e quando isso ocorre, há uma reavaliação e adequação dos planos terapêuticos. Ainda, são compartilhados materiais educativos para que esses usuários continuem realizando práticas corporais em domicílio, prevenindo agravos futuros relativos à saúde física e mental advindos da imobilidade e do isolamento social. Trata-se do acompanhamento de usuários que o fisioterapeuta já tinha algum tipo de vínculo e conhecimento sobre suas condições clínicas e biopsicossociais.

Outras ações de prevenção e promoção da saúde incluem ainda organização dos serviços, que requer capacidade de gestão do fisioterapeuta e das equipes⁹. As equipes de saúde tiveram que reorganizar seus atendimentos e agendas a fim de evitar aglomerações e exposição desnecessária de usuários ao vírus. O fisioterapeuta, ainda, realiza o levantamento epidemiológico de grupos e famílias de risco, fornecendo informações relevantes para ações planejadas de prevenção a usuários e grupos vulneráveis.

O CUIDADO FISIOTERAPÊUTICO NA ATENÇÃO BÁSICA, AS FERRAMENTAS DE ATUAÇÃO PARA O COMBATE À COVID-19 E SUAS CONSEQUÊNCIAS BIOPSISSOCIAIS

Embora os pulmões sejam o primeiro órgão alvo da infecção por SARS-CoV-2, evidências indicam que o vírus pode afetar muitos órgãos diferentes, incluindo coração, vasos sanguíneos, rins, intestino e cérebro¹⁵. Por esse motivo, a reabilitação dos usuários com sintomas da doença e os com Síndrome Pós-terapia Intensiva (PICS) ou outras sequelas decorrentes da infecção pelo SARS-CoV-2 torna-se crucial para os profissionais que atuam na Atenção Básica.

O fisioterapeuta da AB, no trabalho em equipe, atua nas ações de matriciamento, onde, com seu saber específico realiza troca com os saberes dos ACS⁹, auxiliando-os também para que possam reconhecer sinais e sintomas específicos dos usuários que chegam ao serviço e possam melhor orientá-los e/ou encaminhá-los. Um exemplo está em orientar a equipe para que possa identificar nos usuários do território a presença de sinais de desconforto respiratório e a intensidade deste (se leve, moderado ou grave), em situações de repouso ou esforço; identificar ainda se houve piora ou melhora do esforço respiratório ao longo do tempo.

O fisioterapeuta pode ainda qualificar os demais membros da equipe a identificarem sinais de comprometimento neurológico ou cardiorrespiratório^{IV}, pois estes são sintomas comuns nos casos de COVID-19 e ajudam no diagnóstico diferencial e, conseqüentemente, na conduta mais adequada. Também é competência do fisioterapeuta o matriciamento⁹ através da sistematização de exercícios físicos para a manutenção da saúde, como a adequação e até mesmo suspensão em casos de pacientes infectados, a depender do grau do comprometimento.

^{IV}Informações sobre comprometimentos do COVID-19 disponíveis em: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: COVID-19, complicaciones y secuelas. 12 de agosto de 2020, Washington, D.C. OPS/OMS. 2020. Organización Panamericana de la Salud • www.paho.org • © OPS/OMS, 2020

Quando as equipes não possuem conhecimento para orientações específicas, há ainda a possibilidade de o fisioterapeuta realizar ação de educação permanente em saúde, a partir de um debate e discussões de casos reais com objetivo de transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho para que este se torne mais efetivo e humanizado. Esta ação é realizada em conjunto com a equipe, gestores e usuários, que, coletivamente, refletem as possibilidades das ações mais adequadas no serviço e na comunidade¹¹.

O processo de educação permanente é contínuo e tem acontecido para que as equipes discutam, por exemplo, os sinais e sintomas, bem como as consequências da COVID-19 e quais estratégias para resolução, visto que se trata de algo totalmente novo e os estudos têm sido publicados constantemente, com conhecimento atualizado sendo divulgado com muita frequência. A educação permanente é útil para que os profissionais possam atuar conforme as melhores evidências para o enfrentamento da pandemia, associadas às necessidades da população, que são dinâmicas e, por isso, exigem ações plurais e pactuadas.

Outra estratégia de intervenção é a ação no território e na comunidade, através de projetos de saúde no território⁹, que incluem articulação com parcerias institucionais ou não, como igrejas, escolas, centros comunitários, comerciantes locais e movimentos sociais como associações de pessoas com deficiência, por exemplo, para que estas orientações sejam compartilhadas e amplamente difundidas para toda a população.

AVALIAÇÃO, CUIDADO E MONITORAMENTO DOS CASOS AGUDOS E DA SÍNDROME PÓS-TERAPIA INTENSIVA/COVID LONGA DECORRENTE DA COVID-19

Para mensurar a gravidade dos casos, cada gestão e unidade possui seus protocolos, não havendo uma padronização única quanto a isso. No Brasil, o Ministério da Saúde publicou documento que inclui critérios clínicos para avaliação do risco de COVID-19, que classifica e diferencia Síndrome Gripal, Síndrome Respiratória Aguda Grave, e suspeita de COVID-19 em crianças, adultos e idosos¹⁶. Também é relevante ao fisioterapeuta identificar fatores e grupos de risco a partir de comorbidades, em especial, doenças crônicas

não transmissíveis como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças respiratórias crônicas, bebê chiador, usuários acamados, com deficiência, doenças raras, entre outras.

Entretanto, a rápida disseminação da pandemia levou à coleta de uma quantidade impressionante de dados observacionais referentes à fase aguda da doença. Por outro lado, evidências na história clínica do COVID-19 após a fase aguda são ainda limitadas e pouco se sabe sobre resultados a médio e longo prazo. Portanto é de extrema importância que os serviços de Atenção Básica se preparem para garantir um acompanhamento abrangente dos usuários sintomáticos com/sem comorbidades e o pós alta hospitalar, identificando necessidades clínicas e funcionais específicas para que estratégias individualizadas e coletivas possam ser organizadas.

A avaliação clínica e funcional deverá identificar possíveis sequelas ou agravamento da doença de base, em especial possíveis comprometimentos respiratório e motor. O fisioterapeuta deve ser capaz de identificar sinais e sintomas, interpretar exames de função pulmonar e elaborar propostas terapêuticas para a melhor condução do caso, seja na AB ou referenciando para a atenção especializada os casos que exigem tratamentos com tecnologias de maior densidade tecnológica e que demandam por especialistas.

Com relação à capacidade respiratória, esta é uma das mais afetadas após internações graves², dessa forma, o fisioterapeuta na Atenção Básica também é responsável por realizar a avaliação da capacidade pulmonar, da força muscular respiratória, aferição do esforço respiratório e avaliação da tosse. Para tal, é importante o uso de materiais mais específicos, como oximetria, espirometria, manovacuumetria, tomografia, dentre outros.

Tais equipamentos, na maioria das vezes, não estão disponíveis nos serviços de Atenção Básica brasileira e, portanto, cabe ao fisioterapeuta realizar encaminhamento para atenção especializada quando a utilização desses for indispensável. No entanto, a análise clínico-funcional pode ser medidora para, inclusive, avaliar a necessidade de encaminhamento para os demais pontos de atenção à saúde. A avaliação de tiragens intercostais, cianose,

utilização de musculatura acessória e frequência respiratória são cruciais, estas são as tecnologias leve-duras.

Alguns testes clínicos de fácil aplicabilidade incluem o teste de caminhada de 6 minutos (TC6), teste do sentar e levantar, avaliação da frequência respiratória, cardíaca e pressão arterial. O ideal é que os testes clínicos funcionais, a oximetria de pulso, a ausculta pulmonar e cardíaca sejam realizadas na AB. Essa avaliação inicial é essencial para avaliação clínica e indicação de serviços especializados ou não.

Há ainda possíveis efeitos neurológicos da COVID-19, como doenças neurodegenerativas, portanto, faz-se necessário monitoramento destes usuários também no âmbito neurológico¹⁷. Outros testes e instrumentos de fácil aplicabilidade na Atenção Básica incluem o índice de Katz, escala visual analógica da dor (EVA), Short Form-36 (SF-36), Escala de Medida de Independência Funcional (MIF), Mini Exame do Estado Mental, Escala de Borg modificada (Quadro 3). Ressaltamos que alguns destes testes podem ser realizados remotamente, desde que bem orientados e supervisionados por profissional (teleatendimento). A Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) para avaliar a funcionalidade do usuário também pode ser um instrumento que mensura a progressão e a reabilitação à médio e longo prazo. No que se refere aos impactos oriundos da PICS ou Covid Longa, são propostos desfechos que podem nortear a avaliação do profissional fisioterapeuta, conforme descrito na Tabela 1.

Estas estratégias cabem inclusive aos usuários com comorbidades não infectados, mas que ficaram em isolamento social. A pouca mobilidade corporal pode desencadear doenças musculoesqueléticas, fraqueza muscular, obesidade e dor¹⁸, principalmente para aqueles que já possuem condições crônicas como fibromialgia, osteoartrite, tendinites, etc. Dessa forma, o fisioterapeuta ainda presta atendimento e orientação de cuidados domiciliares.

Todas essas ações requerem de equipamentos de baixa densidade tecnológica e de fácil acesso para a Atenção Básica e têm por objetivo não só reduzir o impacto da pandemia na vida das pessoas, como também diminuir o número internações hospitalares e a necessidade do uso de ventilação

mecânica, visto que este é um grave problema de saúde pública que temos enfrentado no país e no mundo.

Quadro 3. Avaliação clínica e funcional dos casos agudos do território e com Síndrome Pós Terapia Intensiva (PICS) decorrente da COVID-19 conforme Spruit¹⁹

Domínio	Disfunção	Medida de resultados
Estrutura e função	Sinais e sintomas referentes à dispneia incluindo esforço respiratório Presença de hipoxemia Quantidade e aspecto da secreção Dor Fraqueza muscular Déficit cognitivo	BORG mMRC Observação de sinais de esforço Ausculta respiratória Oximetria de pulso Radiografia de tórax e espirometria Tosse e expectoração Escala visual analógica da dor (EVA), Teste de força (1RM) Mini Exame do Estado Mental
Atividade	Limitação para marcha	TCM6 TUG Glittle test Índice de Katz
Participação	Restrição social, AVD e AVDI	WHODAS WHOQoL SF-36

BORG = Borg Scal; MRC = Medical Research Council; EVA = Escala visual analógica da dor; Teste de força (1RM); TCM6= Teste da Caminhada de Seis Minutos; TUG= Teste Timed Up and Go; WHODAS = World Health Organization Disability Assessment Schedule; WHOQOL= The World Health Organization instrument to evaluate quality of life; SF-36= Short Form Health Survey 36.

Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. 2013.

Fonte: Próprios autores.

Tabela 1. Medidas de desfechos para quantificar prejuízos físicos associados ao PICS

Domínio CIF	Problema	Medida de Resultado
Deficiências	Função pulmonar, força muscular respiratória, força muscular de membros	Teste da função pulmonar, espirometria, teste de força muscular, dinamometria portátil
Limitações de atividade	Equilíbrio, velocidade da marcha, capacidade de exercício	6-MWT, Teste de velocidade da marcha, Escala de Equilíbrio de Berg, Avaliação da Marcha Funcional, Escala de Confiança de Equilíbrio Específico das Atividades
Restrições de participação	ADL, IADL, retorno ao emprego remunerado e retornar a dirigir	Índice de Independência de Katz em ADL, Questionário Lawton- IADL, Pergunte "Você voltou a dirigir?", Pergunte: "Você voltou ao trabalho?"

6MWT = Teste de caminhada de 6 minutos; ADL = atividades de vida diária; IADL = atividades instrumentais da vida diária; ICF = Classificação Internacional de Funcionamento, Incapacidade e Saúde; PICS = síndrome pós-terapia intensiva. Modificado de: Smith JM et al. Home and Community-Based Physical Therapist Management of Adults with Post-Intensive Care Syndrome. 2020

Fonte: Próprios autores.

CUIDADO, REABILITAÇÃO E ACOMPANHAMENTO PÓS-CONTÁGIO DE COVID-19 E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Os principais acometimentos da doença incluem a síndrome respiratória aguda (SARS), alteração ou disfunção neurológica, cognitivas, acometimentos psicológicos, redução da força e funcionalidade musculoesquelética, dor e conseqüente comprometimento às atividades da vida diária, trabalho e convívio social, que podem durar dias, semanas, meses ou anos². Estes acometimentos podem, ainda, levar a novas internações e à necessidade do uso de medicamentos e reabilitação. Dessa forma, quanto mais breve e precisa a intervenção fisioterapêutica e multidisciplinar, melhores e mais rápidos os resultados².

Cabe ao fisioterapeuta, portanto, orientar quanto à reabilitação, encaminhar para serviços especializados os casos que exijam tratamento especializado e com equipamentos não disponíveis na AB⁹, realizar consultas compartilhadas ou matriciamentos com pneumologista ou demais categorias profissionais que se fizerem necessárias, realizar orientações para exercícios físicos ou práticas corporais a serem realizadas em domicílio, com supervisão/acompanhamento semanal ou quinzenal a depender dos sintomas e das condições clínicas.

No âmbito da AB, há ainda a possibilidade de implementação de programas de exercícios ou reabilitação para os casos leves/moderados que sejam passíveis de cuidado no território, por meio de intervenções globais, com ênfase nas sequelas respiratórias, motoras e/ou neurológicas, considerando a individualidade de cada sujeito. As atividades junto aos pacientes com Covid Longa, após a fase de contágio, podem ser realizadas em ambientes abertos, parques, praças e equipamentos sociais, ou em domicílio. Outro arranjo importante na Atenção Básica brasileira é a possibilidade da visita e /ou cuidado em domicílio⁹.

A reabilitação pulmonar (RP) também pode ser realizada pelo fisioterapeuta da AB, pois esta traz benefícios em termos de melhoria da capacidade funcional, alívio de dispneia, melhora da função muscular e emocional¹⁹. Diante do quadro clínico observado pelos indivíduos pós hospitalização por COVID-19 de anormalidades da função pulmonar, comprometimento psicológico e capacidade de exercício reduzida, pode se pensar nos benefícios da RP incluindo os indivíduos com sequelas pulmonares e sistêmicas pós hospitalização por COVID-19²⁰.

A possibilidade da realização destas estratégias de intervenção na Atenção Básica poderá beneficiar um maior número de usuários acometidos por doenças agudas e crônicas e contribuir para uma maior autonomia destes usuários na gestão do autocuidado, fatos estes que podem impactar na redução do risco de exacerbações, hospitalizações e piora da qualidade de vida^{21,22}.

Ainda, os programas de reabilitação na AB, em conjunto com serviços especializados da Rede de Atenção, são importantes dispositivos de cuidado aos usuários que evoluírem com sequelas funcionais pós COVID-19. Ainda, esse ponto de cuidado torna-se fundamental, considerando que os serviços especializados geralmente são distantes das residências dos usuários, e o deslocamento impõe custos financeiros e físicos, além de contágio, a quem está debilitado e com mobilidade reduzida. Aqui, as ações compartilhadas em rede são fundamentais para que a AB não atue solitariamente e o usuário, com suas necessidades, esteja na centralidade do cuidado. Finalmente, a oferta de reabilitação na comunidade impacta em maior adesão ao tratamento em médio e longo prazo³.

Os acompanhamentos longitudinais, o cuidado continuado, destes usuários sob responsabilidade das equipes de Atenção Básica (ESF/NASF/eMulti), inclusive por meio de teleatendimentos, certamente impactam na integralidade do cuidado. Os usuários podem ser acompanhados quanto aos sintomas, realização das atividades planejadas, desde cuidados em saúde até a realização de atividades físicas e funcionais prescritas (modo, duração e intensidade), reconhecimento de sinais de alerta e controle das exacerbações.

As estratégias de intervenção, desde exercícios de força de grandes grupos musculares de membros superiores (MMSS) e inferiores (MMII), utilizando equipamentos de baixa densidade tecnológica e de baixo custo, até treinamento de caminhada e definição de metas em saúde, se adequadamente planejados e tolerados pelo usuário poderão impactar nas medidas de resultados esperados²³.

Importante ressaltar que a reabilitação não deve ser atividade prioritária e demandante da maior parte da agenda do profissional fisioterapeuta no contexto da Atenção Básica, visto que esta categoria possui grande possibilidade de captura pelo trabalho procedimento-centrado, que esvazia o sentido do cuidado integral, isola o profissional e vai de contramão aos princípios da AB. É importante, nesse caso, que a gestão e o compartilhamento do cuidado em rede para demais pontos de atenção, quando necessário, seja regulado também pelo profissional fisioterapeuta.

Já na telereabilitação, se possível, deve-se utilizar de dispositivos de fácil acesso aos usuários, com carga, repetições e progressão da intervenção bem estabelecidas mediante monitorização da dispneia e controle dos dados vitais. Quando possível, a utilização da oximetria de pulso nesse contexto é aconselhável. Outro desfecho favorável da telereabilitação é o maior acesso à intervenção, a diminuição do absenteísmo e a redução das hospitalizações, apesar dos desafios tecnológicos^{24,25}. Os benefícios da autogestão, controle dos sintomas, controle nutricional, uso da medicação além da motivação a mudanças de hábito e auto cuidado em usuários com disfunções respiratórias crônicas também são observados na literatura²⁶.

Já o contexto da educação em saúde, realizada em conjunto com a equipe multidisciplinar, merece destaque dentro das ações da Atenção Básica, pois permitirá trocas de informações e podem instruir os usuários quanto ao manejo das sequelas da doença, incluindo ansiedade e depressão, bem como no enfrentamento e orientação à respeito de informações inadequadas, como as *fake news*. O elo entre o serviço de saúde e comunidade deve ser característica fundamental para elaboração de ações coletivas que façam sentido para todos os envolvidos²⁷.

MONITORAMENTO, VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E GEOPROCESSAMENTO COM BASE NO TERRITÓRIO

Como já mencionado, o fisioterapeuta na Atenção Básica também realiza o acompanhamento remoto, à distância, dos usuários. No caso dos usuários com diagnóstico de COVID-19, o fisioterapeuta tem realizado o monitoramento dos casos que estão em tratamento e em isolamento em domicílio. O monitoramento destes pode se dar a cada 24 ou 48 horas, a depender dos sinais e sintomas.

Com isso, o fisioterapeuta, por telefone, aplicativos de mensagem por celular ou teleconsulta consegue conversar e avaliar o usuário, conduzindo o tratamento e monitorando os sinais e sintomas. Em caso de piora, este consegue orientar agendamento de consulta na Unidade Básica de Saúde, ou até mesmo encaminhamento para serviços de Urgência e Emergência. Também pode auxiliar na avaliação dos critérios para alta do monitoramento, que inclui, no mínimo, 72 horas consecutivas sem sintomas e respeito aos protocolos locais e validados. Este acompanhamento também pode ser feito em forma de consulta compartilhada entre o fisioterapeuta e o médico de família ou de outra especialidade que esteja atuando na AB, com as ferramentas do matriciamento previamente utilizadas.

O monitoramento também é base de dados epidemiológicos que permitem ao fisioterapeuta e à equipe mensurar a quantidade de infectados com sintomas leves, moderados e graves, incluindo identificação precoce de riscos e de mapeamento e geoprocessamento de regiões mais acometidas e vulneráveis. Possibilitando, assim, ações territoriais pontuais e específicas, como, por exemplo, em periferias, comunidades quilombolas, indígenas e demais especificidades plurais existentes em todo território brasileiro. O

monitoramento ajuda, ainda, na tomada de decisões e subsidia ações para o combate à pandemia, como a elaboração de políticas públicas de proteção às pessoas em vulnerabilidade²⁷.

A especificidade brasileira, que inclui sítios urbanos, favelas, sertão, comunidades indígenas, assentamentos, quilombolas, ocupações, pessoas em situação de rua, comunidades rurais, ribeirinhas, dentre outras, faz com que o fisioterapeuta tenha em sua competência de atuação uma gama de conhecimentos diferenciados que podem, a partir dos dados monitorados, auxiliar na produção de conhecimentos e estratégias para alocação de recursos e identificação do impacto da pandemia nas diferentes regiões, em especial nas mais pobres e isoladas²⁸.

O conhecimento do território pode ainda auxiliar no planejamento de ações que reduzam a morbimortalidade e iniquidade que presenciamos no país, em especial da população preta, pobre e periférica, bem como população indígena. Há também a possibilidade de levantar regiões e famílias em maior vulnerabilidade socioeconômica e, em parcerias comunitárias e intersetoriais junto à Assistência Social, Igrejas, líderes comunitários, organizações não sociais, coletivos e comércio locais, realizar ações solidárias coletivas²⁹. Ações de orientação em busca de direitos e auxílios também é papel essencial da AB para o cuidado em saúde no território²⁷.

A INTEGRALIDADE DA FISIOTERAPIA E O TRABALHO EM SAÚDE NA LÓGICA DA CLÍNICA AMPLIADA

Em todas as fases da pandemia, o fisioterapeuta da Atenção Básica tem possibilidade de atuação, outra possibilidade está na manutenção e promoção da qualidade de vida dos trabalhadores da saúde, onde pode realizar ações individuais e coletivas de relaxamento, ginástica laboral, exercícios respiratórios, orientações de práticas corporais e cuidado em saúde. Devido à alta demanda de casos para testagem, triagem e atendimento, somados com altos índices de afastamentos de profissionais da saúde que se infectaram ou que são do grupo de risco, os trabalhadores sofrem com a carga elevada de trabalho, com impactos físicos, mentais e sociais, onde a síndrome de *burnout* tem sido frequente na categoria da saúde³⁰.

Nesta e em todas as outras fases, o fisioterapeuta também tem utilizado de ferramentas de cuidado, como as práticas integrativas e complementares (PIC) ou Medicina Alternativa e Complementar, incluindo a Acupuntura, Auriculoterapia, Reiki, Práticas Corporais de Medicina Tradicional Chinesa, Aromaterapia, Massoterapia, Yoga, dentre outros. A ampliação de ferramentas de cuidado em saúde na fisioterapia é essencial para a integralidade da atenção, desde que utilizadas com conhecimento e baseada em evidências com associação aos saberes locais.

Os impactos psicossociais da pandemia, causados pelo agravamento de doenças psíquicas prévias ou agudas, pelo medo da doença, por consequências da internação, pelo excesso de trabalho dos profissionais da saúde, isolamento social, desemprego, pobreza, luto e o aumento da violência doméstica, têm resultado em demandas maiores e diferenciadas para a Atenção Básica²⁷.

Nestas situações, o fisioterapeuta tem ampliado sua capacidade de cuidado para a população, em especial em articulação com a Saúde Mental e o Serviço Social, através do trabalho em equipe e da articulação em rede. A esse processo, denomina-se Clínica Ampliada, que consiste na atuação para além do núcleo profissional, e na ampliação do olhar para os usuários e suas necessidades biopsicossociais. O fisioterapeuta pode realizar o manejo nesses casos, em conjunto com a equipe, possibilitando o cuidado para além da fisioterapia. E este tem sido um dos grandes diferenciais da fisioterapia na Atenção Básica brasileira: a possibilidade de ampliar os limites no cuidado.

Além da atuação no momento atual, após a pandemia o fisioterapeuta terá muito a colaborar no território, a partir da Reabilitação Baseada na Comunidade², que inclui a participação popular nas ações de recuperação e à retomada das atividades e da saúde coletiva na sociedade. Dessa forma, o fisioterapeuta na Atenção Básica, junto às equipes multiprofissionais, tem função relevante no enfrentamento à pandemia, agregando à equipe competências específicas desse núcleo profissional que potencializam o cuidado em saúde da população brasileira.

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

A pandemia do COVID-19 trouxe para os serviços de saúde a necessidade de reinvenção, de tomada de decisões, de desenvolvimento de ações e medidas

assertivas que sejam resolutivas no cuidado e na recuperação da saúde da população. O profissional fisioterapeuta é um dos membros importantes na equipe multiprofissional para o enfrentamento da pandemia e seus impactos, em especial na AB. A presença do fisioterapeuta na AB em diversos países não é instituída como política pública, e nesse sentido, o modelo brasileiro, ainda que relativamente recente e em constante ameaça, e com muitos desafios para ampliação e qualificação do acesso da população, pode ser um ponto de partida para a inserção desse profissional nesse importante ponto de atenção à saúde em todo o mundo.

Historicamente a fisioterapia tem se reinventado e se instaurado após eventos mundiais, como guerras e epidemias. A pandemia da COVID-19 é outra dessas situações em que o fisioterapeuta tem um papel preponderante em todas as fases da doença, desde a promoção da saúde e prevenção de contaminação e de contágio, tratamento na fase aguda, até o cuidado na Covid Longa. Dessa forma, pode contribuir de forma contundente e relevante no combate à pandemia e suas consequências a longo prazo.

A Atenção Básica brasileira permite a inovação de práticas e ações (da fisioterapia) que extrapolem o olhar exclusivamente clínico, individual e possibilita um cuidado integral e resolutivo no território, e condizente com a realidade dos usuários. Assim, pretendemos aqui ampliar o debate a respeito das possibilidades de contribuição da fisioterapia na AB durante a pandemia, no intuito de contribuir com ações que possam ser alinhadas com as políticas públicas de saúde, associações, academia e profissionais.

Diante da crise política, econômica e social em que vivemos no Brasil em conjunto à uma pandemia, e com constante ameaça ao Sistema Único de Saúde, nos colocamos enquanto defensores da saúde coletiva, da democracia, dos direitos humanos e da justiça social, das quais, sem essas, será impossível exercer o papel cidadão do SUS na defesa da vida.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-2019): Situation Report - 72 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [citado abril 2020]. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200401-sitrep-72-COVID-19.pdf?sfvrsn=3dd8971b_2

2. Smith JM, Lee AC, Zeleznik H, Scott JPC, Fatima A, Needham DM, et al. Home and community-based physical therapist management of adults with Post-Intensive Care Syndrome. *Physical Therapy* [Internet]. jul. 2020;100(7):1062–73. doi:10.1093/ptj/pzaa059.
3. Organización Panamericana de La Salud/Organización Mundial de La Salud. Alerta Epidemiológica: COVID-19, complicaciones y secuelas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2020 [citado ago. 2020]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1117102>.
4. Rovere M. Atención Primaria de la Salud en Debate. *Saude Debate* [Internet]. set. 2012;36(94):327-42. doi:10.1590/S0103-11042012000300003.
5. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santos MLM, Bertussi DC, Rossana SB. Basic Healthcare Network, field of forces and micropolitics: implications for health management and care. *Saude Debate* [Internet]. jul. 2019;43(spe6):70-83. doi:10.1590/0103-11042019s606.
6. Merhy EE, Queiroz MS. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. *Cad Saude Publica* [Internet]. jun. 1993;9(2):177-84. doi:10.1590/S0102-311X1993000200009.
7. Macinko J, Harris M. Brazil's family health strategy: delivering community based primary care in a universal system. *N Engl J Med* [Internet]. jun. 2015(372):2177–81. doi:10.1056/NEJMp1501140.
8. Haines A, De Barros EF, Berlin A, Heymann DL, Harris MJ. National UK programme of community health workers for COVID-19 response. *Lancet* [Internet]. abr. 2020;395(10231):1173-5. doi:10.1016/S0140-6736(20)30735-2.
9. Fernandes JM, Rios TA, Sanches VS, Santos MLM. NASF's tools and practices in health of physical therapists. *Fisioter Mov* [Internet]. out./dez. 2016;29(4):741-50. doi:10.1590/1980-5918.029.004.ao10.
10. Reis S, Meneses S. Novo financiamento da atenção básica: possíveis impactos sobre o Nasf-AB. CEBES [Internet]. 2020 Feb. Disponível em: cebes.org.br/2020/02/novo-financiamento-da-atencao-basica-impactos-sobre-o-nasf-ab/.
11. Belotti M, Iglesias A, Avellar LZ. Conceptions of the professionals about their attributions in the Expanded Nucleus of Family Health. *Psico-USF* [Internet]. out./dez. 2019;24(4):661-71. doi:10.1590/1413-82712019240405.
12. Santos MLM, Dias CS, Camelier FWR. Atuação dos fisioterapeutas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) junto a usuários suspeitos ou diagnosticados com COVID-19: contribuições da fisioterapia respiratória. *ASSOBRAFIR Ciência*. ago. 2020;11(1):31-46. doi:10.47066/2177-9333.AC20.covid19.004.
13. The Lancet. COVID-19 in Brazil: "So what?". *Lancet* [Internet]. mai. 2020;395(10235):1461. doi:10.1016/S0140-6736(20)31095-3.
14. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. What is the role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic? *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. abr. 2020;29(2):e2020166. doi:10.5123/s1679-49742020000200024.
15. Nicola M, Alsafi Z, Sohrabi C, Kerwan A, Al-jabir A, Iosifidis C. The socio-economic implications of the coronavirus and COVID-19 pandemic: a review. *Int J Surg* [Internet]. jun. 2020;78:185-93. doi:10.1016/j.ijsu.2020.04.018.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo do Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde (APS). Brasília (DF) [Internet]. mai. 2020.

Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200504_ProtocoloManejo_ver09.pdf



17. Felice FG, Tovar-Moll F, Moll J, Munoz DP, Ferreira ST. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and the Central Nervous System. *Trends Neurosci* [Internet]. jun. 2020;43(6):355-7. doi:10.1016/j.tins.2020.04.004.

18. Silva RMV, Sousa AVC. Chronic phase of COVID-19: challenges for physical therapists in the face of musculoskeletal disorders. *Fisioter Mov* [Internet]. mai. 2020;33:e0033002. doi:10.1590/1980-5918.033.ed02.

19. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. out. 2013;188(8):e13-64. doi:10.1164/rccm.201309-1634ST.

20. Ahmed H, Patel K, Greenwood DC, Halpin S, Lewthwaite P, Salawu A, et al. Long-term clinical outcomes in survivors of severe acute respiratory syndrome and Middle East respiratory syndrome coronavirus outbreaks after hospitalisation or ICU admission: a systematic review and meta-analysis. *J Rehabil Med* [Internet]. mai. 2020;52(5):jrm00063. doi:10.2340/16501977-2694.

21. Lenferink A, Brusse-Keizer M, Van Der Valk PD, Frith PA, Zwerink M, Monninkhof EM, et al. Self-management interventions including action plans for exacerbations versus usual care in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. ago. 2017;8:CD011682. doi:10.1002/14651858.CD011682.pub2.

22. Hanlon P, Daines L, Campbell C, Mckinstry B, Weller D, Pinnock H. Telehealth Interventions to support self-management of long-term conditions: a systematic metareview of diabetes, heart failure, asthma, chronic obstructive pulmonary disease, and cancer. *J Med Internet Res* [Internet]. mai. 2017;19(5):e172. doi:10.2196/jmir.6688.

23. Tsai LL, Mcnamara RJ, Moddel C, Alison JA, Mckenzie DK, Mckeough ZJ. Home-based telerehabilitation via real-time videoconferencing improves endurance exercise capacity in patients with COPD: the randomized controlled TeleR Study. *Respirology*. [Internet]. mai. 2017;22(4):699-707. doi:10.1111/resp.12966.

24. Vasilopoulou M, Papaioannou AI, Kaltsakas G, Louvaris Z, Chynkiamis N, Spetsioti S, et al. Home-based maintenance tele-rehabilitation reduces the risk for acute exacerbations of COPD, hospitalisations and emergency department visits. *Eur Respir J* [Internet]. mai. 2017;49(5):1602129. doi:10.1183/13993003.02129-2016.

25. Rooney S, Webster A, Paul L. Systematic review of changes and recovery in physical function and fitness after Severe Acute Respiratory Syndrome–Related Coronavirus Infection: implications for COVID-19 rehabilitation. *Physical Therapy* [Internet]. out. 2020;100(10):1717–29. doi:10.1093/ptj/pzaa129.

26. Martijn AS, Sally JS, Chris G, Richard Z, Linda N, Carolyn R, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. out. 2013;188(8):e13-64. doi:10.1164/rccm.201309-1634ST.

27. Giovanella L, Martufi V, Ruiz DC, Mendonça MHM, Bousquat A, Aquino R, Medina MG. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saude Debate*. dez. 2020;44(4):161-76.

28. de Oliveira RG, et al. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. *Cad Saude Publica* [online]. 2020;36(9):e00150120. doi:10.1590/0102-311X00150120.
29. Lima DF, Lima LA. O controle social no Sistema Único de Saúde: um olhar crítico à Resolução nº 453/2012. *SaUde Debate*. out.-dez. 2017;41(115):1168-76.
30. Ornell F, Halpern SC, Kessler FHP, Narvaez JCM. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2020;36(4):e00063520. doi:10.1590/0102-311X00150120.