



Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**CUIDADO CONTINUADO A PACIENTES COM COVID-19. UBS WENDER
RODRIGUES DE SOUZA - PORTO GRANDE -AP.**

WELINGTON ALVES STOPA

NATAL/RN
2021

CUIDADO CONTINUADO A PACIENTES COM COVID-19. UBS WENDER
RODRIGUES DE SOUZA - PORTO GRANDE -AP.

WELINGTON ALVES STOPA

Trabalho de Conclusão apresentado ao
Programa de Educação Permanente em
Saúde da Família, como requisito parcial
para obtenção do título de Especialista
em Saúde da Família.

Orientador: RAFAEL SOARES DIAS

NATAL/RN
2021

Dedico a meus pais que lutaram para que eu pudesse chegar onde cheguei, e agradeço a Deus por ter permitido tudo isso em minha vida.

RESUMO

Atualmente, o Brasil e o mundo vem buscando enfrentar a pandemia do Covid-19. Essa patologia surgiu como uma crise humanitária internacional sem precedentes. Com base no exposto, esse trabalho teve como objetivo principal fornecer a comunidade da Unidade Básica de Saúde (UBS) Wender Rodrigues de Souza uma assistência continuada para suas necessidades de saúde, dentro da realidade do novo coronavírus, além de qualificar a assistência prestada pela APS. Para isso, foram realizadas 2 microintervenções. Com os resultados obtidos, foi possível reduzir as filas de espera e aumentar o atendimento de demandas do covid-19 e outras patologias, assim como a prevenção de saúde, possibilitando que a população tenha disponível uma assistência de qualidade e humanizada, de acordo com as suas necessidades e dentro da sua realidade. É importante ressaltar que a equipe da Estratégia Saúde da família (ESF) atua como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem um papel de grande relevância na saúde da comunidade, para a prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da família; Covid-19; Unidade Básica de Saúde; Sistema único de Saúde.

SUMÁRIO

<u>INTRODUÇÃO.....</u>	<u>5</u>
<u>RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1.....</u>	<u>7</u>
<u>RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2.....</u>	<u>11</u>
<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</u>	<u>16</u>
<u>REFERÊNCIAS.....</u>	<u>18</u>

1. INTRODUÇÃO

Esse trabalho foi desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Wender Rodrigues de Souza, localizada em Porto Grande, Amapá, fazendo parte de um curso de especialização em saúde da família, em que foram abordados relatórios de experiência de ações realizadas visando o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) da comunidade de abrangência.

O município de Porto Grande possui uma população estimada de 22.452 pessoas, com área territorial de 4.428,013 km² e densidade demográfica de 3,82 hab/km². A taxa de mortalidade infantil é de 10,13 óbitos por mil nascidos vivos (BRASIL, 2020).

Atualmente, a preocupação em evidência não somente no Brasil, mas em todo o mundo, está em relação a pandemia do Covid-19. Essa patologia surgiu como uma crise humanitária internacional sem precedentes. Esse surto global criou desafios significativos para os líderes em todos os níveis das indústrias em todo o mundo. Visto que, em tempos como estes, há volatilidade, incerteza, complexidade e ambiguidade que exigem decisões rápidas e de alto impacto em um ambiente de informações limitado (D'AURIA; SMET, 2020).

Dados atualizados apontam que já foram confirmados 10.869.227 casos de Covid 2019 no Brasil, sendo que, 9.647.550 se recuperaram e 262.770 foram a óbito (BRASIL, 2021), esses números tendem a crescer, pois apesar do início da vacinação, o número de infectados vem aumentando em muitas regiões do país, devido ao relaxamento no isolamento social.

Apesar de muitos infectados se recuperarem, muitos ficam com sequelas da doença e precisam de acompanhamento. Portanto, esse tema e ações voltadas ao acompanhamento de pacientes com Covid-19 e com sequelas da doença são essenciais para que seja possível recuperar a saúde integralmente, além de ser essencial garantir a assistência de outras demandas da APS.

Nesse sentido, a APS atua como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), devendo abranger um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, para a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (SOUZA, 2011). Conhecer a realidade em que os usuários estão inseridos e os principais problemas de saúde locais auxilia para que sejam criadas ações que influenciem e auxiliem os indivíduos a terem mais saúde e qualidade de vida.

Sendo assim, a APS no Brasil vem demonstrando atualmente ser uma política de reorganização do modelo assistencial de saúde (SOUZA, 2011). Portanto, os motivos que levaram a pesquisa, foram a necessidade de intervir nos agravos de saúde e fornecer uma assistência integral e resolutiva para a comunidade segundo os princípios da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Para atingir os propósitos da ESF, as equipes multidisciplinares são essenciais, onde a maioria das atividades são voltadas a criação de grupos para educação em saúde,

acompanhamento e, consultas médicas (SIMÃO, 2014). Com base no exposto, esse trabalho teve como objetivo principal fornecer a comunidade da Unidade Básica de Saúde Wender Rodrigues de Souza uma assistência continuada para suas necessidades de saúde, dentro da realidade do novo coronavírus, além de qualificar a assistência prestada pela APS.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

Problema a ser identificado

Estamos passando por um momento de Vivemos um momento de angústia e crise a nível mundial diante de uma pandemia do novo coronavírus (Covid-19) com alta incidência de contágio e mortalidade em pessoas com doenças pré existentes e idosos, principalmente.

Há duas razões pelas quais o Covid-19 é uma ameaça. Primeiro, pode matar adultos saudáveis, além de idosos com problemas de saúde existentes. Os dados até agora sugerem que o vírus tem um risco de fatalidade de casos em torno de 1%. O Covid-19 é transmitido com bastante eficiência. A pessoa infectada espalha a doença para duas ou três outras em média, uma taxa exponencial de aumento. Também há fortes evidências de que ele pode ser transmitido por pessoas que estão levemente doentes ou mesmo pré-sintomáticas. Isso significa que o Covid-19 será muito mais difícil de conter do que a síndrome respiratória do Oriente Médio ou a síndrome respiratória aguda grave (SARS), que se espalharam com muito menos eficiência e apenas por pessoas sintomáticas. De fato, o Covid-19 já causou 10 vezes mais casos do que a SARS em um quarto do tempo (XIE et al., 2020).

Atualmente na UBS tivemos uma mudança significativa na rotina, onde precisamos dividir a equipe em duas para os atendimentos de demanda diária, e as demandas de covid-19. Com isso, a capacidade de atendimento para demandas normais do dia a dia caiu drasticamente. Além disso, a quantidade de pessoas buscando por atendimento devido a sintomas do Coronavírus teve seu pico e agora vem se estabilizando.

Com isso, vimos a necessidade de mudanças para dar conta das necessidades da comunidade, para que todos pudessem ter acesso aos serviços de saúde de maneira segura.

A falha na busca por atendimento na atenção primária acaba por levar os pacientes a buscarem atendimento na atenção secundária, saturando profissionais das duas esferas. Longas filas de espera tanto na atenção primária quanto na secundária e frustração de pacientes e profissionais.

Além disso, análises do surto de Ebola 2014-2015 na África Ocidental indicam que mais pessoas morreram de sarampo, malária, HIV/AIDS e tuberculose devido a falhas no sistema de saúde do que o Ebola, de acordo com um relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), que destacou a necessidade urgente de manter serviços essenciais de saúde e, ao mesmo tempo, combater o COVID-19 (BRASIL, 2020b), visto que, outras doenças continuam em curso, em alguns casos, o diagnóstico, tratamento e acompanhamento precoce são essenciais para garantir um bom prognóstico e não devem ser deixados de lado devido a pandemia existente.

Existe consenso sobre a importância da APS na melhora dos indicadores de saúde de uma dada população. Ela funciona como porta de entrada do sistema de saúde ofertando serviços próximos ao local de moradia, favorecendo o acesso, o vínculo e a atenção continuada centrada na pessoa e não na doença. Estudos apontam que a APS tem capacidade para resolver 80% dos

problemas de saúde de uma dada população e deve conciliar ações de assistência com prevenção e promoção da saúde além de coordenar a atenção prestada nos outros níveis do sistema, agindo como a base para o trabalho dos níveis secundário e terciário (CAMPOS et al., 2014).

No entanto, a sobrecarga de trabalho comprometem as ações da equipe, impossibilitam a longitudinalidade do cuidado e a efetivação das ações preconizadas pela ESF. Existem dificuldades quanto à responsabilização por questões gerenciais e assistenciais, priorizando demandas que requerem respostas mais urgentes, ficando distante da realidade e das necessidades da população, assim como vem acontecendo atualmente com a pandemia, pois, além da urgência do atendimento, temos a necessidade de evitar aglomerações na UBS para evitar o contágio.

A realidade de saúde do Brasil é marcada pela coexistência de modelos assistenciais antagônicos: de um lado, o modelo de atenção voltado para queixa/demanda, com foco no tratamento e na cura e em intervenções pontuais em uma perspectiva individual. De outro lado, um modelo pautado em práticas de promoção da saúde que abarca a necessidade do usuário, de modo a intervir na realidade de forma antecipada para evitar o adoecimento e potencializar a saúde, baseado em práticas coletivas e com foco nos determinantes de saúde, pautadas na perspectiva do cuidado longitudinal e na integralidade. A respeito da diferença entre demanda e necessidade de saúde, destaca-se que a primeira corresponde à necessidade traduzida na oferta disponibilizada pelos serviços de saúde. Ou seja, no âmbito das atividades disponibilizadas no centro de saúde, a linguagem da doença parece possuir prioridade (CAÇADOR et al., 2015).

O cuidado na atenção básica aborda situações de doenças, vulnerabilidades e riscos; ensina nos profissionais o desempenho de um cuidado com base na autonomia dos usuários, compreendendo sua inserção em um contexto social e cultural. Pensar a partir dessa ótica requer um olhar diferenciado para o cuidado em saúde, entendido como trabalho vivo, dentro do qual se analisam as diferentes e complexas demandas existentes no território e, ainda, aceita-se a unidade de saúde como um espaço de escuta e intervenção, priorizando o atendimento das necessidades de saúde (PINTO et al., 2017).

Nesse contexto, é importante ressaltar que a equipe da ESF não deve restringir suas ações à mera reprodução do modelo biomédico de cuidado, visto que no âmbito da atenção básica, o ponto de vista do trabalho em saúde tem, entre suas inspirações, superar tal simplismo em prol do modelo de atenção psicossocial (CAMATTA; TOCANTINS; SCHNEIDER, 2016).

O planejamento proativo, no qual os líderes antecipam e tomam medidas para lidar com os piores cenários, é o primeiro elo da cadeia para reduzir a morbidade, a mortalidade e outros efeitos indesejáveis de um desastre emergente. É vital que os princípios e práticas do planejamento de cuidados de crise orientem a saúde pública e os preparativos dos sistemas de

saúde. Os deveres da equipe devem ser cuidadosamente considerados e ajustados para atender à demanda.

Com base no exposto, e sabendo do aumento de demanda que a pandemia do Covid-19 trouxe para os serviços de saúde, é possível perceber uma mudança significativa de rotina, pois apesar do aumento nos casos de coronavírus, não podemos esquecer de prestar atendimento aos usuários de outras demandas. A saúde mental se tornou uma preocupação durante o isolamento, e deve ser uma prioridade na atenção básica, pois é a principal forma de entrada do usuário ao SUS. Portanto, vimos a necessidade organizar nossas atividades a fim de conseguir proporcionar o cuidado adequado a todos que necessitarem.

Outros usuários como os doentes crônicos, os exames de rotina e de pré-natal ainda devem ser priorizados na APS. Para isso, a Microintervenção visou primeiramente orientar a equipe para que tenham consciência dessas necessidades e dividir as funções e equipes. Após a equipe capacitada, foram traçadas metas e ações a serem desenvolvidas, como visitas domiciliares (Microintervenção 1), dias especiais para cada demanda específica: segunda-feira para saúde da mulher, terça-feira para saúde do homem, quarta-feira para demandas espontâneas e quinta-feira do Hiperdia, sexta-feira da saúde mental. Além disso, abrimos outros meios que facilitam o atendimento e acesso à informação dos usuários, como o contato/agendamento por telefone com a equipe da UBS, evitando aglomerações.

Com a definição dos dias de cada demanda, e a disposição de telefones para contato e agendamento, além das visitas domiciliares, é possível proporcionar a comunidade de abrangência o cuidado humanizado, integralizado e efetivo durante esse período. Dessa maneira, apesar da necessidade de cuidados especiais para evitar a contaminação, os usuários tenham acesso aos cuidados de saúde necessários e evitem o adoecimento físico e mental.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

A primeira Microintervenção realizada está associada ao acompanhamento continuado de pacientes com sintomas de covid-19 e aqueles com sequelas da doença.

Na UBS em questão, fazemos acompanhamento domiciliar de 30 pacientes por semana, alguns pacientes recebiam mais de uma visita domiciliar na semana, devido ao quadro apresentado, como tosse intensa, dispneia, astenia.

A ESF representa uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro da atenção. Além do novo modelo de intervenção inserido, com uma maneira mais ativa de atuar, onde não se espera o indivíduo procurar o atendimento, agindo preventivamente e indo de encontro com aqueles que

estejam impossibilitados por algum motivo de irem até a unidade de saúde para buscar atendimento, essas ações são feitas através das visitas domiciliares.

Um dos grandes desafios para a saúde pública do Brasil constitui-se em ter programas de tratamento e cuidado ao cidadão que seja culturalmente sensível e ao ambiente no qual a população está inserida. O reconhecimento da necessidade de uma política pública mais humanizada e eficiente vem alterando o modelo assistencial predominante no país. Nos anos 90 ocorreram mudanças nas políticas de saúde, onde em 1994, o SUS ampliou o acesso da atenção básica por meio da ESF e desde então vem se ampliando ao longo dos anos. Essa estratégia se tornou fundamental para o acesso a atenção básica, assumindo a função de porta de entrada do SUS (AZEVEDO; COSTA, 2010).

Segundo o documento que estabelece os princípios da ESF, é evidenciado que, esse programa vai em oposição ao modelo de assistência tradicional, centrado na doença e no hospital, prioriza as ações de proteção e promoção de saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Nesse contexto pode-se citar a visita domiciliar, que tem como objetivo principal levar a saúde para perto da família (SILVA et al., 2011).

Enfrentamos algumas dificuldades com alguns pacientes que não desejavam serem levados a internação. Através da escuta, acolhimento e educação em saúde foi possível criar um vínculo com os mesmos e conseguimos fazê-los entender os motivos e necessidades de serem internados. Ao final os mesmos aceitaram o que tornou possível melhorar o quadro de saúde dos mesmos.

A principal estratégia nas UBS é o acolhimento, que busca articular o atendimento à demanda espontânea e agendadas, às ações programadas. Em cada município, essa prática apresenta particularidades, levando em consideração o grau de envolvimento, organização e recursos disponíveis às equipes (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011). Portanto, deve-se planejar ações que visem não somente o tratamento de patologias, mas também a promoção, prevenção e recuperação da saúde de maneira humanizada e efetiva, que possa

intervir no modo como as pessoas vivem e que está causando o adoecimento populacional.

No Brasil, a assistência domiciliar é definida pela Anvisa como: “termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de

doenças e reabilitação desenvolvida em domicílio”. Dessa forma, é possível inferir que as medidas de tratamento dessa modalidade ultrapassam apenas o marco de recuperação de saúde e compreendem também a prevenção de doenças e a reabilitação (MOREIRA, 2015).

No Brasil, esse sistema começou a ser regulamentado no ano de 2006 com a publicação da RDC nº 11 da ANVISA que dispõe sobre o funcionamento dos serviços. Apesar da criação dessa resolução poucas mudanças foram percebidas na atenção domiciliar. Então em 2011 foi instituída a portaria Nº 2.029 que estabelecia como obrigatória a participação do gestor federal no financiamento dos serviços de atenção domiciliar, no qual foi importante para abertura e ampliação desses serviços no SUS. Atualmente, a portaria em vigor é a nº 825 de 25 de abril de 2016, que redefine a atenção domiciliar no SUS e atualiza as equipes habilitadas para o atendimento (PROCÓPIO, 2019).

Esse sistema dispõe de diversas vantagens pois, permite que o paciente conviva com sua família durante o processo de tratamento ou reabilitação reduzindo o risco de infecções hospitalares, diminuindo os custos do sistema hospitalar, previne superlotação dos leitos na rede além de, favorecer a saúde do paciente. Essa modalidade de saúde estimula os indivíduos busque a sua autonomia para que possa desenvolver habilidades funcionais no ambiente em que vive ou seja, no seu contexto domiciliar (WEYCAMP, 2018).

Desde o início da pandemia também faço atendimento no centro Covid, no início chegando a atender até 90 pacientes todos os dias, atualmente, estamos estáveis entre 10 a 15 pacientes diariamente.

A busca e acompanhamento de pacientes infectados e recuperados do Covid-19 com sintomas se tornam essenciais para garantir a segurança e saúde desses indivíduos. Destaca-se que o modelo de assistência à saúde no Brasil é dividido em hospitalar e domiciliar, apesar da última forma ser bastante antiga, atualmente vem sofrendo importantes modificações, principalmente porque busca basear-se nos princípios da humanização da assistência. Pois, é um método que proporciona um maior conforto para o paciente e sua família além de, contribuir de forma significativa as internações e gastos hospitalares de saúde (SAMPAIO; CÉSAR, 2012). Sendo assim, muitos pacientes da comunidade, em decorrência do Covid-19 precisam de assistência e acompanhamento, e dessa forma o acompanhamento domiciliar auxilia para desafogar o sistema de saúde, além de evitar o agravamento de saúde e a exposição desses usuários e dos que estão na UBS a riscos desnecessários.

Através dessa busca de pacientes, aconselhamento e vínculo criado é possível identificar o que é melhor em cada caso, seja o acompanhamento domiciliar ou internação, orientar sobre o autocuidado, isolamento social, entre outras diversas questões que envolve essa nova

patologia, como o tratamento medicamentoso dos sintomas, isso reforça a atenção eficiente e integralizada a saúde da comunidade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que o mundo está atravessando um momento complexo na saúde pública, visto que, o Covid-19 vem fazendo milhares de mortos diariamente. Compreende-se a necessidade de mudanças e adaptações da agenda de atividades das equipes (consultas, demandas livres, visitas domiciliares, reuniões etc.), visto que, estima-se que 90% dos casos de Covid-19 podem ser atendidos na APS. É importante que nesse momento sejam mantidos os atendimentos a grupos prioritários. No entanto, a definição de prioridade muda de acordo com o tempo em que a pandemia se estende, ampliando também riscos de saúde, como descompensações ou falta de medicamentos. Além disso, o período de isolamento social vêm com novos riscos à saúde da população, aos quais as equipes de APS devem estar atentas e preparadas.

Pessoas com doenças pré-existentes como câncer, diabetes e hipertensão arterial estão no grupo de risco para maior mortalidade, assim como idosos. Esse fato, faz com que esses indivíduos fiquem em isolamento social e acaba impedindo a busca por atendimento na UBS. No entanto, esses são usuários que demandam de cuidados contínuos, assim como, acompanhamento adequado. Com base nessa realidade, as intervenções visaram primeiramente fornecer o acompanhamento e assistência contínua e necessária a toda a comunidade dentro da nova realidade da pandemia.

Para isso, na Microintervenção 1 fizemos a separação das duas equipes, responsáveis pelo atendimento da demanda de covid-19 e da equipe de atendimento de outras demandas diárias voltadas a manter a saúde da população, tanto o atendimento ambulatorial quando domiciliar. Além disso, foi disponibilizado um telefone de contato para agendamento das consultas e exames para evitar a exposição desnecessária dos usuários e aglomerações em frente a UBS.

Na Microintervenção 2, focamos no atendimento da nova demanda do covid-19, onde priorizamos a assistência continuada para pacientes com covid-19 e aqueles com sequelas da doença, visto que, identificamos que em muitos casos os pacientes estavam tendo agravamento da doença em casa e recusavam a internação. Com esse acompanhamento domiciliar foi possível orientar esses indivíduos sobre os cuidados necessários, o autocuidado e fazer o acompanhamento necessário para evitar a piora do quadro de saúde, além de desafogar a demanda da UBS.

É importante ressaltar que a equipe da ESF atua como porta de entrada do SUS e tem um papel de grande relevância na saúde da comunidade, para a prevenção, promoção e recuperação da saúde. Com os resultados obtidos, foi possível reduzir as filas de espera e aumentar o atendimento de demandas do covid-19 e outras patologias, assim como a prevenção de saúde, possibilitando que a população tenha disponível uma assistência de qualidade e humanizada, de acordo com as suas necessidades e dentro da sua realidade.

5. REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, Ana Lucia Martins de; COSTA, André Monteiro. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Comunicação Saúde Educação**, [online], v. 35, n. 14, p.797-810, dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832010000400007&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 06 mar. 2021.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Porto Grande**. 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ap/porto-grande.html>. Acesso em: 06 mar. 2021.
- _____. Ministério da Saúde. **Coronavírus: Presidente determina serviços que não podem parar**. 2020b. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46569-coronavirus-presidente-determina-servicos-que-nao-podem-parar>. Acesso em: 20 jul. 2020.
- _____. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus: atualizado em: 03/05/2021**. 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 06 mar. 2021.
- CAÇADOR, Beatriz Santana et al. Being a nurse in the family health strategy programme: challenges and possibilities. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 19, n. 3, p.612-619, 2015. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150047>.
- CAMATTA, Marcio Wagner; TOCANTINS, Florence Romijn; SCHNEIDER, Jacó Fernando. Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família: Expectativas de familiares. **Esc Anna Nery**, [online], v. 2, n. 20, p.281-288, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0281.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2020.
- CAMPOS, Rosana Teresa Onocko et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 38, n. 1, p.252-264, 2014. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014s019>.
- D'AURIA, Gemma; SMET, Aaron De. Liderança em (uma) crise: reagindo ao surto do Coronavírus e a desafios futuros. Disponível em: <https://www.mckinsey.com/businessfunctions/organization/our-insights/leadership-in-a-crisis-responding-to-the-coronavirus-outbreakand-future-challenges/pt-br>. Acesso em: 06 mar. 2021.
- HUANG, Yiying *et al.* Impact of coronavirus disease 2019 on pulmonary function in early convalescence phase. **Respiratory Research**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 1-10, 29 jun. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12931-020-01429-6>.
- HUANG, Chaolin *et al.* 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. **The Lancet**, [S.L.], v. 397, n. 10270, p. 220-232, jan. 2021. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)32656-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)32656-8).
- MARRA, Annachiara *et al.* Co-Occurrence of Post-Intensive Care Syndrome Problems Among 406 Survivors of Critical Illness*. **Critical Care Medicine**, [S.L.], v. 46, n. 9, p. 1393-1401, set. 2018. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).

<http://dx.doi.org/10.1097/ccm.00000000000003218>.

PINTO, Antonio Germane Alves et al. Experiences in the Family Health Strategy: demands and vulnerabilities in the territory. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 70, n. 5, p.920-927, out. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0033>.

PROCÓPIO, L.C.R. *et al.* A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde debate**, v. 43, n. 121, p. 592-604, 2019.

SAMPAIO, A.V.C.; CÉSAR, I. A atenção domiciliar à saúde (home healthcare), a arquitetura acessível e o desenho universal. Disponível em: <https://www.usp.br/nutau/nutau_2012/2dia/20120628170403_artigo%20NUTAU%202012%2

Acesso em: 06 mar. 2021.

SILVA, Carlos Magno Carvalho da et al. Visita domiciliar na atenção à saúde m. **Ciencia y Enfermeria**, [s. L.], v. 3, n. 17, p.125-136, 2011. Disponível em: <<https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v17n3/art11.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2018.

SIMÃO, Ronise Adriana Santos. **Plano de intervenção para a melhoria das ações do programa Hiperdia na ESF**. 2014. 39 f. Monografia (Especialização) - Curso de Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares, 2014.

SOARES, Riane Tiara da Silva; NUNES, Cibelle Ferreira; COSTA, Gabriela Lima da. A Visita domiciliar como instrumento para ações educativas em enfermagem: relato de experiência In: Congresso Brasileiro de Conselhos de enfermagem, 13., 2011. **Congresso**. Macapá. p. 1 - 7.

SOUZA, Gracilene Aparecida de. **Gestão, planejamento e humanização na APS**. 2011. 36 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Lagoa Santa, 2011. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3178.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2021.

WEYKAMP, J.M. *et al.* Cuidados do enfermeiro ao usuário nas modalidades de atenção domiciliar. **Res.: fundam. care**. v.10, n.4, p. 1130-1140, 2018.

ZHANG, Peixun *et al.* Long-term bone and lung consequences associated with hospital-acquired severe acute respiratory syndrome: a 15-year follow-up from a prospective cohort study. **Bone Research**, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 1-10, 14 fev. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1038/s41413-020-0084-5>.

ZHAO, Yu-Miao *et al.* Follow-up study of the pulmonary function and related physiological characteristics of COVID-19 survivors three months after recovery. **Eclinicalmedicine**, [S.L.], v. 25, p. 100463-80, ago. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100463>.