

Recomendações para a Atenção Domiciliar em período de Pandemia por Covid-19

Recomendações conjuntas
Grupo de Trabalho de Atenção
Domiciliar da SBMFC e ABRASAD





Recommendations for Home Care in Covid-19 Pandemic Period

Joint recommendations - SBMFC Home Care Working Group and ABRASAD

Recomendaciones para la atención domiciliaria en el período pandémico por Covid-19

Recomendaciones conjuntas - SBMFC Home Care Working Group y ABRASAD



Sumário

Autoria	5
Resumo	8
Abstract	9
Resumen	10
Introdução	11
Desenvolvimento	14
Parte 1. Papel das Equipes no Cuidado Domiciliar em tempos de Covid-19	14
1.1 Atenção Domiciliar pela Atenção Primária à Saúde a pacientes não-Covid-19 com critério prévio de cuidados domiciliares anteriores - AD1	14
1.2 Papel dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) para casos de Covid-19 no domicílio (AD1, AD2, AD3)	16
1.3 É possível manter através da AD os cuidados crônicos para pessoas sob nossos cuidados sem critério anterior para Atenção Domiciliar? - AD1	20
1.4 AD como estratégia de cuidado aos casos crônicos agudizados sem Covid19 aparente - AD1/ AD2/ AD3	26
1.5 É possível realizar Desospitalização precoce e responsável como forma de ampliar a RAS	27
Parte 2. Cuidados nas Visitas Domiciliares e proteção da equipe e das pessoas sob nosso cuidado	29
2.1 EPI necessários, paramentação e desparamentação	29
2.2 - Cuidados para reduzir o risco de contaminação do domicílio	36
Parte 3. Período pós Covid-19: um exercício de prospecção de futuro para a AD	40
Discussão e Conclusões	41
Referências	42

Leonardo Cançado Monteiro Savassi

Médico de Família e Comunidade; Doutor em Educação em Saúde; Coordenador do Grupo de Trabalho em Atenção Domiciliar da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (GT-AD SBMFC); Docente da Universidade Federal de Ouro Preto; Coordenador do Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaude) e da Representação da UFOP junto a Universidade Aberta do SUS (UNASUS); Coordenador da Residência em MFC da PUC Minas/ SMS Contagem-MG; Médico de atendimento domiciliar pediátrico da Gestão da Atenção Domiciliar Unimed BH.

savassi@ufop.edu.br

<http://lattes.cnpq.br/3650989593840814>

<https://orcid.org/0000-0001-6780-0377>

Gustavo Valadares Labanca Reis

Médico de Família e Comunidade; Docente da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP); Membro do GT-AD SBMFC; Coordenador da Residência em MFC da UFOP; Médico de atendimento domiciliar da Atenção Integral à Saúde Unimed Inconfidentes.

gustavo.labanca@ufop.edu.br

<https://orcid.org/0000-0001-7716-7464>

<http://lattes.cnpq.br/6408732950608530>

Mariana Borges Dias

Médica Clínica, Referência técnica para Atenção Domiciliar da Coordenação Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar/DAHU/SAES/ Ministério da Saúde.

mariana.borges@saude.gov.br

<http://lattes.cnpq.br/9255538418952723j6r78>

<https://orcid.org/0000-0003-1009-6416>

Autoria

Lidiane de Oliveira Vilela

Médica de Família e Comunidade pelo Hospital Metropolitano Odilon Behrens- BH/MG; Presidente da Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade (AMMFC); Membro do GT-AD SBMFC; Docente da Universidade José do Rosário Vellano - Unifenas - Alfenas/MG; Médica do Programa de Atenção Domiciliar e Internação (PADI) em Varginha/MG.

lidianeov@yahoo.com.br

<https://orcid.org/0000-0003-4101-5519>

<http://lattes.cnpq.br/1298796612864016>

Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro

Médico de Família e Comunidade, Geriatra, Mestre em Saúde Pública, membro do GT-AD SBMFC, professor da Universidade Federal do Ceará, atua como docente e coordenador do Internato de Saúde Comunitária, preceptor e supervisor do Programa de Residência de Medicina de família e Comunidade e docente do Mestrado Profissional de Saúde da Família, supervisor e preceptor do R3 em Medicina Paliativa da Universidade Federal do Ceará.

marcotuliomfc@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-0697-751X>

<http://lattes.cnpq.br/9198144232790180>

Mara Lúcia Renostro Zachi

Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel PR, Mestre em Ensino nas Ciências da Saúde, Docente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Vice-Presidente da ABRASAD - Associação Brasileira dos Serviços de Atenção Domiciliar. Membro externo do GT-AD SBMFC

marazachi4@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-6486-7760>

<http://lattes.cnpq.br/4943751059766334>

Autoria

Mônica Regina Prado de Toledo Macedo Nunes

Terapeuta ocupacional. Diretora de Saúde da SMS Campinas.
Presidente da ABRASAD - Associação Brasileira dos Serviços de Atenção Domiciliar.

monica.nunes@campinas.sp.gov.br

<https://orcid.org/0000-0002-5059-7381>

Contato das entidades autoras:

Grupo de Trabalho de Atenção Domiciliar da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

gtatencaodomiciliar@sbmfc.org.br

<https://www.sbmfc.org.br/gt-de-atenciao-domiciliar/>

ABRASAD

Associação Brasileira dos Serviços de Atenção Domiciliar

<http://www.abrasad.org.br/>

<https://www.facebook.com/atencaodomiciliar/>

Como citar esse documento:

Savassi, L. C. M., Reis, G. V. L., Dias, M. B., Vilela, L. de O., Ribeiro, M. T. A. M., Zachy, M. L. R., & Nunes, M. R. P. de T. M. (2020). Recomendações para a Atenção Domiciliar em período de pandemia por COVID-19: Recomendações conjuntas do GT Atenção Domiciliar SBMFC e da ABRASAD. Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade, 15(42), 2611. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2611](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2611)

Material publicado em agosto de 2020.

Resumo

A pandemia da Covid-19 trouxe como uma de suas consequências a necessidade de reorganização dos sistemas de saúde. A atenção domiciliar (AD) se apresenta como opção para: interromper a transmissão; identificação precoce e cuidado de pacientes infectados; possibilidade de alta precoce e continuidade do cuidado fora do hospital; além da orientação aos familiares. Este artigo apresenta as possibilidades de cuidados no domicílio pelas equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) e de AD e os cuidados necessários que estas equipes devem ter ao realizar seu trabalho. É necessário manter pessoas seguras em casa, evitar a exposição ao risco, manter o papel de vigilância e cuidado das que dependem da AD, e as equipes devem reorganizar o processo de trabalho para um cuidado domiciliar efetivo. Na APS, o cuidado remoto parece ser uma alternativa viável pelos Agentes de Saúde para o monitoramento, orientação e seguimento dos pacientes, deixando a visita domiciliar com a equipe para aqueles casos indicados. AD na suspeita ou confirmação de Covid-19 é possível, desde que a equipe esteja treinada, disponha de todos os Equipamentos de Proteção Individuais (EPI) necessários e o ambiente domiciliar compatível. Deve-se garantir continuidade do cuidado para pessoas com doenças crônicas durante a pandemia necessitam, sendo possível equacionar ferramentas da telemedicina e cuidado presencial caso-a-caso. Para os pacientes que foram hospitalizados e evoluíram satisfatoriamente é possível avaliar a continuidade do cuidado no domicílio sob acompanhamento da APS e AD. Devem ser instituídas medidas de precauções para a equipe e pacientes, garantindo que todos os profissionais sejam capacitados para uso de EPI, além de orientações para prevenção da transmissão de agentes infecciosos no domicílio.

AD é essencial para acesso às pessoas com condições agudas, descompensação de doenças crônicas, tendo o desafio da organização do serviço utilizando a telessaúde e cuidados domiciliares de forma racional.

Palavras-chave:

Serviços de Atenção Domiciliar; atenção primária à saúde; infecções por Coronavírus; Covid-19

Abstract

One of the consequences of the Covid-19 pandemic was the necessity to reorganize health systems. Home care (HC) may be an option to interrupt transmission; infected patients early identification and care; early discharge possibilities and continuity of care outside the hospital; and family members guidance. This article aims to present possibilities of care at home by the Primary Health Care (PHC) and HC teams and the necessary concern that these teams must have when carrying out their work. It is necessary to keep people safe at home, avoid risk exposure, maintain surveillance and care for those who depend on HC, and teams must reorganize the work process to an effective home care. In PHC, remote care seems to be a viable alternative for health personal to monitor, guide and follow up patients, leaving home visits with the team for those cases indicated. AD in the suspicion or confirmation of Covid-19 is possible, as long as the team is trained, has all the necessary Personal Protection Equipment (PPE) and the compatible home environment. Continuity of care should be ensured for people with chronic diseases during the pandemic they need, making it possible to consider telemedicine tools and face-to-face care on a case-by-case basis. For patients who have been hospitalized and progressed satisfactorily, it is possible to assess the continuity of care at home by PHC and HC monitoring. Precautionary measures must be put in place for staff and patients, ensuring that all professionals are trained in the PPE uses, in addition to guidelines for preventing infectious agent's transmission at home. HC is essential for access to people with acute conditions, decompensation of chronic diseases, with the challenge of organizing the service using telehealth and HC in a rational way.

Key Words:

Home Care Services, Primary Health Care, Coronavirus infections, Covid-19

Resumen

Una de las consecuencias de la pandemia de Covid-19 fue la necesidad de reorganizar los sistemas de salud. La atención domiciliaria (HC) puede ser una opción para interrumpir la transmisión; identificación y atención temprana de pacientes infectados; posibilidades de alta temprana y continuidad de la atención fuera del hospital; y orientación de los miembros de la familia. Este artículo tiene como objetivo presentar las posibilidades de atención en el hogar por parte de los equipos de Atención Primaria de Salud (APS) y HC y la preocupación necesaria que estos equipos deben tener al realizar su trabajo. Es necesario mantener a las personas seguras en el hogar, evitar la exposición al riesgo, mantener la vigilancia y la atención de quienes dependen de HC, y los equipos deben reorganizar el proceso de trabajo para una atención domiciliaria efectiva. En la APS, la atención remota parece ser una alternativa viable para el personal de salud para monitorear, guiar y dar seguimiento a los pacientes, dejando las visitas domiciliarias con el equipo para los casos indicados. AD en la sospecha o confirmación de Covid-19 es posible, siempre y cuando el equipo esté capacitado, tenga todo el Equipo Personal de Protección (EPP) necesario y el entorno doméstico compatible. Se debe garantizar la continuidad de la atención a las personas con enfermedades crónicas durante la pandemia que necesitan, lo que permite considerar las herramientas de telemedicina y la atención presencial caso por caso. Para los pacientes que han sido hospitalizados y han progresado satisfactoriamente, es posible evaluar la continuidad de la atención en el hogar mediante el monitoreo de APS y HC. Se deben tomar medidas de precaución para el personal y los pacientes, asegurando que todos los profesionales estén capacitados en el uso de EPP, además de las pautas para prevenir la transmisión de agentes infecciosos en el hogar. La HC es esencial para el acceso a personas con afecciones agudas, descompensación de enfermedades crónicas, con el desafío de organizar el servicio utilizando la telesalud y la HC de manera racional.

Palabras clave: servicios de atención domiciliaria, atención primaria de salud, infecciones por coronavirus, Covid-19

Introdução

Devido ao Estado de Emergência em Saúde Pública internacional desencadeado pela pandemia de Covid-19, com 5.934.936 de casos e 367.166 óbitos ao final de maio de 2020, impõe-se um esforço internacional para a mitigação da transmissão e atendimento adequado aos infectado (1). A organização dos sistemas de saúde mundiais visa respostas imediatas e coordenadas dos diversos pontos das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a qual tanto mais responsiva será quanto mais o acesso for universalizado e mais organizada e articulada estiver esta rede. (2,3,4,5)

A medida preconizada pela OMS e adotada pela quase totalidade dos países, baseada nas melhores evidências disponíveis, foi o distanciamento social (6), que modificou radicalmente a forma de organização dos Sistemas de Saúde (4). Houve fechamento de serviços de atendimento a condições crônicas ambulatoriais, modificação das portas de entrada de Unidades Básicas de Saúde e de Pronto Atendimento, e indução da população a permanecer em casa, evitando uso de serviços para condições agudas leves, e para controle de condições crônicas, sem a definição de fluxos alternativos na RAS. (2,3,7)

A Atenção Domiciliar (AD) se apresenta como modalidade de atenção à saúde integrada às RAS, caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados (8); Cuidados domiciliares se apresentam de diferentes formas nas RAS, seja através de serviços próprios e equipes programadas para tal, seja através de atividades prestadas no domicílio como parte do processo de trabalho de outros pontos da rede de atenção, como serviços ligados à Atenção Primária à Saúde (APS), serviços de urgência, de reabilitação ou cuidados paliativos. (9,10)

O atendimento domiciliar configura-se como atribuição da APS, e os critérios que definem a inclusão e frequência deste cuidado baseiam-se em: questões clínicas, geográficas, sociais, culturais, estrutura e grau de acesso dos serviços e aquelas relacionadas à vulnerabilidade individual, familiar e social. (11)

Notadamente em equipes de Saúde da Família (eSF), o papel do cuidado no domicílio é reforçado pela presença do Agente Comunitário de Saúde, que é conhecedor das condições de saúde, familiares e sanitárias que cercam as pessoas sob responsabilidade de cada equipe. (11,12)

Já os serviços de AD no Brasil visam normativamente à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de internação, a humanização, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários (8). Ações curativas, preventivas, promocionais, assistenciais e educativas têm mais chances de serem articuladas no ambiente domiciliar se comparado a outros espaços de assistência à saúde. (13)

Aliada à necessidade de humanizar o cuidado em saúde, promove a AD à condição de interessante opção racionalizadora, ao reduzir custos por meio da substituição ou abreviação da internação hospitalar; e também a novas formas de cuidar que induzem a reorientação do modelo tecno assistencial (14). Portanto, há que se considerar a potência deste cuidar em domicílio também numa situação de calamidade de saúde, onde o sistema pode chegar a situações de colapso, pois estão sujeitos a sobrecarga e superlotação, trabalhando com capacidade máxima e necessitando de leitos para pacientes nesta condição. (5)

Em relação à Covid-19, a AD se apresenta como opção especialmente eficaz para três dos objetivos estratégicos do SUS na resposta à pandemia: A) Para interromper a transmissão de humano para humano, ao manter pessoas em casa; B) Identificar, isolar e cuidar dos pacientes infectados precocemente, inclusive fornecendo atendimento diferenciado; C) disponibilização de leitos hospitalares via desospitalização ágil de pacientes estabilizados, tanto Covid-19 quanto não Covid-19, com continuidade deste cuidado no domicílio. É possível realizar alta responsável, avaliando a condição clínica do paciente e possibilidade de continuidade de cuidado por equipe multidisciplinar. (5)

Outro fator importante além de toda orientação aos familiares, se refere ao uso de máscaras e afastamento social, quando em ambientes públicos, à orientação quanto a cuidados na entrada do domicílio (considerando cuidados para descontaminação de compras e roupas bem como estabelecimento de áreas de deposição de roupas potencialmente contaminadas (15,16,17). APS como AD1 e SAD podem ser um serviços importantes para detectar casos de COVID e contactantes, para identificar a circulação do mesmo utilizando de testes rápidos ou coleta de material para exames. (2,5,18).

Este artigo se divide em duas partes: a primeira trata das possibilidades de cuidados que podem ser ofertados no domicílio a partir das equipes de APS e de AD, com foco na otimização do cuidado em casa e de um melhor apoio à RAS; a segunda se refere aos cuidados que estas equipes devem ser ao realizar tais cuidados e a terceira e propõe um ensaio sobre o formato de AD que poderá ser realizada após o pico de casos no país.

Desenvolvimento

Parte 1. Papel das Equipes no Cuidado Domiciliar em tempos de Covid-19

1.1 Atenção Domiciliar pela Atenção Primária à Saúde a pacientes não-Covid-19 com critério prévio de cuidados domiciliares anteriores - AD1

A manutenção dos cuidados a pessoas que estão impossibilitadas temporariamente ou definitivamente de comparecer às Unidades de Cuidados é função da APS, o que traz para o cerne desta discussão o dilema da impossibilidade do cuidado a questões crônicas na UBS devido ao risco de exposição a Covid-19 ao permanecer em casa (8). Sendo responsáveis pelo cuidado a pessoas com impossibilidade anterior de acesso a UBS, estes pacientes não podem ser negligenciados em prol do atendimento a sintomáticos respiratórios nas UBS, tampouco podem ter seu cuidado interrompido, o que demanda planejamento de abordagem de cuidado a pacientes classificados no rol de atendimentos da AD1. (11,5)

O Ministério da Saúde orienta os ACS a não realizar atividades intradomicílio, limitando a VD ao peri-domicílio, priorizando pacientes de risco (idosos e doenças crônicas), mantendo distanciamento de no mínimo 2 metros e/ou uso de máscara cirúrgica, além de higienização das mãos. (18)

A partir da teoria das quatro curvas de sobrecarga dos sistemas de saúde de Victor Tseng, advoga-se que na APS a segunda e terceira curvas (quadros agudos que não procuram serviços e descompensação de quadros crônicos) se confundem, e que caso a equipe não seja capaz de produzir respostas adequadas para o cuidado a estes pacientes, haverá sobrecarga da própria equipe com o aumento das situações descompensadas e reabilitação que ao longo do tempo representação sobre trabalho. (19)

Desta forma, para abordagem às pessoas que necessitam de AD sugere-se que as equipes elaborem uma lista destes pacientes, com nome, endereço, contato telefônico e cuidador.

O ideal é que a equipe já tenha realizado a avaliação tanto por escalas vulnerabilidade familiar e social quanto por critérios clínicos e definido o plano de cuidado (20,21). A reavaliação de cada caso a parte deve ser feita se possível associando atendimento remoto - teleconsulta - ou ao menos o contato com paciente, familiares e cuidadores, para definição do plano de cuidado (22,23). O respeito quanto a decisão da família de receber VD ou não deve ser fundamental no processo de cuidado, se apresentando como referência sempre que possível e necessário.

Uma possibilidade de avaliação anterior a visitas - "Doppio Triage" - foi estabelecido na região da Toscana, Itália, durante a Pandemia para serviços de AD a pessoas com câncer. A 1ª triagem consiste em identificar pacientes "em risco" para Covid-19, no qual, um dia antes da VD programada, uma enfermeira entra em contato com o paciente por telefone e pergunta se nas últimas 48 horas houve: febre, tosse, dificuldades respiratórias; se houve contato com pessoas positivas para infecção por Covid-19 ou em áreas de risco; e se esteve em áreas de risco para maior difusão do novo coronavírus.

Os pacientes positivos para a 1ª triagem não seriam visitados para fins de avaliação da condição crônica, seguindo protocolos de cuidados específicos, que pode incluir visita domiciliar específica para a Covid-19 (ver item 1.2). Já a 2ª triagem visava racionalizar e agendar o acesso doméstico, e nela o paciente é avaliado com base na presença e gravidade dos sintomas através de escores de gravidade pré-definida, sendo estratificado nas cores Vermelho, Amarelo e Verde para definição de demanda de visita sendo os vermelhos visitados na mesma semana e amarelos e verdes agendados para semanas seguintes. (24)

A definição sobre VD passa também pela capacidade de pacientes e cuidadores para realizarem ações de auto-cuidado, quadro clínico e estabilidade, bem como possibilidade de prestar atendimento remoto com segurança. Caso seja necessária a intervenção, a equipe deve definir a periodicidade com a família, entendendo que se trata de momento de decisão compartilhada e os familiares podem optar por não receberem a equipe. Equilibrar o risco de contaminação e com o risco de descompensação de doenças crônicas é necessário. Assim, a manutenção do cuidado a estas pessoas em domicílio é desejável desde que a equipe conte com EPI adequados e não haja riscos de transmissão de Covid-19 para o paciente.

1.2 Papel dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) para casos de Covid-19 no domicílio (AD1, AD2, AD3)

Pacientes suspeitos de Covid-19 devem ser triados no primeiro ponto de contato com o sistema de saúde, preferencialmente a APS, para indicação terapêutica baseada na urgência e gravidade do quadro, sendo que para aqueles que apresentam doença leve, com baixa probabilidade de deterioração rápida do quadro, o isolamento domiciliar com prestação de cuidados em casa, quando necessário, está indicado também a cargo da APS (25). Em contexto de pandemia, o grande desafio é manter as pessoas seguras em casa, evitar a exposição ao risco e manter o papel de vigilância e cuidado das pessoas que dependem de atenção, sendo fundamental reorganizar o processo de trabalho das equipes para garantir um cuidado domiciliar efetivo.

O Ministério da Saúde orienta que nos casos de VD a pessoas com suspeitas de Covid-19, ACS devem sempre utilizar máscara cirúrgica e EPI apropriado, o que implica em treinamento de uso de EPI adequados. Pacientes com Síndrome Gripal - com ou sem resultado positivo para Covid-19 - e sem sinais de gravidade, devem ficar em isolamento domiciliar por 14 dias, cabendo ao ACS reforçar as orientações aos pacientes em isolamento e aos seus cuidadores, assim como, auxiliar a equipe no monitoramento dos pacientes a cada 48 horas, preferencialmente por telefone ou aplicativo de mensagens, informando à equipe o agravamento do quadro ou mudança nos sintomas. Pessoas consideradas contatos de pacientes com diagnóstico, incluindo os cuidadores, familiares e profissionais da saúde, deverão ser aconselhados a monitorar sua saúde por 14 dias a partir do último dia do possível contato, e procurar atendimento médico imediato se desenvolver quaisquer sintomas, particularmente, febre, tosse ou falta de ar. (2,18)

Não há evidências sólidas que avaliem superioridade da visita domiciliar presencial comparada a telessaúde como melhor estratégia para o cuidado ao paciente com Covid-19, mas há a orientação de se utilizar ambas as ferramentas como estratégias complementares de avaliação. (26)

Portanto sugere-se que seja realizado o contato remoto (teleconsulta) com os seguintes objetivos: fazer as orientações sobre a Covid-19; avaliar a evolução destes pacientes e identificar necessidades e demandas dos mesmos para fluxos ao longo da rede. Estes casos devem ser discutidos em equipe e será realizado um plano terapêutico individualizado para cada paciente. Para pacientes que necessitem de uma avaliação clínica, o atendimento domiciliar presencial, com equipe reduzida, torna-se uma opção. (2,5,27)

Portanto, AD para pacientes com suspeita ou confirmação de Covid-19 é possível, desde que, a equipe que vai acompanhar o paciente esteja treinada e disponha de todos os EPIs necessários para o atendimento, o ambiente domiciliar também precisa ser avaliado quanto sua adequação para o atendimento, pois o isolamento deve ser rigoroso, a equipe é responsável por fornecer orientações e educação continuada para o paciente e a família, deve ser estabelecido um meio efetivo de comunicação entre a família e a equipe que garanta segurança para o paciente e a família, o apoio de retaguarda do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) também é fundamental.

Para os atendimentos em equipe deverá se paramentar com todos EPIs utilizados para casos suspeitos ou confirmados: avental descartável de manga longa; máscara cirúrgica (quando possível e com a realização que produzam aerossóis usar preferencialmente máscara N95); luvas de procedimento (dependendo da situação, há recomendação de dois pares para evitar contaminação na desparamentação); gorro/ touca se cabelos longos; óculos de proteção (individual); protetor facial/ face shield (28). As orientações sobre paramentação são descritas a seguir.

A higienização das mãos deve ser feita sempre antes de colocar e remover os EPIs e os EPIs devem ser colocados antes de entrar na casa e ser removidos ao sair da casa, colocando-os em saco branco leitoso para resíduos infectantes, este deverá ser transportado no carro separadamente dos profissionais, sugere-se que seja transportado no porta malas do carro, ou em outra área destinada a material potencialmente contaminado, e ao chegar na unidade deverá ser desprezado no abrigo de resíduos externo.

A equipe poderá orientar as famílias a deixar um pano úmido com água sanitária para que possam higienizar os calçados ao adentrar e sair do domicílio. Orientações para o isolamento domiciliar estão representadas no quadro 1, com recomendações da OMS para atendimento domiciliar em pacientes com Covid-19 (OMS, 2020). (25)

Quadro 1. Recomendações para o atendimento domiciliar em pacientes com Covid-19 (OMS, 2020)

Isolamento do paciente	Manter o paciente em quarto individual bem ventilado ou em quarto privado mantendo uma distância de pelo menos 1 metro da pessoa doente, este deve ter sua circulação limitada ao máximo nos outros ambientes, os ambientes compartilhados como cozinha e banheiro devem estar sempre bem ventilados, sempre que o paciente sair do quarto, deve estar usando máscara cirúrgica. Não receber visitas no período em que o paciente estiver em isolamento. Alguns itens devem ser separados para uso individual da pessoa doente como: escovas de dente, talheres, pratos, bebidas, toalhas ou roupas de cama. A higienização desses itens deve ser realizada com água e sabão separada de outros utensílios para serem reutilizados.
Definição do cuidador	A escolha do cuidador deve-se limitar a uma pessoa preferencialmente saudável e sem fatores de risco (doenças crônicas, imunocomprometedoras), sendo indesejável a troca de cuidadores mesmo que familiares sem a orientação adequada pela equipe do SAD.
Precauções para o cuidador	Sempre que o cuidador estiver no mesmo espaço ou manipulando o paciente deve usar a máscara cirúrgica bem ajustada ao rosto quando estiver no mesmo espaço e durante a manipulação da pessoa doente. As máscaras não devem ser tocadas ou manuseadas durante o uso. Se a máscara ficar molhada ou suja com secreções, deve ser trocada imediatamente. Devem-se utilizar luvas descartáveis ao realizar cuidados orais ou respiratórios, quando manipular fezes, urina e resíduos. Após o contato e a realização dos cuidados, desprezar a máscara e luvas em lixeira com saco que deve ficar no quarto da pessoa doente, antes do descarte com outros resíduos domésticos. Após o descarte, realizar a higiene das mãos com água e sabonete ou álcool 75%.

Orientações para família

A higiene das mãos com água e sabonete, para secar as mãos utilizar, preferencialmente, toalhas de papel descartáveis. Caso toalhas de papel descartáveis não estejam disponíveis, usar toalhas de pano e trocar quando ficarem molhadas.

Mãos aparentemente sujas demandam limpeza com água e sabão, e mãos não visivelmente sujas podem ser higienizadas com álcool 70%.

As superfícies como mesas de cabeceira, quadros de cama e outros móveis do quarto e o banheiro, deverão ser desinfetados diariamente pelo menos uma vez ao dia com desinfetante doméstico ou solução de água sanitária com a concentração do princípio de cloro ativo de 2 a 2,5%, diluir 25 ml (meio copo de café de 50ml) em um litro de água.

A pessoa que vai realizar a limpeza das roupas ou superfícies com fluidos corporais deverá utilizar máscara, luvas descartáveis e aventais de proteção de plástico, retirando imediatamente após a limpeza, lembrando de retirar o avental antes das luvas.

O distanciamento social deve ser estimulado bem como o uso de máscaras baseados em boas evidências clínicas, portanto, seu uso deve ser estimulado quando as pessoas necessitarem sair de casa, por exemplo, para fazerem as compras. (15,16,17)

Educação em Saúde

Abordar técnica correta da higienização das mãos (todos da casa) sendo realizada antes e após qualquer tipo de contato com o paciente, antes e depois do preparo dos alimentos, antes de comer, depois de usar o banheiro;

Abordar etiqueta respiratória, cobrindo a boca e o nariz durante a tosse e espirros usando máscara cirúrgica, lenços de papel ou cotovelo flexionado, seguido de higiene das mãos.

Fonte: adaptado de WHO (25)

1.3 É possível manter através da AD os cuidados crônicos para pessoas sob nossos cuidados sem critério anterior para Atenção Domiciliar? - AD1

Uma questão adicional refere-se a casos em que o indivíduo sob cuidado não demandava cuidados domiciliares previamente por não preencher critérios de inclusão, mas que se configuram em grupos chamados de risco, demandando permanência em casa como forma de isolamento ou distanciamento social. A prática de cuidados domiciliares por equipes de APS pode se apresentar como uma alternativa viável para fonte de cuidado a pessoas vivendo com problemas de saúde crônicos, tais como as afecções crônicas não transmissíveis mais comuns, bem como para cuidados crônicos a pessoas que não podem se deslocar a UBS. (3,11)

Os ACS têm papel importante dentro da APS para o reconhecimento das famílias de maior vulnerabilidade e sob demanda de cuidados do território, além de indicar necessidade de melhora de condições de higiene, inclusive promoção em compartilhamento de responsabilidade com Secretaria de Assistência para prover materiais de higiene, cestas básicas, ou mesmo para realizar visitas a pacientes crônicos para identificar necessidade de atendimento no domicílio. Porém, é importante a garantia de treinamento quanto ao uso, e disponibilidade de EPI para estes profissionais para que possam fazer o seu trabalho habitual - que é visitar cada família mensalmente- visto que a o contato do ACS com as família torna-se neste momento um risco e exposição para ambos. (2,11,18)

Alguns municípios têm se organizado e inovado o trabalho dos ACS, sugerindo que a vigilância a estas famílias possa ser remota, através da criação de grupo de aplicativos de mensagens (como whatsapp ou telegram) por microáreas.

Cada ACS organizaria o grupo com um representante de cada família de seu território, desta forma ao invés de realizar a visita presencial, o ACS teria um canal de comunicação remoto com cada família, que possibilitaria vigilância e apoio aos pacientes crônicos, identificação precoce de pacientes com sintomas gripais, educação em saúde através de envio de informações, áudios ou vídeos para as pessoas e suas famílias. Uma vez identificada uma situação que necessite de intervenção, os ACS devem discutir a demanda com a equipe para definir o plano de ação (27,29). O município de Campinas desenvolveu orientações para o contato de telessaúde ao paciente, o formato encontra-se disponível no quadro 2. (30)

Quadro 2. Questionário para Vigilância ativa à distância de pacientes crônicos e outros de maior vulnerabilidade

Condição de saúde	Questionamentos
Pacientes com Diabetes Mellitus	Como o senhor/senhora está se sentindo? Precisando de ajuda nos seus cuidados de saúde? Se sim, conta com alguém? Está fazendo uso regular das medicações? Quais? Tem as medicações para quanto tempo? Para insulino-requerentes perguntar: Está verificando a glicemia? Está controlada? Quais os últimos valores? Para todos os diabéticos perguntar: Como está sua alimentação, consumo de açúcar e massas? Tomou a vacina contra influenza? Está em isolamento? Reforçar a importância do isolamento social (por ter doença crônica), da máscara caseira se precisar muito sair de casa e da lavagem de mãos/uso álcool gel. Questionar sobre prevenção para Dengue: caixa d'água, calha, vaso de planta, ralos e objetos que acumulem água.
Pacientes com doenças respiratórias crônicas, câncer ou outras	Como está a pessoa? Alguém está ajudando nos cuidados de saúde dela? Está fazendo uso regular das medicações? Quais? Tem as medicações para quanto tempo? Se paciente com câncer, está conseguindo fazer o acompanhamento, quimio, radio, no serviço especializado? Tomou a vacina contra influenza? Está em isolamento? Reforçar a importância do isolamento social (por ter doença crônica), da máscara caseira se precisar muito sair de casa e da lavagem de mãos/uso álcool gel. Questionar sobre prevenção para Dengue: caixa d'água, calha, vaso de planta, ralos e objetos que acumulem água.

Quadro 2. Questionário para Vigilância ativa à distância de pacientes crônicos e outros de maior vulnerabilidade

Condição de saúde	Questionamentos
Crianças/ Adolescentes entre 4 e 18 anos em acompanhamento por doenças crônicas ou outros agravos	A criança e/ou adolescente está mal neste momento? A criança continua seu acompanhamento por Asma ou outra doença crônica em algum serviço de saúde? Tem as medicação de uso contínuo (bombinhas para asma, etc)? *orientar paciente a sempre andar com medicação em uso e espaçador inclusive se vier ao Centro de Saúde A vacinação está em dia? Deixou de vir em datas de vacinação? Se menor de 6 anos: lembrar vacina contra influenza, a partir 09/05 Criança está em isolamento? Reforçar importância de evitar contato com avós ou familiares acima 60 anos. Importância lavagem mãos/uso álcool gel e uso máscara caseira na rua. Questionar sobre prevenção para Dengue: caixa d'água, calha, vaso de planta, ralos e objetos que acumulem água.
Recém-nascido e crianças até 4 anos (3a 11m 29d) em acompanhamento por doenças crônicas ou outros agravos	Se RN: como está a amamentação? RN suga forte, dorme bem, tem boa diurese e evacuação, está muito irritado ou apático (parado)? Saiu da Maternidade com orientação para acompanhar algum problema, como icterícia ou outro? (pedir para olhar na Caderneta Saúde da Criança) Criança até 4 anos: A criança está doente neste momento? Continua seu acompanhamento por Asma ou outra doença crônica em algum serviço de saúde? Se sim, tem as medicações de uso contínuo? Para todas: A vacinação está em dia? Se entre 6 meses e menor de 6 anos: lembrar vacina contra influenza, a partir 09/05 Se RN: Agendar dia e hora para a avaliação do RN, no prazo de 3 a 10 dias, a fim de realizar controle de peso, BCG e checar amamentação. Questionar sobre prevenção para Dengue: caixa d'água, calha, vaso de planta, ralos e objetos que acumulem água.

Quadro 2. Questionário para Vigilância ativa à distância de pacientes crônicos e outros de maior vulnerabilidade

Condição de saúde	Questionamentos
Mulher e gestante	Se mulher em uso de anticoncepcional injetável: Tem ido regularmente aplicar o medicamento na farmácia ou centro de saúde? Se gestante: Está realizando as consultas de pré-natal? Tem alguma queixa de dor para urinar? Questionar sobre vacinação contra influenza. Se gestante abaixo sétimo mês (30 semanas): 1) Já realizou os exames de sangue e urina de rotina? 2) Já realizou o teste rápido para sífilis e HIV? 3) Já realizou algum ultrassom? 4) Já tomou as três vacinas recomendadas (DTPa/Coqueluche, Gripe, Hepatite)? Se gestante acima do sétimo mês: 1) Já realizou a segunda rotina de exames de sangue e urina? 2) Já realizou o segundo teste rápido para sífilis e HIV? 3) Tem avaliado se o bebê está se movimentando bem? 4) Tem sentido a barriga endurecer (contrações)? Checar como estão os cuidados de higiene dos familiares/cuidador: lavagem de mãos cuidadosa, uso de álcool gel, uso de máscara quando saem de casa, evitar contato de crianças com o idoso, etc. Questionar sobre prevenção para Dengue: caixa d'água, calha, vaso de planta, ralos e objetos que acumulem água.

Quadro 2. Questionário para Vigilância ativa à distância de pacientes crônicos e outros de maior vulnerabilidade

Condição de saúde	Questionamentos
Famílias do Bolsa Família	É gestante? Se possível, este atendimento deve ser registrado no Sistema BFA ou pelo e-SUS AB, a fim de não prejudicar a concessão do Benefício Variável à Gestante e/ou no mapa inteligente da unidade - Priorizar mulher e/ou criança obrigatória (geralmente são mais vulneráveis) Avaliar prontuário --> data do último acompanhamento --> contatar a família e perguntar ao responsável como estão? Está precisando de ajuda nos seus cuidados de saúde? *Gestante deve continuar Pré-Natal e criança a vacinação. Como está o sustento financeiro das necessidades básicas desta pessoa? (alimentação, etc) Caso seja necessário, acionar a assistência social para suporte à família. Checar como estão os cuidados de higiene dos familiares/cuidador: lavagem de mãos cuidadosa, uso de álcool gel, uso de máscara quando saem de casa, evitar contato de crianças com o idoso, etc. Questionar sobre prevenção para Dengue: caixa d'água, calha, vaso de planta, ralos e objetos que acumulem água.

Quadro 2. Questionário para Vigilância ativa à distância de pacientes crônicos e outros de maior vulnerabilidade

Condição de saúde	Questionamentos
Usuários com acometimentos de saúde mental	A depender do grau de autonomia Como o senhor/senhora está se sentindo? Precisando de ajuda nos seus cuidados de saúde? Se sim, conta com alguém? Ou Como está a pessoa? Alguém está ajudando nos cuidados de saúde dela? Está fazendo uso regular das medicações? Quais? Tem as medicações para quanto tempo? E, caso esteja acompanhado por um serviço de referência Como está o acompanhamento no CAPS? Tem tido contato com sua referência no serviço? Solicitar o contato no serviço de referência para discussão do caso se necessário. Como está o sustento financeiro das necessidades básicas desta pessoa? (alimentação, etc) Tomou a vacina contra influenza (caso tenha mais de 55 anos ou tenha doenças crônicas)? Checar como estão os cuidados de higiene dos familiares/cuidador: lavagem de mãos cuidadosa, uso de álcool gel, uso de máscara quando saem de casa, evitar contato de crianças com o idoso, etc. Questionar sobre prevenção para Dengue: caixa d'água, calha, vaso de planta, ralos e objetos que acumulem água.
Fonte: Adaptado de CAMPINAS (30)	

Portanto, para casos de pessoas com doenças crônicas, que não se enquadravam como critérios prévios para AD, telemedicina e visita domiciliar se configuram como formatos adequados e complementares de cuidados, desde que respeitados os cuidados com EPI e prevenção de contaminação UBS - trajeto - domicílio.

Da mesma, forma, para os pacientes que anteriormente não preenchiam critérios para AD e foram hospitalizados, mas que apresentam evolução satisfatória, é possível avaliar a condição de seguimento do cuidado no domicílio, com acompanhamento de equipes específicas de Atenção Domiciliar (SAD/Melhor em Casa), desde que exista garantia de contato telefônico com a equipe, atendimento móvel de urgência e retaguarda para internação em caso de intercorrências e necessidade de hospitalização. A decisão de atendimento domiciliar requer cuidadoso julgamento clínico e todos os critérios habituais de inclusão no SAD devem ser avaliados, somados à evidência de melhora de todos os parâmetros clínicos. (5)

1.4 AD como estratégia de cuidado aos casos crônicos agudizados sem Covid19 aparente - AD1/ AD2/ AD3

A APS apresenta-se em momento privilegiado dependendo da organização do serviço. Há modificação da rotina, o que por um lado pode tornar mais plausível a possibilidade de agendar cuidados para pessoas com agudizações mas por outro a ruptura do funcionamento da rede e muitas vezes a redivisão das tarefas, tendo um dos médicos e um dos enfermeiros de uma equipe em atendimento a sintomáticos respiratórios, enquanto a outra equipe encontra-se em atividades ligadas ao processo de trabalho habitual da APS, pode gerar dificuldades em termo de deslocamento para VD e encaixes na agenda.

É de toda pertinência que pessoas domiciliadas, com doenças crônicas em períodos de exacerbação durante uma pandemia - onde em geral constituem grupos de risco - possam ter seu tratamento conduzido fora das Unidades de Urgência e hospitalares, para mitigar o risco adicional de contágio.

Por outro lado, em alguns municípios brasileiros, durante a pandemia, as secretarias municipais de saúde determinaram que as equipes da APS não realizem visitas domiciliares, para priorizarem a alta demanda direta das UBS. Portanto, para garantir a continuidade do cuidado e atendimento, tanto APS quanto as EMAD precisam avaliar mecanismos de abordar pacientes em condições crônicas e diferentes níveis de agudização, pois estas representam a segunda e terceira onda de sobrecarga que, caso não abordadas oportunamente, gerarão impacto em um futuro próximo ao sistema de saúde.

A combinação de ferramentas de comunicação remota (como teleconsulta, telessaúde, troca de informações direta por aplicativos de mensagem) e participação ativa dos ACS pode ser o primeiro passo para estabelecer os casos nos quais a VD pode ser uma ferramenta resolutive (11,31). Em relação às visitas das EMADs e EMAPs, cuidadoso PTS deve ser elaborado para indicar exatamente qual profissional será necessário em cada momento, uma vez que a orientação geral do Ministério da Saúde é de reduzir as visitas presenciais apenas às imprescindíveis e com procedimentos a serem realizados.

Em nome da maior segurança do paciente é importante mantê-lo ao máximo no ambiente domiciliar, e concomitantemente diminuir as chances de contaminação cruzada, e por isso muito rigor deve ser constante na observação das medidas de precaução e utilização de EPIs.

1.5 É possível realizar Desospitalização precoce e responsável como forma de ampliar a RAS

Uma das maiores colaborações dos serviços de AD para este momento de pandemia e potencial colapso da Rede de atenção à saúde, é seu papel de liberar leitos hospitalares com pessoas já estabilizadas, sendo ou não portadores de Covid-19, para continuidade imediata do tratamento em domicílio. Importante destacar que esta desospitalização também pode acontecer num momento pré hospitalar, quando equipes de AD absorvem pacientes de portas de Urgência que aguardam leitos hospitalares, porém encontram-se em condições clínicas que permitem acompanhamento domiciliar.

Em países europeus um foco adicional destas equipes têm sido os moradores de ILPIs, que ao menor sinal de adoecimento acionam os SADs para evitarem a hospitalização deste público, naturalmente mais frágil e propenso a desenvolver formas graves de Covid-19. (32,33)

Assim, é fundamental que equipes de AD possam promover então essa desospitalização responsável, avaliando-se o domicílio e os cuidadores, para compreender as condições locais, identificando as potencialidades e as vulnerabilidades. Nesta visita, deverá ser feito o contato com a equipe de atenção primária (Estratégia da Saúde da Família), visto que esta integração será fundamental. Após esta análise, se for avaliada como favorável o paciente receberá alta com a transferência de cuidados para família e a equipe de cuidados domiciliar (Melhor em Casa e Estratégia de Saúde da Família) através de uma transição do cuidado ética e responsável (11).

As equipes do SAD devem sempre que possível evitar ambientes das UBS, UPAs e Hospitais, que naturalmente são de maior circulação de pessoas possivelmente infectadas, com maior risco de contágio, privilegiando a discussão de casos para admissão ou alta via virtual. Entretanto, quando necessário, os profissionais do SAD devem usar máscaras cirúrgicas ao circularem nestes ambientes, e os devidos EPIs se precisarem ter contato com pacientes.

Um público significativo que se beneficia sobremaneira da assistência domiciliar é o do usuário que necessita de garantia de continuidade de tratamento como no caso de antibioticoterapia venosa, para agilizar altas hospitalares e/ ou evitar internações mesmo nos casos de pacientes com menor complexidade. (8)

Lançar mão de teleconsultas é um fator importante a ser levado em conta para o controle diário dos pacientes evitando neste momento visitas desnecessárias, ao mesmo tempo em que permite a inclusão de pacientes que demandem avaliação e cuidado de condições agudas, crônicas agudizadas ou em processo de agravamento possam ser adequadamente inseridos na possibilidade de realização do cuidado em casa pelas equipes.

Parte 2. Cuidados nas Visitas Domiciliares e proteção da equipe e das pessoas sob nosso cuidado.

2.1 EPI necessários, paramentação e desparamentação.

Deve-se instituir precauções para todas as pessoas, de forma padronizada. Tais ações também devem ser instituídas no domicílio, elas consistem em medidas de higiene das mãos, etiqueta respiratória, medidas de desinfecção do ambiente e uso de EPI, que dependerá das atividades e procedimentos a serem realizados, como por exemplo, manuseio de lixo, higienização e desinfecção do ambiente, injeção, entre outros. (34)

O coordenador do SAD deve garantir que todos os profissionais sejam capacitados para uso de EPIs e orientações de prevenção da transmissão de agentes infecciosos no domicílio. Recomenda-se que o serviço de saúde treine e pratique com os profissionais o uso apropriado dos EPI antes de cuidar de uma pessoa suspeita ou confirmada de infecção pelo novo coronavírus, incluindo a atenção ao uso correto de EPI e prevenção de contaminação de roupas, pele e ambiente durante o processo de remoção de tais equipamentos. (35)

A higiene das mãos é preconizada antes de algum tipo de procedimento como, por exemplo, a colocação de EPI e antes de tocar um paciente. Deve ser realizada também em seguida ao toque do paciente e o entorno, bem como após exposição a secreções como fezes, urina, saliva, sangue, entre outros. Na presença de sujeira perceptível nas mãos, deve-se preconizar o uso de água e sabão, atentando-se para a limpeza de unhas, pontas dos dedos, cada dedo incluindo o polegar, dorso e palma das mãos, e punhos. Na ausência de sujeira perceptível nas mãos, pode ser usado também água e sabão, porém, o uso de antissépticos à base de álcool deve ser preferido. (34)

A etiqueta respiratória compõe ações como garantir que as pessoas cubram o nariz e boca com lenço ou a região flexora do cotovelo, enquanto tosem ou espirram, o uso de máscara cirúrgica em ambientes públicos ou em contato com outras pessoas, destacando-se pessoas com sintomas respiratórios em salas de espera de serviços em saúde e em isolamento domiciliar; e a higienização das mãos, caso tenham contato com secreções respiratórias comuns ao coçar o nariz ou após espirro e tosse. (34,36)

Para medidas de desinfecção do ambiente, recomenda-se a limpeza com água e detergente e o uso de desinfetantes como o hipoclorito de sódio 0,5%, também conhecido como água sanitária (uma parte de alvejante com 5% de hipoclorito para 9 partes de água) e álcool 70%. A desinfecção com o álcool deve ser frequente e preferida nas áreas menores e muito tocadas como mesa, cama e outros móveis. Para áreas maiores menos utilizadas, como por exemplo, o banheiro, a limpeza deve ser feita pelo menos uma vez ao dia. Essas medidas devem ser priorizadas, principalmente, em domicílios com casos suspeitos ou confirmados de Covid-19 (34,37). Vale a pena frisar a importância do uso de EPI para realização da limpeza e desinfecção conforme Quadro 3.

O uso de EPI é uma das medidas propostas para o controle da disseminação do coronavírus. A escolha dos equipamentos, de acordo com a atividade a ser desempenhada está ligada ao risco de exposição pelo contato e pelo ar (34). A colocação e retirada dos EPI, também chamado de paramentação e desparamentação, são momentos críticos pois previnem a exposição se o equipamento está sendo usado de forma adequada e se é retirado de forma segura. A sequência desses procedimentos em domicílio é trabalhada em detalhes no QUADRO Y. Para os profissionais de saúde, em caso de procedimentos com risco de geração de aerossóis, recomenda-se o uso de máscara N95, PFF2 ou equivalente. São exemplos desses procedimentos no cuidado domiciliar: coleta de secreções nasotraqueais, manejo de vias aéreas como aspiração, intubação e ressuscitação cardiovascular. (38)

BOX 1

Ainda sobre Paramentação e Desparamentação

A ANVISA divulgou um vídeo para auxiliar no treinamento de colocação e retirada do EPI o qual pode ser acesso o endereço eletrônico: (35)

Anvisa: https://youtu.be/G_tU7nvD5BI

A escassez de EPI pode ser existir em diferentes realidades, algumas medidas podem otimizar a disponibilidade como o uso bem indicado, a diminuição da necessidade do uso como a telemedicina, equipe dedicada ao cuidado e, a gestão coordenada dos recursos com modelos preditivos confiáveis, monitoramento das solicitações de EPI e gestão logística. (38)

Quadro 3. Sequência de Paramentação de Desparamentação em domicílio

Paramentação	
Indicação	Necessária nos casos em que o cuidado é direto, como por exemplo, tocar ou em uma distância menor que 2 metros com morador que está tossindo.
Sequência	Tarefas
Preparação	1. Beba um pouco de líquidos antes de colocar o EPI. 2. Prenda o cabelo se necessário. 3. Remova jóias, relógio e outros adereços. 4. Confira se os EPIs disponíveis são do tamanho correto.
Colocando o EPI	1. Higienize as mãos usando antisséptico a base de álcool OU use água e sabão. 2. Coloque o avental e prenda-o ao pescoço e cintura. 3. Coloque a máscara: posicione a tira superior no topo da cabeça e a tira inferior na altura da nuca. 4. Molde a tira de metal com as duas mãos sobre o nariz. 5. No caso de pessoas com cabelos longos, colocar o gorro sobre as tiras, ocluindo todo o volume capilar quando possível. 6. Coloque a proteção para os olhos(óculos ou escudo facial), se houver risco de algum tipo de respingo. 7. Coloque as luvas.

Quadro 3. Sequência de Paramentação de Desparamentação em domicílio

Desparamentação	
Objetivo	Tarefas
Sequência	O EPI deve ser retirado de uma maneira que minimize os risco de auto-contaminação.
Preparação	As luvas, avental e proteção ocular (se foi usada) devem ser retiradas na área do quarto do morador).
Retirando o EPI	1. Retire as luvas, para isso, retire a luva de um lado, pegando a parte externa com a outra mão e remova a luva. 2. Segure a luva retirada com a mão que ainda está de luva. 3. Insira o dedo indicador da mão sem luva por dentro da abertura do punho da mão que está com luva, sem fazer contato com a área externa da luva. 4. Faça remoção da luva restante e descarte ambas as luvas. 5. Higienize as mãos usando antisséptico a base de álcool OU use água e sabão. 6. O Avental para ser retirado deve iniciar pelo pescoço. Por isso, arrebente nos aventais descartáveis ou desamarre as tiras do pescoço e deixe o avental dobrar sobre si inferiormente. 7. Sem encostar na parte externa do avental, arrebente nos aventais descartáveis ou desamarre as tiras da cintura e descarte o avental. 8. Remova a proteção para os olhos (óculos ou escudo facial), se tiver usado devido ao risco de respingo. Importante usar as duas mãos e afastar do rosto rapidamente. (Lembre-se de descartar ou desinfetar em outro momento para um novo uso). 9. Higienize as mãos usando antisséptico a base de álcool OU use água e sabão. 10. Retire a máscara assim que acabar as outras etapas. Arrebente ou desamarre as tiras de baixo primeiro e depois as tiras de cima. Remova do rosto segurando pelas tiras, pois a máscara pode estar contaminada. Em caso de tiras de elástico, basta retirar ambas as tiras da orelha ao mesmo tempo. 11. Descarte a máscara. Importante: não reutilize a máscara depois de retirada.

Fonte: Adaptado e traduzido de Public Health England,2020. (39,40)
EPI = Equipamento de Proteção Individual

Devido a dificuldade de acesso à higienização correta das mãos com água e sabão no domicílio, pode ser usado dois pares de luvas no momento da paramentação, sendo o primeiro par de luvas colocado no início e o segundo par colocado no final da paramentação. No momento de desparamentar, deve-se retirar primeiramente o primeiro par de luvas que ficou por fora, e descartar em saco leitoso, de maneira adequada, depois seguir a desparamentação do avental, máscara, óculos, touca, e por fim retirar o outro par de luva, seguido de higienização das mãos com álcool em gel 70% da maneira adequada.

Os EPIs devem ser colocados antes de entrar na casa e ser removidos ao sair da casa, com descarte dos mesmos em saco apropriado antes de entrar no carro. Este deverá ser transportado no carro separadamente dos profissionais, de preferência no porta-malas do carro e ao chegar na unidade deverá ser desprezado no abrigo de resíduos externo.

Quadro 4. Modelo de Check-List de uso de EPI no Atendimento Domiciliar de Caso Suspeito ou Confirmado de Covid-19

Paramentação		Desparamentação	
	Certifique-se que esteja sem brincos, anéis, relógio e pulseiras, entre outros.	Retirar:	
	Amarre o cabelo		Luvras externas
	Confira se possuiu todos os EPIs e materiais de trabalho disponíveis		Avental*
	Higienizar as mãos		Protetor facial e/ou Óculos
Colocar:			Gorro
	Primeiro par de luvas		Máscara*
	Avental*		Retire o segundo par de luvas
	Máscara Cirúrgica ou N95 (teste para ver se a vedação do ar está correta)		Higienize as mãos
	Gorro		Limpe os materiais utilizados
	Protetor facial e /ou Óculos		Higienize novamente a mão
	Coloque o segundo par de luvas	* Caso não esteja com dois pares de luva após estes momentos deve-se higienizar as mãos.Fonte: os autores"	

Quadro 5. Tipo de EPI necessário por atividade e paciente/profissional em domicílio

Pacientes/Profissionais	Tipo de atividade	Tipo de EPI ou Procedimento
Pessoas com sintomas respiratórios	Qualquer atividade no domicílio	Distanciar-se por pelo menos 1 metro. Usar máscara cirúrgica* se tolerado, exceto quando estiver dormindo.
Cuidador	Visita o quarto do paciente, mas sem prover cuidado ou assistência direta	máscara cirúrgica*
Cuidador	Cuida diretamente, faz a limpeza, ou quando manipula fezes, urina ou lixo de pessoa com COVID-19 em cuidado domiciliar	Luvas Máscara Cirúrgica* Avental (se risco de respingo)
Profissional de saúde	Prestação de cuidado direto ou assistência a pessoa com COVID-19 em casa	Máscara Cirúrgica** Avental Luvas Óculos

Fonte: Adaptado e traduzido de OMS,2020 (38)

*em caso de não haver disponibilidade de máscara cirúrgica descartável, é aconselhável o uso de máscara caseira. **em caso de não haver disponibilidade de máscara cirúrgica descartável, é aconselhável avaliar riscos do contato com a pessoa doente, ausência de alternativas seguras de EPI e notificar gestor/responsável técnico.

EPI = Equipamento de Proteção Individual

Com o intuito de reservar o uso de máscaras cirúrgicas apenas para os profissionais da saúde e para minimizar o aumento de casos pelo coronavírus, o uso de máscaras caseiras pela população passou a ser um fenômeno internacional no enfrentamento do Covid-19. Ela age como uma barreira física impedindo a disseminação de gotículas expelidas do nariz ou da boca (41). A máscara caseira precisa seguir algumas especificações para garantir sua eficácia, segundo o Ministério da Saúde: (15)

- É preciso que a máscara tenha pelo menos duas camadas de pano, dupla face.
- É individual, não pode ser compartilhada com outra pessoa.
- Pode ser feita em tecido de algodão, tricoline, TNT ou outros tecidos.
- Deve ser feita nas medidas corretas cobrindo totalmente a boca e nariz e ser bem ajustada ao rosto, sem deixar espaços nas laterais.
- Deve ser higienizada corretamente após o uso.

2.2 Cuidados para reduzir o risco de contaminação do domicílio.

Para diminuir o risco da equipe ser vetor de contaminação deve-se estar atento às medidas de prevenção de transmissão na sede do SAD e também nas visitas aos domicílios. Recomenda-se que a equipe realize o telemonitoramento dos casos que são acompanhados pela equipe, a fim de, além do acompanhamento clínico habitual, também investigar a possibilidade de sintomas respiratórios no paciente e/ou nos demais moradores e frequentadores do domicílio, como o cuidador. (42)

Caso sejam identificados casos suspeitos ou confirmados intra domicílio se faz necessária a paramentação correta de todos integrantes da equipe antes de entrar na casa, sendo indicado apenas a visita dos profissionais extremamente essenciais para aquele cuidado.

A equipe do SAD deve garantir a presença de kits de EPIs completos para paramentação nos seus veículos de visita domiciliar, com possibilidade de acesso a estes equipamentos sempre que for identificada a necessidade do uso durante o atendimento. (5, 28)

Durante a visita das equipes de Atenção Domiciliar, as famílias devem receber as seguintes orientações para evitar transmissão e contaminação por Covid-19 (Quadro 6): estejam no domicílio apenas as pessoas que realmente necessitam cuidar do paciente; todos os moradores e cuidadores deverão usar máscara caseira; deixar pano umedecido com água sanitária na porta da casa para higienização da sola do sapato ao entrar no domicílio; abrir janelas e portas o máximo possível para melhorar o fluxo de ar e a ventilação dos ambientes; limpar e desinfetar as superfícies de uso comum na casa, como aquelas que estão próximas do paciente (por exemplo, grades da cama, cadeiras, mesas de cabeceira e de refeição) e superfícies frequentemente tocadas no ambiente (por exemplo: maçanetas, vaso sanitários, acionadores de descarga, pias, torneiras, etc).

BOX 2

Sobre o cafezinho e o bolo

Uma das questões não técnicas que podem ser fonte de contaminação, notadamente pelas questões culturais e afetivas brasileiras, referem-se a agrados culinários de pacientes e cuidadores durante as visitas. Em tempos de Covid-19, o uso de máscaras, óculos e outros EPI podem ser uma forma educada de se esquivar, tendo em vista que é desaconselhável o uso de utensílios domésticos no ambiente domiciliar, desde copos e xícaras, a talheres e pratos.

O coordenador do SAD também deve orientar os profissionais da equipe em relação aos cuidados básicos com sua segurança pessoal, da equipe e com o veículo de transporte para as visitas domiciliares, conforme Quadros 6 a 8. (15)

Quadro 6. Orientações às famílias e pacientes acompanhados pela equipe do SAD:

Durante a visita da equipe é indicado que estejam no domicílio apenas as pessoas que realmente necessitam cuidar do paciente.

Todos os moradores e cuidadores deverão usar máscara caseira.

Deixar pano umedecido com água sanitária na porta da casa para higienização da sola do sapato ao entrar no domicílio.

Abrir janelas e portas o máximo possível para melhorar o fluxo de ar e a ventilação dos ambientes.

Limpar e desinfetar as superfícies de uso comum na casa, como aquelas que estão próximas do paciente (por exemplo, grades da cama, cadeiras, mesas de cabeceira e de refeição) e superfícies frequentemente tocadas no ambiente (por exemplo: maçanetas, vaso sanitários, acionadores de descarga, pias, torneiras, etc).

Fonte: Adaptado e traduzido de OMS, 2020 (37,38).

Quadro 7. Orientações aos profissionais da equipe:

Levar a paramentação necessária para uso nas visitas

Levar o sabonete líquido, álcool em gel e papel descartável em recipientes individuais para uso nos domicílios, já que muito locais podem não conter estes recursos essenciais para higienização das mãos.

Evitar tocar em maçanetas, grades de cama, mesas e cadeiras.

Atentar para a paramentação e desparamentação de forma correta, em caso de dúvidas pedir treinamento ao coordenador.

Quando a equipe estiver na sede administrativa manter o distanciamento de 1 metro entre os colegas e usar máscara.

A limpeza das áreas comuns da sede deverá ocorrer frequentemente, incluindo higienização dos prontos-ajúdos, se possível.

Fonte: Adaptado e traduzido de OMS, 2020 (37,38).

Quadro 8. Cuidados essenciais para com o veículo/carro:

Em um carro popular de 5 lugares, andar no máximo 4 pessoas incluindo o motorista a fim de conseguir o distanciamento mínimo necessário entre os profissionais.

Manter os vidros abertos para circulação do ar.

Não usar os EPIs infectados na visita dentro do carro.

Desinfetar o carro frequentemente com álcool ou água sanitária diluída.

Sempre lavar a mão ou usar álcool em gel ao entrar e sair do veículo, inclusive o motorista.

Definir dentro do carro uma área dita “contaminada” para armazenar quaisquer materiais que estiveram em contato com superfícies, tanto na UBS quanto no domicílio do paciente (maleta, jaleco, carimbo, caixa de insumos, etc.) - geralmente porta-malas, caçamba, assoalho, dependendo do tipo de veículo.

Definir dentro do carro uma área dita “limpa” que deve ser a área onde os profissionais de saúde se sentarão, após desparamentação e lavagem das mãos.

Fonte: os autores

Parte 3. Período pós Covid-19: um exercício de prospecção de futuro para a AD

Essa pandemia tem imposto uma profunda reestruturação mundial dos modelos societários vigentes, modificando valores sociais, relações econômicas e organizações de trabalho em geral, dentre tantas mais. No que tange à saúde coletiva, especialmente quanto ao nosso foco – a atenção domiciliar – certamente novas maneiras de atuação e organização serão necessárias, herança deste período de rigorosa seleção de pacientes para visitas e incorporação de novas tecnologias de cuidado à distância. Consequências comportamentais claras são esperadas para os profissionais de saúde, com cuidados redobrados em termos de uso de EPI e de cuidados com a paramentação e desparamentação.

Com a mudança normativa que a Covid-19 trouxe ao Brasil para telessaúde, (23,31) e a larga experiência positiva gerada durante a pandemia em teleatendimento, telemonitoramento, teleconferências, teleconsultorias - certamente esta poderosa ferramenta será preservada, com os devidos critérios e protocolos. Vem para angariar segurança ao acompanhamento do paciente domiciliado crônico e complexo, bem como auxiliar na diferenciação os casos que realmente são próprios para cuidados pelas equipes de SAD ou da APS. No SAD a necessidade de visita presencial para casos de perfil mais complexo e que necessitem procedimentos não é substituída por telemonitoramento em todos os atendimentos, deixando clara a finalidade destes serviços pela necessidade clínica de pelo menos uma visita semanal.

Em relação ao perfil de atendimento pós-Covid especialmente àqueles pacientes convalescentes das formas graves da doença, provavelmente a AD poderá contribuir especialmente na reabilitação psicológica, nutricional, motora e pulmonar. Habitualmente, longos períodos de internação em Unidades de Terapia intensiva resultam em prolongados períodos de recuperação decorrentes do hipermetabolismo, hipercatabolismo, sarcopenia, imobilização prolongada e grande stress psicológico. Mais que nunca serão demandados novos arranjos de equipes e Serviços, tanto dos SADs quanto da APS, e a capacidade criativa frente ao novo momento continuará sendo testada no sistema de saúde.

Discussão e conclusões

A Atenção Domiciliar se apresenta como uma estratégia da RAS para reduzir o deslocamento de pacientes a serviços, promovendo sua permanência em casa e potencialmente reduzindo a exposição ao risco de Covid-19.

Na APS, esse movimento deve ser feito de forma racional, de acordo com a disponibilidade de tempo e meios para o deslocamento e, se possível, respeitando estratégias de priorização que possam ser realizadas através das informações dos agentes comunitários de saúde, de estratégias de comunicação ou de telessaúde.

Já em termos de Serviços de AD, as EMAD podem ser organizadas para a otimização de leitos hospitalares e de CTI, recebendo indivíduos curados de Covid-19, mas ainda sob necessidades de cuidados ou procedimentos, bem como pacientes com doenças agudas, ou crônicas agudizadas, que possam ser cuidadas em domicílio em substituição a internação hospitalar ou permanência em leitos de urgência.

AD é especialmente importante como solução para a abordagem de pacientes das chamadas segunda onda de sobrecarga dos sistemas de saúde - acesso para condições agudas relevantes - e terceira onda - de descompensação de doenças crônicas. Tais desafios aparecem de forma simultânea na Atenção Primária, trazendo o desafio da organização do serviço lançando mão de telessaúde e cuidados domiciliares de forma racional.

Além disso, é fundamental entender o papel da APS frente ao aumento do sofrimento por perdas de autonomia, de vidas e financeiras, a chamada quarta onda da saúde mental, e o cuidado a pessoas que apresentarem problemas de saúde mais graves decorrentes das ondas, como cuidados paliativos, reabilitação e perda de autonomia (lidando com mudanças de hábitos e com medos da população em relação ao convívio social) sendo de extrema importância cuidarmos de forma sistêmica de todos os vulneráveis, essencialmente com busca ativa daqueles que não buscarem mais atendimentos presenciais nas Unidades.

Referências

- [1] World Health Organization (WHO) Coronavirus disease (COVID-19) Online. Disponível <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200531-covid-19-sitrep-132.pdf> Acesso 09 jun 2020.
- [2] Ministério da Saúde [BR]. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Protocolo de manejo clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Brasília: MS, 2020. [Recurso Eletrônico] Disponível: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/05/20200504-ProtocoloManejo-ver09.pdf> Acesso 20 mai 2020.
- [3] Ministério da Saúde [BR]. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Nota Técnica – Atenção a Pessoas com Doenças Crônicas na APS Diante da Situação de Pandemia de Covid-19 (Coronavírus). Acesso 20 mai 2020. Acesso 16 mai 2020.
- [4] WHO. 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV): Strategic Preparedness and Response Plan. Geneve: World Health Organization 2020. 25 p. Online. Disponível <https://www.who.int/publications/i/item/covid-19-strategy-update-13-april-2020>. Acesso 16 jun 2020.
- [5] Ministério da Saúde [BR]. Nota Técnica Nº 9, sobre Recomendações da Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar em relação à atuação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) – Programa Melhor em Casa na pandemia do Coronavírus (COVID-19) disponível em <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/20/doc-nota-tecnica-covid19---1-.pdf>
- [6] Nussbaumer-Streit B, Mayr V, Dobrescu AI, Chapman A, Persad E, Klerings I, Wagner G, Siebert U, Christof C, Zachariah C, Gartlehner G. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 4. Art. No.: CD013574. DOI: 10.1002/14651858.CD013574.
- [7] Basu S. Non-communicable disease management in vulnerable patients during Covid-19. Indian J Med Ethics. 2020 Apr-Jun; 5(2) NS:103-5, DOI:10.20529/IJME.2020.041.
- [8] Ministério da Saúde [BR]. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União 78, de 26 abr. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. p.33-8.
- [9] Ministério da Saúde [BR] 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).

Referências

- [10] Dias et al, A Política Nacional de Atenção Domiciliar no Brasil: potencialidades, desafios, e a valorização necessária da Atenção Primária a Saúde. *Journal of Management and Primary Health Care*. 2015; 6(1):1-7. [Editorial]. Disponível em <http://www.jmphc.com.br/index.php/jmphc/article/view/239>
- [11] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência – Brasília : Ministério da Saúde, 2020. 98 p. : il.
- [12] SAVASSI, LCM. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária a Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Med Fam Comunid* v. 11, n. 38, p. 1-12, ago. 2016. ISSN 2179-7994. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1259>. Acesso em: 21 ago. 2016.
- [13] Kerber NPC, Kirchhof ALC, Cezar-Vaz MR. Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. *Cad Saude Publica* 2008; 24(3):485-493.
- [14] Ministério da Saúde [BR]. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar Volume 1. Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 2 v., vol. 1, 102 p.
- [15] Ministério da Saúde [BR] Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação-Geral de Garantia dos Atributos da Atenção Primária NOTA INFORMATIVA Nº 3/2020-CGGAP/DESF/SAPS/MS
- [16] Chu DK, Akl EA, Duda S, Solo K, Yaacoub S, Schünemann HJ, on behalf of the COVID-19 Systematic Urgent Review. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *NEJM* June 1, 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31142-9)
- [17] Lyu W, Wehby GL. Community Use Of Face Masks And COVID-19: Evidence From A Natural Experiment Of State Mandates In The US. *Health Affairs*. June 16, 2020. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.00818>
- [18] Ministério da Saúde [BR]. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Recomendações para adequação das ações dos Agentes Comunitários de Saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao Covid-19. Brasília- DF Março de 2020. 10 p. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/07/20200403-recomendacoes-ACS-COVID19-ver002-final-b.pdf>

Referências

- [19] Savassi LCM et al. Ensaio acerca das curvas de sobrecarga da Covid-19 sobre a Atenção Primária. JMPHC (2020) no prelo. [Savassi et al. JMPHC no prelo]
- [20] Pinheiro, J. V., Ribeiro, M. T. A. M., Fiuza, T. M., & Montenegro Junior, R. M. (2019). Ferramenta para avaliação e gestão da visita domiciliar na atenção primária à saúde: um relato de experiência. Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade, 14(41), 1818. [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1818](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1818)
- [21] Savassi LCM, Lage JL; Coelho FLG. Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. JMPHC - ISSN 2179 - 6750. v. 3, n. 2, pp. 179-85 (2012). ISSN 2179 -6750. Disponível em <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/155>
- [22] Greenhalgh T. Covid-19: a remote assessment in primary care BMJ 2020;368 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1182>
- [23] Ministério da Saúde [BR] Portaria MS 467, de 20 DE MARÇO DE 2020 Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. Brasília: DOU, 23/03/2020 | Edição: 56-B | Seção: 1 - Extra | Página: 1 Disponível <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>
- [24] Porzio, Giampiero; Peris, Flaminia; Ravoni, Giulio; Colpani, Emilia; Cecchi, Martina; Parretti, Giulia; Cortellini, Alessio. Cure domiciliari oncologiche nel corso dell'epidemia da CoViD-19. Recenti Prog Med ; 111(4): 257-258, 2020 Apr. [Protocolo Italia]
- [25] WHO. Home care for patients with suspected novel coronavirus (COVID-19) infection presenting with mild symptoms, and management of their contacts - Interim guidance 04 February 2020. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1272420/retrieve>
- [26] SBMFC. Guia de Recomendações da SBMFC para a APS durante a Pandemia de COVID-19. Rio de Janeiro: SBMFC, 2020. Online. Disponível https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2020/06/Recomendac%CC%A7o%CC%83es-da-SBMFC-para-a-APS-durante-a-Pandemia_3versa%CC%83o-de-COVID-19.pdf Acesso 24/6/2020
- [27] BELO HORIZONTE. Nota Técnica COVID-19 nº 011/2020. Recomendações para adequação das atividades do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) em situação de surtos/epidemias de Síndrome Gripal e infecção pelo SARS-CoV-2. Belo Horizonte, CIEVS/GVIGE/DPSV/GEAPS/GEURE/GERRC/GEASF/DIAS/GCINT/DMAC/SMSA/PBH, 24 de março de 2020.

Referências

[28] CDC Use Personal Protective Equipment (PPE) When Caring for Patients with Confirmed or Suspected COVID-19 . Atlanta-USA: CDC, 2020. Online . Available at https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/A_FS_HCP_COVID19_PPE.pdf acess 24 jun 2020.

[29] FLORIANÓPOLIS. Guia para profissionais de saúde da Atenção Primária COVID-19 Practical Approach to Care Kit (PACK). Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde. Versão 2: 11/05/2020. Online. Disponível em: <http://bit.ly/covid19floripa>

[30] CAMPINAS. Orientações para a Rede Pública de Atenção à Saúde de Campinas no enfrentamento à pandemia de infecção humana pelo novo coronavírus (SARS-COV-2) - COVID-19. Campinas: SMS, 2020. Disponível em: <https://covid-19.campinas.sp.gov.br/sites/covid-19.campinas.sp.gov.br/files/recomendacoes-tecnicas/Conte%C3%BAdo%2020%20-%20EPI%20no%20contexto%20da%20COVID-19%20de%20acordo%20com%20o%20tipo%20de%20ambiente%20profissionais%20alvo%20e%20tipo%20de%20atividade.%20Edi%C3%A7%C3%A3o%202%20-%202013%20de%20maio%20de%202020.pdf>

[31] Conselho Federal de Medicina. OFÍCIO CFM Nº 1756/2020 – COJUR. Brasília, 19 de março de 2020. Online Disponível http://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf. Acesso em 25/06/2020.

[32] Shepperd S, Iliffe S, Doll HA, et al. Admission avoidance hospital at home. Cochrane Database Syst Rev 2016; 9: CD007491

[33] Varney J, Weiland TJ, Jelinek G. Efficacy of hospital in the home services providing care for patients admitted from emergency departments: an integrative review. Int J Evid Based Healthc 2014; 12: 128–141.

[34] OMS. Infection prevention and control during health care when COVID-19 is suspected [Internet]. Geneva: Organização Mundial de Saúde; 2020. Available from: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1272420/retrieve>

[35] ANVISA. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA No 05/2020. Orientações para a prevenção e o controle de infecções pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2) em instituições de longa permanência para idosos (ILPI). Online. Disponível: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-n-05-2020> Acesso 25 jun 2020.

[36] OMS. Advice on the use of masks in the context of COVID-19: interim guidance-2 [Internet]. Geneva: Organização Mundial de Saúde; 2020. Available from: <https://www.who.int/docs/default-WHO> . Water , sanitation , hygiene and waste management for the COVID-19 virus. World Health Organisation. Geneva: World Health Organization; 2020. 1–9 p

Referências

- [37] OMS. Water , sanitation , hygiene and waste management for the COVID-19 virus. World Health Organisation. Geneva: Organização Mundial de Saúde; 2020. 1–9 p.
- [38] OMS. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19) and considerations during severe shortages [Internet]. Who. Geneva: Organização Mundial de Saúde; 2020. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331695>
- [39] Public Health England. Putting on personal protective equipment (PPE) for non -aerosol generating procedures. 2020;2020047. Available from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/878677/PHE_11606_Putting_on_PPE_062_revised_8_April.pdf
- [40] Public Health England. Taking off personal protective equipment (PPE). 2020; (24 March):19. Available from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/882070/Taking_off_PPE_home_carer.pdf
- [41] T. Greenhalgh, M.B. Schmid, T. Czypionka, D. Bassler, L. Gruer. Face masks for the public during the covid-19 crisis. BMJ, 369 (2020), p. m1435. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1435>
- [42] Ministério da Saúde [BR]. Ficha de telemonitoramento de pacientes do SAD Melhor em Casa no cenário da pandemia por COVID-19. Brasília: Coordenação Geral de Atenção Domiciliar, 2020. Online. Disponível <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/20/Ficha-de-telemonitoramento-de-pacientes-do-SAD-II.pdf> Acesso 24 jun 2020.