



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Flaminia Leize da Silva Leazi

Plano de intervenção para a construção de um modelo  
de atendimento domiciliar para o enfrentamento à  
COVID-19 em Teresópolis – RJ

Florianópolis, Março de 2023



Flaminia Leize da Silva Leazi

Plano de intervenção para a construção de um modelo de  
atendimento domiciliar para o enfrentamento à COVID-19 em  
Teresópolis – RJ

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Maiara Suelen Mazera  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023



Flaminia Leize da Silva Leazi

Plano de intervenção para a construção de um modelo de  
atendimento domiciliar para o enfrentamento à COVID-19 em  
Teresópolis – RJ

Essa monografia foi julgada adequada para  
obtenção do título de “Especialista na aten-  
ção básica”, e aprovada em sua forma final  
pelo Departamento de Saúde Pública da Uni-  
versidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Fátima Buchele Assis**  
Coordenadora do Curso

---

**Maiara Suelen Mazera**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023



# Resumo

**Introdução:** Em dezembro de 2019 foi notificado à Organização Mundial da Saúde a ocorrência de casos de pneumonia viral de origem desconhecida em Wuhan na China, rapidamente descobriu-se se tratar de uma nova doença, COVID-19. Esta doença gerou um cenário de caos no sistema de saúde de alguns países, acarretando também inúmeros problemas sociais e econômicos. Em Teresópolis, Rio de Janeiro, assim como em outros municípios, o sistema de saúde precisou criar rapidamente medidas para o enfrentamento da pandemia e o Serviço de Atendimento Domiciliar do município também precisou de adaptar e reinventar sua atuação durante a pandemia. **Objetivo:** Adequar o Serviço de Atendimento Domiciliar para o atendimento domiciliar a pacientes, contactantes e casos suspeitos com a COVID-19 em Teresópolis, Rio de Janeiro. **Metodologia:** O presente trabalho baseou-se em sua execução e elaboração simultânea, não podendo se separar estas partes, é uma estratégia de intervenção com inúmeras retomadas de planejamento, uma vez que a realidade imposta pela pandemia se modificava a todo momento. A metodologia pode ser encaixada em pesquisa-ação estratégica adaptada em tempos de pandemia com a construção de ferramentas para coleta de dados sobre os casos de COVID-19, elaboração do fluxo de atendimento dos casos suspeitos e confirmados de COVID-19, assim como a adequada realização dos testes diagnósticos. Tendo como base das estratégias utilizadas: documentos e publicações do Ministério da Saúde do Brasil, assim como outros trabalhos selecionados. **Resultados Esperados:** Espera-se com esse projeto, estar preparado para o enfrentamento à COVID-19 no município, no que tange ao Serviço de Atendimento Domiciliar, com um sistema adequado de coleta de dados de pacientes, contactantes e suspeitos, de recursos disponíveis, de fluxo determinado e claros requisitos de testagem e encaminhamentos. Que o Serviço de Atendimento Domiciliar seja capaz de orientar, atender, intervir e tratar adequadamente as demandas que surgirem, bem como seus registros.

**Palavras-chave:** Assistência Domiciliar, Pandemias, Serviços de Assistência Domiciliar, Tratamento Domiciliar, Vírus





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	9
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	13
2.1	Objetivo geral . . . . .	13
2.2	Objetivos específicos . . . . .	13
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	15
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	37
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	39
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	41



# 1 Introdução

A proposta de um modelo de atendimento domiciliar para o enfrentamento à pandemia de COVID-19 no ano de 2020 em Teresópolis ancora-se no trabalho já realizado no município através do SAD. Sendo assim, faz-se necessário apresentar a cidade e o SAD, para em seguida tratar do objeto desse projeto.

Teresópolis é um município localizado na região serrana do estado do Rio de Janeiro (RJ) e possuía cerca de 182.000 habitantes em 2019 (IBGE, 2020). Teresópolis está próxima à capital e atrai turistas por seu clima frio, belezas naturais e características de cidade do interior. Muitos moradores trabalham na cidade do Rio de Janeiro e fazem esse traslado diariamente. Além disso, muitos moradores da capital têm na cidade serrana casas de veraneio, o que trouxe muitos cariocas para o município no início da pandemia de COVID-19 no ano de 2020. A cidade ainda é responsável por uma parte considerável do abastecimento de verduras e hortaliças da região metropolitana do Rio, o que faz a ligação entre o CEASA do Rio de Janeiro, caminhoneiros responsáveis pelo transporte, produtores rurais e demais envolvidos nesse processo. A produção de produtos naturais ocorre no interior do município, guardando antigos costumes de cidade interiorana, contribuindo para formação de aglomerações em tempos de pandemia. Essas características contribuíram para aumentar o número de casos positivos no município, iniciando de maneira rápida e progressivamente principalmente no interior (SOUZA, 2015).

O Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) foi implantado em Teresópolis em meados de julho de 2019 e foi baseado no “Programa Melhor Em Casa” do Ministério da Saúde. O SAD é um projeto pioneiro no município com o intuito de prestar assistência médica e de outros profissionais da saúde na residência do paciente e com garantia de continuidade dos cuidados à saúde deste. A parcela da população atendida consiste em pacientes com dificuldade de locomoção importante, acamados e sem cobertura de unidades de saúde do município. Durante a sua implantação os primeiros atendimentos eram a idosos acamados que recebiam apoio de oxigenoterapia com material cedido pela Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis.

O serviço iniciou com uma equipe composta por uma médica e uma enfermeira. A médica prestava atendimento clínico domiciliar aos pacientes e a enfermeira fazia avaliação e atendimento de enfermagem nas residências atendidas. O programa teve vários formatos, ganhando novas configurações à medida em que novas necessidades surgiam. A implantação do SAD trouxe para a equipe que já atuava o grande desafio de participar da estruturação de um novo projeto, sem precedentes no município, e em processo de desenvolvimento, com a criação de fluxo, resignificando o fazer dos profissionais e construindo novos processos de trabalho para o alcance de resultados melhores e mais amplos.

Apesar dos desafios e entraves, o SAD vinha cumprindo sua proposta de garantir

mais humanização no atendimento da população. E contempla ainda as bases da atenção básica, proporcionando a manutenção do vínculo entre equipe de saúde e paciente, a longitudinalidade do acompanhamento, a corresponsabilidade do cuidado ao paciente acamado entre profissionais, familiares e/ou cuidadores e também estimulando o paciente a desenvolver sua autonomia e autocuidado, dentro de suas limitações e respeitando o seu momento, isto é, respeitando em que estado o paciente se encontra, o estágio da doença, as suas condições de vida atuais.

Em setembro de 2019, a equipe do SAD já era composta por duas médicas com carga horária de 40h e 20h semanais respectivamente, uma enfermeira com carga horária de 40h semanais e um auxiliar administrativo com 40h semanais e realizavam atendimentos e acompanhamentos acerca de 50 pacientes. Esta equipe se manteve até o fim de fevereiro de 2020, quando foi reduzida em uma médica, uma enfermeira e o auxiliar administrativo de 40h semanais cada profissional.

Com a implantação do SAD inúmeras demandas reprimidas no município foram surgindo, fazendo com que o trabalho estivesse em constante reorganização. A população não coberta pelos postos de saúde, principalmente, começou a procurar o serviço com demandas diversas, como atendimento médico a paciente acamados e com dificuldade importante de locomoção, o acompanhamento de feridas complexas e curativos em domicílio, bem como também o atendimento a paciente com necessidade de oxigenoterapia suplementar.

Dessa maneira, a partir da vivência e reflexões com as situações que emergiram com a pandemia por COVID-19, assim como também amparadas pelos documentos oficiais que tratam da questão, percebeu-se a urgente necessidade de definir novos fluxos de atendimento e definição das ferramentas a serem utilizadas para o desenvolvimento desses processos.

Diante desse novo cenário imposto pela pandemia da COVID-19 decidiu-se por interromper momentaneamente as visitas domiciliares aos idosos e demais pacientes acompanhados pelo SAD, pois o risco de contaminação da equipe se apresentava como uma possibilidade real, e, por contiguidade, a contaminação também dos pacientes atendidos pela equipe que compõem grupos de risco. Com isso, o trabalho inicialmente designado ao SAD foi pausado, sendo delineado um novo fazer para essa equipe de profissionais.

No início de março de 2020, com as primeiras suspeitas de infecção por SARS-CoV-2, iniciou-se então uma cooperação entre o SAD e a DVE (Divisão de Vigilância Epidemiológica) do município, devido também à sobrecarga da capacidade laborativa da DVE. O SAD começou a executar visitas domiciliares para notificação e identificação de casos suspeitos e prováveis de COVID-19, visando promover e garantir o isolamento domiciliar de pessoas suspeitas e/ou contaminadas pelo novo coronavírus. A equipe passou a acompanhar e monitorar estas pessoas em suas residências, seja através de visitas domiciliares ou teleacompanhamento. Naquele momento, pouco se sabia sobre essa nova infecção viral e o enfoque era a garantia do isolamento domiciliar deste paciente.

---

Em 11 de março do mesmo ano a situação vivenciada foi classificada como pandemia pela Organização Mundial de Saúde e em 13 de março de 2020 iniciaram oficialmente as medidas adotadas no município de Teresópolis para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional, a pandemia por COVID-19, mediante publicação extra no Diário Oficial Eletrônico do Município de Teresópolis. O primeiro caso confirmado no município data de abril de 2020 e rapidamente foram tomadas medidas pela prefeitura municipal de Teresópolis-RJ.

O momento inicial da pandemia de COVID-19 foi um desafio entre receber informações e aplicar esse novo conhecimento. O novo cenário trazia muitas dúvidas sobre qual a execução técnica correta e qual o protocolo interno que seria adotado para garantir a boa execução do trabalho, além de exigir dos trabalhadores envolvidos um meio próprio de lidar com os próprios medos, a ansiedade da equipe e a angústia dos pacientes.

O SAD precisou se adequar rapidamente e continuou se reajustando continuamente devido às constantes mudanças de recomendações e cenários. Ainda em fevereiro de 2020 a autora tinha muitas dúvidas e questionamentos sobre como acompanhar os casos com o passar dos dias, como garantir que estava-se cumprindo o isolamento, onde anotar os dados, quais dados eram necessários, quais eram imprescindíveis, quais as condutas corretas, quais as datas e prazos para início e fim dos isolamentos.

Havia dúvidas sobre como executar as visitas domiciliares minimizando a possibilidade de contaminação da equipe, como manter o acompanhamentos dos idosos acamados cadastrados no SAD, como descobrir os contactantes dos casos suspeitos e quais atitudes tomar, quais as orientações ideais, qual a melhor forma de cuidado, quando encaminhar o paciente à emergência, como tratar, quais medicamentos possíveis, quais são proscritos, e muitas outras, o que levou a este protejo, que se desenvolve a partir do momento em que os instrumentos de atendimento são criados, e se mantém durante toda a evolução da situação.

Além disso, o aumento rápido do número de casos, trouxe a sobrecarga de trabalho da equipe inicial do SAD e a incapacidade de atender a demanda. Neste momento a equipe foi expandida para 3 médicos e 3 enfermeiros. A nova composição da equipe, juntamente com a experiência inicial, a criação de novos protocolos e a determinação e coragem dos componentes do SAD, permitiu que o trabalho fluísse entre as necessidades. Alguns entraves e questionamentos levavam a ajustes e readaptações, agora com a presença de toda a equipe. O SAD e as ferramentas utilizadas nos atendimentos foram ajustadas à medida que as demandas continuaram a surgir e moldou-se, a cada momento, para atender os casos de COVID-19 designados.

Com a pandemia percebeu-se a magnitude do poder que essa condição de saúde pode afetar as múltiplas dimensões e áreas da vida humana, passando desde as sociais e culturais, até questões relacionadas a economia, política, e principalmente a saúde individual e coletiva. E como consequência desse novo, desse desconhecido, surgem vários sentimentos

como medo, angústia e ansiedade que interferem ainda mais na qualidade de vida das pessoas.

O “sabido” é pouco e para agirmos mais rapidamente, sabemos que precisamos aprender com outras pessoas e por intermédio de outras pessoas, mesmo que estejam do outro lado do mundo. Se as contingências modelam as pessoas, como nos ensina Bandura, Azzi e Polydoro (2006), então as experiências dos países que foram atingidos antes por esta situação podem nos servir, apontando algumas possibilidades de atuação. Precisamos aprender rapidamente e compartilhar cada aprendizado, não só com os profissionais e autoridades, mas com a população. Nesse momento mais do que nunca, o mundo está conectado com um mesmo objetivo.

Diante do inimigo invisível e do “não sabido” o que se descobre vai sendo compartilhado à medida que se aprende. Assim, além de buscar as orientações de autoridades brasileiras e estrangeiras para esse momento, recorreremos inicialmente aos ensinamentos da Teoria da Aprendizagem Social para estabelecer o presente, trabalho juntamente com a Pesquisa-ação[5]. A questão que se impõe exige a reestruturação do SAD para responder à necessidade urgente que bate à porta, qual seja, a de se preparar para enfrentar uma situação que tem provocado caos em sistemas de saúde de outros países, com o mínimo necessário para evitar que a situação de calamidade nos pegue desprevenidos (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2006); (TRIPP, 2005).

Nesse momento em que o mundo todo procura tomar providências para resolver a situação de caos frente às demandas impostas e os não atingidos buscam se preparar para evitar uma situação de calamidade, o município de Teresópolis se pôs em movimento a busca por protocolos e disponibilidades de atendimento, cabendo ao SAD também propor um modelo de atendimento desde a casa do paciente.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo geral

Adequar o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) para o atendimento domiciliar a pacientes, contactantes e casos suspeitos com a COVID-19 em Teresópolis, Rio de Janeiro.

### 2.2 Objetivos específicos

- Padronizar a coleta de informações sobre as pessoas suspeitas e confirmadas com a COVID-19 acompanhadas pelo SAD;
- Construir fluxo de atendimentos do SAD às demandas de casos suspeitos ou confirmados da COVID-19;
- Definir critérios de testagem para todos os contactantes de casos suspeitos e/ou confirmados da COVID-19;
- Utilizar práticas de teleacompanhamento para casos suspeitos e confirmados de COVID-19 acompanhados pelo SAD, assim como de sua rede de contactantes;
- Colaborar para a redução da disseminação da COVID-19 em Teresópolis.





### 3 Revisão da Literatura

O SAD (Serviço de Atenção Domiciliar) de Teresópolis-RJ foi criado a partir do programa federal Melhor em Casa. Já é sabido que atendimento primário de qualidade e prevenção sai mais barato do que lidar com complexidades e para isto foi criado na década de 1990 o PSF (Programa Saúde da Família) e o programa de agentes comunitários de saúde que vem evoluindo através de outros programas, projetos e ações, com o objetivo de atender o paciente em sua casa e em sua comunidade. O SAD se localiza entre o PSF e o hospital, um serviço pré-hospitalar, que abrange a patologia aguda antes da internação e que foge ao PSF pela necessidade de acompanhamento constante que o SAD precisa oferecer.

#### **Atendimento domiciliar e o programa Melhor em Casa**

A realidade do cuidado em saúde atual, é influenciada pelas mudanças culturais e sociais da população, assim como a demografia e epidemiologia do Brasil, com isso há a necessidade de remodelação da assistência à saúde dos usuários. O aumento nos gastos públicos com saúde é uma realidade que se instalou no último século. Há a necessidade de criação de novas medidas estimulando a contenção de gastos que ameaçam a sustentabilidade do sistema de saúde atual, mas que garantam o cuidado satisfatório ao usuário. Nesse contexto, o atendimento domiciliar, realidade ao longo dos anos e hoje artigo de luxo, aparece como uma das modalidades importantes e possíveis, com baixo custo de execução, na reorganização da saúde (BRASIL., 2014).

De acordo com a Portaria nº 963, de maio de 2013 do Ministério da Saúde [Ministério da Saúde, BRASIL \(2013\)](#):

I - Atenção Domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (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;

II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP);

III - cuidador: pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar.

A Atenção Domiciliar é uma prática em saúde que pode tanto deslocar o cuidado prestado em outro ponto da RAS para o domicílio, como meio de complementar os cuidados

iniciados em outro sítio da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e que visa outras formas de cuidar. Este trabalho deve ser mobilizado de forma que a equipe de saúde compreenda que o cuidado não deve ser dispensado apenas ao paciente, mas ao coletivo familiar em que ele se insere e ao cuidador. O plano terapêutico deve ser construído em conjunto, singularizado, levando em conta as necessidades e os recursos ofertados pelas famílias, por isso, é imprescindível a construção de novas, e adaptáveis, ferramentas assistenciais a cada atendimento domiciliar (SAÚDE, 2020d).

Os cuidadores são dotados de conhecimentos sobre seu cotidiano e a equipe sobre tecnologias de cuidados em saúde, a troca de conhecimentos e a cooperação é essencial para a manutenção do cuidado necessário com o acamado. É imperativo que haja diálogo e apoio aos cuidadores, ele renuncia a parte importante de sua vida em prol do cuidado com o outro, e é o responsável pela continuação da terapêutica ou não. Essa dinâmica é essencial não só para discussão das práticas de cuidado realizadas, mas como fonte de absorção de conhecimentos e novas tecnologias de cuidado produzidas por esse personagem (HOSPITALAR, 2020).

A realidade do crescente número de pessoas que dependem de cuidado levou à criação do programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde. De acordo o site do Ministério da Saúde:

O Melhor em Casa é um serviço indicado para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço da casa para chegar até uma unidade de saúde, ou ainda para pessoas que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento. A atenção domiciliar visa a proporcionar ao paciente um cuidado mais próximo da rotina da família, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções, além de estar no aconchego do lar (SAÚDE, 2020c).

Nos casos em que o paciente precisa ser visitado semanalmente ou mais, ele poderá ser acompanhado por equipes específicas de Atenção Domiciliar, como as que fazem parte do Programa Melhor em Casa.

O cuidado domiciliar é classificado em AD1, AD2 e AD3, e é baseado quanto a complexidade de assistência, a periodicidade das visitas e ao tipo de cuidado que necessita ser executado, incluindo a necessidade do uso de tecnologias necessárias. AD1 é atribuição das equipes de atenção básica e inclui usuários com estabilidade clínica e que necessitam de menor frequência de visitas, além de cuidados menos especializados, pois pressupõe-se o correto cuidado por parte dos cuidadores. AD2 é oferecida a pacientes com maior grau de complexidade e necessidade de acompanhamento com maior frequência, na intenção de encurtar ou impedir uma hospitalização, como na agudização de doenças basais ou doenças infecciosas com possibilidade de tratamento em domicílio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2016).

A AD3 é realizada em pacientes que apresentam ainda maior complexidade do que os que caracterizam AD2, são aqueles que necessitam de intervenção como necessidade de

equipamentos, nutrição parenteral, transfusão sanguínea, cuidados paliativos, cuidados com traqueostomia, entre outros. AD2 e AD3 são responsabilidade do SAD (Serviço de Atenção Domiciliar) e é composta por pacientes enquadrados nos critérios de elegibilidade da AD que apresentam estabilidade clínica, porém necessitam de cuidados mais complexos, podendo ser realizados em domicílio por uma equipe capaz de realizar o cuidado continuado de situações comuns nos serviços de urgência e emergência. O SAD deve ser reconhecido como complementação da atenção básica e alternativa à internação hospitalar (FERREIRA et al., 2020), (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2016).

Entre os requisitos básicos de funcionamento do SAD (Serviço de Atenção Domiciliar) estão a garantia de cuidados ao usuário 12 horas diárias, independente de feriados ou recessos, o encaminhamento para especialistas e a realização de métodos complementares de diagnóstico assim como a garantia de transporte e remoção do usuário, dentro da capacidade do município, tanto para situações eletivas, quanto de urgência e emergência. As equipes se organizam em duas categorias, EMAD (Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar) e EPAD (Equipe Multiprofissional de Apoio), depende do nível de complexidade no cuidado. A equipe principal (EMAD), pode ser EMAD Tipo 1 ou EMAD Tipo 2 e as equipes de apoio, EPAD que podem ser acionadas, dependendo da complexidade do cuidado avaliado, a partir da indicação clínica da EMAD (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2017).

A Atenção Domiciliar (AD) contempla uma gama de trabalhadores envolvidos em sua execução: cuidadores, fisioterapeutas, médicos, assistentes sociais, psicólogos, entre outros. As equipes que compõe o SAD são EMAD Tipo 1, EMAD Tipo 2 e EMAP, sendo as EMAD 1 e 2 compostas por profissionais médico, enfermeiro, fisioterapeuta ou assistente social e profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, diferenciando entre si pela carga horária mínima de jornada de trabalho entre as categorias. A EPAD deve ser composta por, no mínimo, três profissionais de níveis superior cuja soma das cargas horárias dos componentes sejam de, pelo menos, 90 horas semanais, listados na PRT MS/GM 825/2016, Art. 18 determina que nenhum profissional pode ter menos de 20 horas semanais de trabalho (BRASIL., 2014); (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2016).

O SAD deve se articular com as equipes de atenção básica, APS (Atenção Primária de Saúde), através do estabelecimento do fluxo de referência e contrarreferência. A modalidade do serviço de Atenção Domiciliar adequada deve partir dos critérios de elegibilidade para atenção em domicílio e correta avaliação dos cuidados necessários, a intensidade do cuidado define modalidade de AD enquadrada. A mudança da modalidade de AD caracteriza, em algumas situações, a alta do SAD e impõe que a Atenção Primária de Saúde (APS) volte a prestar atendimento e acompanhamento ao paciente agora estabilizado, que demanda uma menor quantidade de atendimentos, para tanto, o fluxo de referência e contrarreferência deve ser bem estabelecido (BRASIL., 2014); (MINISTÉRIO DA SAÚDE,

BRASIL, 2017).

O Serviço de Atenção Domiciliar faz parte da Rede de Atenção às Urgências e sua atuação deve se localizar entre os cuidados da Atenção Básica e a Instituição Hospitalar. O SAD é responsável por situação de maior complexidade em sua atuação e deve incluir cuidados intensivos de atendimento em domicílio, garantindo uma espécie de atendimento “pré-hospitalar” ou ainda “internação domiciliar”, em que há a demanda de cuidados constantes, sem a necessidade de uma equipe de saúde atuando de forma integral, 24 horas por dia, e com menor necessidade de tecnologias em saúde. As equipes do SAD por sua maior capacidade de interação das redes atendam a todos os pacientes que necessitem de restrição ao domicílio. O objetivo principal do SAD é evitar hospitalizações desnecessárias e favorecer a desospitalização precoce (FERREIRA et al., 2020).

Durante a Emergência em Saúde Pública (ESPIN) por casos de Dengue, Chikungunya e Zica, a atuação dos SAD no território brasileiro se estendeu ao atendimento domiciliar de usuários infectados que apresentavam quadro clínico com maior limitação física. Os profissionais dos SAD nacionais eram capacitados para orientação aos usuários, identificação de casos suspeitos, na entrega de cuidados domiciliares quando indicados e manejo de casos, assim como avaliação da necessidade de acompanhamento diário do paciente. Os quadros com necessidade de hospitalização eram identificados pela equipe e encaminhados às instituições e na desospitalização o cuidado era mantido até o correto momento de alta do SAD, em observação pelos profissionais de saúde. A atuação do SAD abrange inúmeras esferas dentro das Redes de Atenção à Saúde e deve-se garantir o fluxo adequado entre Unidade Básicas de Saúde e à Rede de Atenção às Urgências como um todo visando garantir o adequado cuidado à população (SAÚDE, 2016).

O Serviço de Atenção Domiciliar de Teresópolis-RJ é também baseado no programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde e tem como objetivos a redução da demanda hospitalar, a brevidade da hospitalização e a minimização de intercorrências clínicas devido permanência no ambiente nosocomial, acolhimento e humanização no cuidado ao paciente acamado, o estímulo à autonomia do paciente e seus cuidadores, assim como a otimização dos recursos financeiros empregados nas Redes de Atenção à Saúde (SOUZA, 2015).

A particularidade do SAD/Teresópolis é o foco em atendimento a idosos acamados ou domiciliados, pacientes em uso de oxigenoterapia domiciliar não-invasiva, e em processos de agudizações de doenças crônicas. O Brasil passa pelo processo do envelhecimento populacional, que é o aumento da idade média da população de um país e é resultado do aumento da expectativa de vida.

Esse envelhecimento populacional que vem acontecendo desde a Revolução Industrial, devido a melhoria nas condições de vida da população através de melhor nutrição, melhores condições habitacionais, saneamento, entre outros. A modernização e os avanços científicos na medicina, trouxeram a possibilidade de prevenir e curar diversas doenças através de tratamentos, medicações e imunização em massa da população. A disponibili-

---

dade de novas tecnologias somadas às medidas de políticas públicas em saúde implantadas no Brasil, gerou um impacto médico-tecnológico na epidemiologia e demografia do país que passou a adoecer menos (em decorrência das vacinas), morrer menos e viver mais (BARROSO, 2008).

Diante da perspectiva do crescente número de idosos, é necessário que se desenvolvam políticas para que os idosos passem pelo processo fisiológico de envelhecimento, senescência, e se mantenham na comunidade com autonomia, qualidade de vida e bem estar. A senescência engloba a perda gradual das reservas do organismo, há um declínio progressivo e natural da capacidade funcional e cognitiva do idoso, e aumento de suas limitações, entretanto esse processo não é uma enfermidade e nem deve ser tratada como tal. O processo patológico do envelhecimento é chamado senilidade e torna alguns idosos dependentes e gera necessidade de restrição ao lar ou ao leito por estes (CIOSAK et al., 2011).

Na velhice, aumenta ainda a incidência de doenças crônico-degenerativas como osteoporose, síndromes demenciais, diabetes e hipertensão arterial, por exemplo, e essas patologias podem levar a quadros com maior morbimortalidade. As doenças crônicas são muitas vezes, a causa de incapacidade no idoso, em detrimento de suas complicações, que se torna limitado fisicamente, dependente de cuidados e de atenção especializada, seja por parte da família (que dispensará cuidados adicionais como ajuda nos cuidados de higiene, ajuda na alimentação, administração de medicamentos e as mudanças de decúbito no leito) ou no atendimento de saúde à esse paciente (ALVES et al., 2007); (BRASIL., 2006).

O imobilismo prolongado pode trazer muitos prejuízos ao paciente restrito ao leito, pois há uma série de complicações deletérias causadas pela restrição ao leito. Esses pacientes podem desenvolver uma deterioração tão intensa que leva a incapacidade de movimento no leito e na realização de simples atividade de vida diária. O envelhecimento é o principal fator considerado responsável pela incapacidade de mobilização, mas existem outros como doenças crônico-degenerativas e suas complicações, neoplasias, acidentes automobilísticos, outras causas externas como violência e grandes intervenções cirúrgicas (que necessitam de imobilização) por exemplo (ALENCAR; ANDRADE, 2019).

A reabilitação de uma pessoa que se vê com limitações físicas agudamente deve iniciar no momento do início do agravo, esta compreende capacitar o doente e a família no processo para readquirir ou manter a capacidade de realizar atividades cotidianas. A intervenção das equipes de saúde no cuidado de pacientes acamados inclui essencialmente atuação multiprofissional. A adequada interação entre equipe, família e paciente pode favorecer sua recuperação e minimizar complicações (ALENCAR; ANDRADE, 2019); (HILZENDEGER et al., 2014).

Quando um indivíduo perde a capacidade de locomoção, há implicações sérias, físicas e psicológicas. Os pacientes acamados ou domiciliados são bastante vulneráveis a ma-

nifestação de agravos de saúde como depressão, doenças cardiovasculares, pulmonares, osteoarticulares, complicações urinárias e até da pele, como consequência do imobilismo. O imobilismo, por essas complicações, pode levar a internações repetidas e ao desgaste do acamado e da família (ALENCAR; ANDRADE, 2019).

O adequado acompanhamento de profissionais de saúde e o desenvolvimento de meios inovadores de cuidados podem levar a diminuição destes agravos. Entretanto, o transporte do acamado para a realização de medidas terapêuticas é desgastante e estressante, podendo levar inclusive a maiores agravos dessa situação, como sofrimento físico e mental. Essa dificuldade ao acesso aos profissionais de saúde é, muitas vezes, negligenciada pelos gestores de saúde, principalmente por este paciente estar restrito ao domicílio e escondido da rede de atenção à saúde (BASS, 2020).

A pessoa acamada deve ser olhada e vista com dignidade e respeito, a família precisa de adequar para tal e a rede de saúde deve acolher e se responsabilizar por esse paciente. É necessário que haja suporte emocional e orientação que todos mantenham a saúde física e mental, pois a dependência, por si só, pode ser fator de insegurança para o acamado e estresse para o cuidador. O desenvolvimento de políticas públicas que atendam o público com incapacidade de locomoção ao serviço de saúde precisa de maior atenção e criação de tecnologias que atendam à necessidade desses pacientes. (PEREIRA, 2014)

### COVID-19

Em dezembro de 2019, em Wuhan na China, foram notados casos de infecção pulmonar de causa desconhecida, causa de síndrome respiratória aguda com evolução rápida para insuficiência respiratória, com a possibilidade de desfecho fatal. Em 31 de dezembro, a Organização Mundial de Saúde (OMS) foi notificada sobre esses casos de pneumonia viral de causa desconhecida. Nos dias seguintes descobriu que se tratava de um vírus da família *Coronaviridae*, o novo coronavírus, nomeado SARS-CoV-2. Em 11 de janeiro de 2020, foi relatada a primeira morte pela COVID-19 e em 30 de janeiro a OMS declarou a Covid-19 como *Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional* (ESPII). A rápida disseminação do vírus levou Tedros Adhanom, diretor-geral da OMS, a declarar a Covid-19 como uma pandemia, em 11 de março de 2020 (ORGANIZATION, 2020a).

Os coronavírus (CoV) são formados por uma fita de RNA simples ligadas a proteínas e revestidos por um envelope fosfolipídico. Eles causam uma variedade de doenças no homem e nos animais e apenas sete podem infectar humanos. Destes, quatro causam doenças com sintomatologia leve e três são responsáveis por doenças graves, como a COVID-19, doença causada pelo SARS-CoV-2, causa da pandemia que é vivenciada em 2020. E outras doenças graves, SARS (síndrome respiratória aguda grave) e MERS (síndrome respiratória do Oriente Médio) (GRUBER, 2020).

A COVID-19 afeta a população de diferentes maneiras, podendo variar de casos assintomáticos, leves, a casos graves e fatais. A grande maioria dos infectados não precisará ser hospitalizada e a letalidade da doença varia de acordo com faixa etária e comorbidades

---

associadas. As condições clínicas consideradas de risco são pessoas com 60 anos ou mais, doença cardiovascular crônica, doenças pulmonares crônicas descompensadas, doença renal crônica, imunodeprimidos, diabéticos, gestantes. De acordo com um artigo publicado na Nature, além desses, há outros fatores que contribuem para desfechos fatais: sexo masculino, demências, obesidade, câncer hematológico recente, raça negra, entre outras (WILLIAMSON et al., 2020).

O SARS-CoV-2 é transmitido entre seres humanos através de contato direto, indireto ou próximo a pessoas infectadas, tanto por inoculação do SARS-CoV-2 via secreções infectadas como gotículas de saliva, da conjuntiva e secreções respiratórias quando o indivíduo infectado tosse, espirra ou fala perto de alguém, quanto por outros meios. O vírus entra contato com boca, olhos e nariz de uma pessoa e causa a contaminação. A transmissão através de contato indireto ocorre quando uma pessoa susceptível entra em contato com superfícies contaminadas pelo novo coronavírus e transporta vírus, podendo levar a infecção. A potencial transmissão pode ocorrer a partir de indivíduos sintomáticos, mas também de portadores assintomáticos ou pré-sintomáticos (SAÚDE, 2020).

Outra forma de transmissão inter-humana é através da inspiração de pequenas gotículas que ficam suspensas no ar por tempo prolongado, os aerossóis, em geral produzidas de forma mecânica e artificial. A transmissão de forma indireta se dá através de contato de um indivíduo saudável com um fômite, previamente contaminado por SARS-CoV-2, carregando o vírus para portas de entrada (boca, nariz, olhos) através das mãos. A permanência de vírus viável nas superfícies contaminadas varia de acordo com as condições ambientais e material. O resumo científico “Transmissão do SARS-CoV-2: implicações para as precauções de prevenção de infecção” de 09 de julho fala sobre a presença de fragmentos de RNA viral no leite materno, mas ainda não foi confirmado se haveria a possibilidade de contaminação através desse meio (SAÚDE, 2020).

O tempo que uma pessoa contaminada pode portar o vírus ainda é incerto, mas as evidências sugerem a presença de SARS-CoV-2 viável até três dias antes do início dos sintomas. A detecção de RNA viral através do RT-PCR é provável de 2 a 3 semanas, ou até mais, dependendo da gravidade da doença e da carga viral do indivíduo. Entretanto, a presença de RNA viral nas mucosas respiratórias não impõe transmissibilidade e capacidade de infectar outra pessoa, pois há grande possibilidade de serem vírus inviáveis. Há a necessidade constante de atualização de informações para que haja cada vez mais clareza sobre o risco de transmissão inter-humana (SAÚDE, 2020); (ORGANIZATION, 2020b).

A infecção por SARS-CoV-2 se dá através da interação vírus e células epiteliais das vias respiratórias e enterócitos. Espículas virais (proteína S) do vírus, ancoradas no envelope viral, se ligam aos ECA-2 (receptores da enzima conversora de angiotensina 2) e permitem sua internalização nas células, onde se inicia a replicação viral. Esses receptores são expressos principalmente nas células pulmonares, células do intestino, coração, rins

em células do cérebro. Os genes de ECA-2 são expressos em maior quantidade em alguns grupos de risco para COVID-19, como portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes e isso explica a maior gravidade da doença nesses indivíduos (OBA et al., 2020).

O período de incubação de uma doença compreende o tempo entre a infecção e o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas. Conhecer esse período é essencial na determinação de vários fatores como o manejo e determinação das medidas de isolamento social, de sintomáticos e pré-sintomáticos, além de determinar o melhor momento de realizar testes diagnósticos em pessoas assintomáticas. Recentemente Qin et al. (2020) publicou um estudo estimando que o período médio de incubação seria cerca de 7,76 dias, em cerca de 5-10% dos casos poderia ser de 14 dias ou mais, diferente do considerado atualmente, 5 a 6 dias, podendo chegar a 14 dias (QIN et al., 2020); (CIÊNCIA TECNOLOGIA, 2020).

A detecção precoce dos casos suspeitos e prováveis de COVID-19 é essencial para o correto manejo da situação, através de cuidados e ações visando romper a cadeia de transmissão. Como a infecção ocorre de pessoa para pessoa através do contato com secreções contaminadas com SARS-CoV-2, as medidas de isolamento são, hoje, a melhor forma de evitar a disseminação do vírus. Ainda não há uma forma de prevenção ou vacina e não há também medicações eficazes contra o SARS-CoV-2, de forma que prevenir ainda é a melhor solução (CIÊNCIA TECNOLOGIA, 2020); (SAÚDE, 2020).

Casos suspeitos devem ser reconhecidos e isolados precocemente, assim como seus contactantes. Um caso suspeito é aquele em que se inicia sintomas gripais de forma aguda com sintomas como febre ou sensação febril, tosse, odinofagia, coriza, dispneia. Qualquer síndrome gripal caracteriza um quadro suspeito. Estas pessoas devem ser isoladas por, no mínimo, 14 dias, ou a critério médico. Casos prováveis de COVID-19 são contactantes de casos confirmados e que são assintomáticos ou pré-sintomáticos. Os casos prováveis são de pessoas que tiveram contato com caso confirmado de COVID-19, dois dias antes do primeiro sintoma do caso confirmado até 14 dias depois dessa data e não apresentam sintomas. Estes também devem ser isolados (CIÊNCIA TECNOLOGIA, 2020).

O diagnóstico da infecção por SARS-CoV-2 pode ser confirmado laboratorialmente ou por critérios clínico-epidemiológico. O teste laboratorial padrão ouro é de biologia molecular através de RT-PCR colhidas por *swab* de naso e orofaringe que detecta a presença do vírus e deve ser realizado em momento oportuno da infecção, entre 1-7 dias de infecção. O diagnóstico através de teste imunológico que detecta a presença de anticorpos (IgA, IgG e/ou IgM) contra SARS-CoV-2 através de teste rápido ou exame sorológico tradicional deve ser realizado após 7 dias de infecção, sendo idealmente realizado após 14[39]-16[40] dias de infecção, buscando evitar a realização de testes dentro período de janela imunológica. O diagnóstico clínico-epidemiológico é aquele com contato próximo ou domiciliar de caso confirmado de COVID-19, com até 14 dias antes do início do desenvolvimento de sintomas de síndrome gripal ou síndrome respiratória aguda grave. Entretanto, o resultado dos testes laboratoriais isoladamente não exclui o diagnóstico de COVID-19, assim



como os demais critérios (CIÊNCIA TECNOLOGIA, 2020); (PAULO, 2020); (YING et al., 2020).

Após o diagnóstico (de suspeição ou confirmado) de COVID-19 as primeiras medidas a serem tomadas é a garantia do isolamento domiciliar desse paciente, o fornecimento de atestado médico de 14 dias a contar do primeiro dia de sintoma e a orientação sobre os cuidados domésticos a serem realizados. Todos aqueles que moram com o paciente devem também se manter isoladas por 14 dias, tempo estimado para a possível manifestação da virose causada por SARS-CoV-2 e estes devem receber atestado médico, se for necessário. É importante ressaltar a importância dessa medida, pois esse isolamento visa reduzir a transmissão vertical do vírus. Apesar de não suficiente para impedir uma possível infecção é importante enquanto não há uma vacina efetiva no combate ao coronavírus e possibilita medidas na preparação dos serviços de saúde para receber os pacientes que necessitem de assistência hospitalar (CIÊNCIA TECNOLOGIA, 2020, p. ); (HO; MIETHKE-MORAIS, 2020).

A apresentação clínica mais comum de COVID-19, contemplo sintomas respiratórios e febre (ou até mesmo sensação febril), podendo ainda apresentar coriza, anosmia, ageusia, mialgia, diarreia, náusea, vômitos, cansaço, fadiga, aperto no peito e outros, podendo haver associação de sintomas ou apenas um ou dois. Em crianças, na ausência de algum outro diagnóstico, considera-se como caso suspeito também a presença de congestão nasal. Em idosos outros critérios devem ser sinais de alarme como síncope, confusão mental, sonolência, prostração, inapetência e irritabilidade. Algumas pessoas apresentam dispneia intensa e evoluem para SRAG (síndrome respiratória aguda grave) (ISER et al., 2020).

A doença causada por SARS-CoV-2 será de apresentação leve ou assintomática em até 80% dos casos, 15% dos pacientes evoluirão com doença moderada a grave, 5% terão uma apresentação crítica, necessitando de tratamento intensivo. A taxa de letalidade varia de 1-6%, entre aqueles que necessitam de ventilação mecânica os desfechos fatais podem chegar a 61%. A gravidade da doença está relacionada a idade avançada e outros fatores de risco. De acordo com Siddiqi e Mehra (2020), alguns pacientes evoluem para uma apresentação pior da doença e chegam a apresentar insuficiência respiratória, choque séptico e disfunção de múltiplos órgãos, levando a desfechos fatais em até 50% dos casos (SIDDIQI; MEHRA, 2020); (ROMANO; CHEBABO; LEVI, 2020).

Siddiqi e Mehra (2020) sugerem que a COVID-19 é dividida em duas fases, uma de replicação viral e outra de resposta inflamatória, classificadas em três estágios, de gravidade crescente, estágio I (estágio inicial) marcado pela replicação viral e com sintomas leves, estágio IIA e IIB (estágio moderado) marcado pelo envolvimento pulmonar, com ou sem hipóxia e pneumonia viral, o estágio III será atingido pelo minoria dos pacientes e é o mais grave, marcado por uma intensa síndrome hiper inflamatória sistêmica, com prognóstico sombrio e evolução rápida. Pode haver complicações em vários sistemas como respiratório e cardiovascular, além de complicações tromboticas, injúria renal aguda, com-

plicações neurológicas e hepáticas agudas. Sinais de gravidade da COVID-19 consistem em dispneia, sinais de insuficiência respiratória, SpO<sub>2</sub> <95% em ar ambiente, hipotensão, alteração do estado mental, persistência ou aumento da febre por mais de 3 dias ou retorno após 48 horas de período afebril, entre outros (CIÊNCIA TECNOLOGIA, 2020); (SIDDIQI; MEHRA, 2020).

O documento “Diretrizes Para Diagnóstico e Tratamento da COVID-19” *Ciência Tecnologia* (2020), de maio de 2020, descreve as principais recomendações sobre a pandemia de 2020. Cada caso suspeito de COVID-19 será triado de acordo com exames laboratoriais e de imagem que podem ser solicitados conforme recomendação médica na avaliação do paciente. Dentre os exames solicitados podem estar gasometria arterial, coagulograma, marcados inflamatórios, LDH, PCR, D-dímero, tomografia computadorizada de tórax e outros. Estes exames em conjunto com a clínica do paciente fornecem informações suficientes para classificar a gravidade da doença no indivíduo. Os casos são classificados entre leves, moderados e graves e o tratamento é feito de acordo com cada quadro clínico apresentado (CIÊNCIA TECNOLOGIA, 2020); (SAÚDE, 2020d).

Segundo o Ministério da Saúde, em maio de 2020, o tratamento sintomático sugerido dos pacientes com síndrome gripal inclui antitérmicos, analgésicos, antieméticos, e outras medicações conforme necessidade. O manejo clínico deve iniciar com a avaliação clínica do médico e as primeiras medicações devem ser prescritas de acordo com o julgamento do examinador. Nos pacientes com quadros leves a moderados que podem ser tratados no domicílio, medicações como anticolinérgicos no tratamento da dispneia, tosse e sibilos também são opções terapêuticas possíveis. Em junho de 2020, um novo documento foi publicado, levando em consideração a falta de medicações específicas eficazes no tratamento da COVID-19 e também a ampla experiência no uso de Cloroquina e Hidroxicloroquina, assim como a prerrogativa do médico de prescrever qualquer medicação que julgar necessária ao tratamento de seu paciente, tal documento sugeria a utilização de um dos antimaláricos acima citados associado a um macrolídeo (Azitromicina) no tratamento precoce da infecção, porém sem nenhuma evidência clínica robusta da efetividade de tal associação medicamentosa (SAÚDE, 2020d).

As “Orientações Do Ministério Da Saúde Para Manuseio Medicamentoso Precoce De Pacientes Com Diagnóstico Da COVID-19” subdividem a doença em três fases, fases 1, 2 e 3, e sugerem um tratamento diferente para cada fase, com a inclusão da associação Hidroxicloroquina ou Cloroquina associada a Azitromicina. Entre os sinais e sintomas leves estão ageusia, anosmia, coriza, diarreia, tosse, cefaleia, mialgia e outros. Sinais de gravidade incluem falta de ar, cianose central, taquipneia, sinais e sintomas de hipotensão arterial, alteração do estado mental, persistência da febre ou retorno da mesma após 48 horas afebril. Sinais de alarme impõe nova avaliação médica e deve-se considerar uma possível internação hospitalar inicialmente para medidas de suporte do paciente, mas também para melhor avaliação diagnóstica considerando afastar outras causas para a

---

piora do quadro clínico, assim como a inclusão de medicações utilizadas em ambiente hospitalar no manejo clínico do paciente (SAÚDE, 2020d).

O indivíduo ao ser internado numa unidade nosocomial passará por avaliação para definir a melhor conduta, internação ambulatorial ou em leito de UTI levando em consideração critérios pré-definidos. Um dos principais critérios na internação é a hipóxia, definida pela saturação de oxigênio menor que 95%, sensação de dispneia e acometimento pulmonar em exame de imagem. Critérios de internação em Unidade de Terapia Intensiva incluem o escore *qSOFA*, que infere uma possível sepse, e sinais de insuficiência respiratória aguda que necessite de oxigenoterapia suplementar invasiva. A decisão pela intubação orotraqueal do paciente leva em consideração cada caso isoladamente assim como a tomada de medidas mais invasivas no tratamento dos pacientes, porém essas situações ocorrem numa porcentagem proporcionalmente pequena dos casos de COVID-19. Todos os pacientes internados receberão tratamento de suporte adequado e serão monitorados continuamente (SAÚDE, 2020e).

A COVID-19 é uma patologia sobre a qual os conhecimentos atuais são insuficientes e novas informações são divulgadas a todo o momento. Algumas das complicações severas já observadas na COVID-19 incluem a Síndrome Inflamatória Multissistêmica observada em crianças e adolescentes e que apresenta elevada letalidade. Entre outras complicações estão acidentes vasculares isquêmicos e tromboembolismo pulmonar, assim como miocardite, pericardite e outras complicações tromboembólicas. (BRASIL, 2020) Os tratamentos hoje disponíveis para a doença causada pelo SARS-CoV-2 são provenientes de publicações científicas com número amostral reduzido e com baixo nível de evidência, assim como não dotados de qualidade adequada que possibilite uma indicação clínica robusta no tratamento da COVID-19, por este motivo, as medidas atuais de contenção da doença e de tratamento visam a diminuição de danos com a utilização do isolamento social e de medicações sintomáticas (SAÚDE, 2020e).

É importante ressaltar que em tempos de guerra, durante uma pandemia de dimensões ainda incalculáveis, diante da catástrofe mundial em saúde, política, social e até econômica prevista, qualquer arma deveria ser utilizada visando diminuir os danos que virão desse momento atual, medicações, tecnologias, conhecimento técnico e prático, vacinas, engenharia, etc. Entretanto, é preciso discernir o modo correto de agir. Os preceitos do Código de Ética Médica esbarram com as situações enfrentadas por qualquer equipe médica na realidade hoje vivenciada, pois isso é absolutamente importante que o profissional médico tenha formação técnica, humanística e ética se baseando no compromisso ético com a população. O quão ético seria utilizar medicações com efeitos ainda desconhecidos numa doença nova e com grande chance de agravamento e óbito? O quão ético seria não usar uma medicação que é possibilidade de cura, porém com efeitos ainda incertos, numa doença nova e com grande chance de agravamento e óbito? Existem situações que exigem discernimento de caráter ético na prática cotidiana dos profissionais de saúde e necessita-

se enfatizar a impossibilidade de determinar regras rígidas e infalíveis para agir frente as diversas questões, pois, segundo Barata (2005), as máximas para a ação moral são sempre as mesmas (BARATAS, 2005).

### **Atuação do SAD na pandemia de COVID-19**

A descoberta de um novo patógeno com potencial infeccioso elevado, além da capacidade de evolução para uma doença grave, tornou categórica a execução de estratégias na contenção da disseminação do SARS-CoV-2 e pesquisas sobre formas de tratamento adequado para os infectados. Em fevereiro, a OMS publicou uma proposta de resposta estratégica à COVID-19 com objetivo de reduzir a transmissão horizontal do novo coronavírus, detectando rapidamente os casos e impedindo a propagação do vírus, além de cuidar dos pacientes afetados. Este documento continha um plano de ação para o período de 3 meses (01 de fevereiro a 30 de abril) e seria adaptado baseando-se na evolução situacional, uma espécie de guia para ser usado como base de adaptação rápida a planos nacionais relevantes preexistentes (SAÚDE, 2020g); (ORGANIZATION, 2020e).

O *Operational Planning Guidelines to Support Country Preparedness and Response Organization* (2020e) continha as ações prioritárias a serem tomadas, distribuídas em oito pilares cruciais. O primeiro consistia na coordenação, planejamento e monitoramento a nível nacional, contando com planejamento e engajamento entre o Ministério da Saúde e outros ministérios relevantes. O pilar 2, chamado Comunicação de Risco e Envolvimento social, consiste em esclarecimentos à população sobre o que se sabe sobre o vírus, sobre as ações tomadas, assim como dos condicionantes na determinação de outras medidas futuras. Este pilar também leva em conta o combate ao pânico da sociedade e a desinformação, essenciais na manutenção da autoridade e confiança da comunidade (ORGANIZATION, 2020e).

O terceiro pilar, Vigilância, Times de Resposta Rápida e Investigação de Casos, se baseia na detecção inicial de casos importados, transmissão local ou comunitária, concentrando-se na detecção desses casos e rastreamento rápido de seus contactantes e identificação de novos casos suspeitos. Uma vez que a transmissão comunitária for detectada, os objetivos se ampliarão para o monitoramento da disseminação geográfica do vírus, capacidade de transmissão, desdobramentos da doença e avaliação dos impactos nos serviços de saúde. Este passo visa diminuir a transmissão horizontal e conter a disseminação do vírus no país (ORGANIZATION, 2020e).

O quarto pilar concentra-se em ampliar a vigilância nos pontos de acesso ao país. O pilar 5, busca fornecer suporte laboratorial no auxílio a diagnósticos precoces, aumentando sua capacidade para testagem em larga escala. O pilar 6 estimula a prevenção da contaminação comunitária e em unidades de saúde através de práticas de prevenção e controles de infecção (ORGANIZATION, 2020e).

Manejo adequado de casos e estratégias de gerenciamento destes, compõe o sétimo pilar, preparando os estabelecimentos de saúde para receber o grande número de casos

que possivelmente existirão com o aumento da transmissão e contaminação populacional, e capacitando os profissionais envolvidos para o adequado gerenciamento de fluxo de atendimento dos casos confirmados de COVID-19. Ações devem ser tomadas visando o planejamento do isolamento social, garantindo a orientação sobre autocuidado de quem possui tal capacidade. É imperativo que haja alternativas facilitadoras para garantir a continuidade da prestação de serviços essenciais à população vulnerável, o adequado tratamento da doença e a manutenção e execução do isolamento social. A criação de um fluxo especial no atendimento aos pacientes portadores de alguma fragilidade ou comorbidade que necessite de atenção diferenciada deve ser implementada (ORGANIZATION, 2020e).

O pilar 8, Suporte Operacional e Logística, apoia o adequado gerenciamento das necessidades conforme forem surgindo, como aumento da capacidade operacional, coordenação do aumento da demanda de suprimentos médicos e outros. Esse plano operacional guiou a maioria dos planos estratégicos a nível mundial. Ainda em janeiro foi publicado pelo Ministério da Saúde o Guia de Vigilância Epidemiológica, “sendo estruturado com base nas ações já existentes para notificação, registro, investigação, manejo e adoção de medidas preventivas, em analogia ao conhecimento acumulado sobre o SARS-CoV, MERS-CoV e 2019-nCoV, que nunca ocorreram no Brasil, além de Planos de vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e Síndrome Gripal (SG)” (ORGANIZATION, 2020e).

Foram descritas nesse documento as primeiras ações estratégicas na contenção da infecção, entre estas, identificação precoce de casos suspeitos, medidas de isolamento, testagem precoce, confirmação diagnóstica, detecção da rede de contactantes de diretos, avaliação e acompanhamento em domicílio da pessoa contaminada também estavam presentes. Medidas de higiene, prevenção de infecção e precaução de contato foram detalhadas também nesse documento. No momento da publicação do guia desenvolvido pelo MS, não sabia muito sobre o vírus, além de não existir vacinas para controle da infecção ou medicamentos efetivos no tratamento da COVID-19 e se enfatizava que a melhor maneira de evitar a contaminação era evitar a exposição ao vírus (BRASIL., 2020)

No Brasil, em 6 de fevereiro, foi criada a Lei nº 13.979 que “dispõe sobre as medidas que poderão ser adotadas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019” que dispunha sobre isolamento, quarentena, medidas de contenção de transmissão, entre outras ações que englobam os pilares descritos no documento da World Health Organization “ *Operational Planning Guidelines to Support Country Preparedness and Response*”(BRASIL, 2020); (ORGANIZATION, 2020e); (BRASIL., 2020).

O Boletim Epidemiológico nº 2, publicado pelo Ministério da Saúde em fevereiro de 2020 descrevia definições operacionais na identificação de casos suspeitos, prováveis, confirmados, descartados e excluídos de COVID-19, estas definições foram remodeladas com o avanço da pandemia e crescente lucidez sobre SARS-CoV-2, COVID-19 e seus desdobramentos. As determinações iniciais e modificação de condutas também foram ajustadas

ao longo do tempo. O manejo dos casos de COVID-19 é ainda questão de divergência entre autoridades em saúde e foi alterado muitas vezes, não possuindo ainda um protocolo específico no combate e cura à infecção (SAÚDE MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Em fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde publicou o *Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19* que deveria ser modelo de ação se houver um surto da doença no país define o nível de resposta e as ações a serem tomadas. O documento classifica a emergência em três níveis diferentes: Alerta, Perigo Iminente e Emergência em Saúde Pública. O nível 1, Alerta, corresponde a situação de risco de entrada da doença no Brasil, porém sem nenhum casos suspeito. O nível “Perigo Iminente” quando já há a confirmação de caso suspeito. (SAÚDE, 2020g).

A emergência nível 3 é chamada “Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional” (ESPIN) ativado em caso de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPI) ou ainda se houver confirmação de transmissão local do primeiro caso de COVID-19 e é composto por duas fases. A fase 1, chamada Contenção e as ações se baseiam principalmente em identificar oportunamente casos suspeitos ou confirmados e evitar a dispersão do vírus pela população, são ações baseadas principalmente em vigilância, em que a quarente domiciliar deve ser utilizada para casos leves, deve-se criar uma estratégia de identificação de casos, e o monitoramento domiciliar precisa ser implantado. Realiza-se testagem em massa dos casos suspeitos (SAÚDE, 2020g).

A fase 2, Mitigação, inicia a partir do centésimo caso confirmado de COVID-19 e a testagem passa a ser restrita aos casos graves de UTI e as ações são focadas em evitar ocorrência de casos graves e óbitos. Há um fortalecimento da atenção primária e as medidas de isolamento domiciliar são intensificadas, assim como de quarentena domiciliar para casos leves. Medidas para intensificar o cuidado hospitalar também são necessárias. O *Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19* [dispõe como medidas de resposta ao novo coronavírus: vigilância, suporte laboratorial, medidas de controle de infecção, assistência, assistência farmacêutica, vigilância sanitária - medidas de saúde em pontos de entrada (portos, aeroportos e passagens de fronteiras), comunicação de risco e gestão (SAÚDE, 2020g).

Em uma breve linha do tempo, em 22 de fevereiro de 2020, foi notificado oficialmente o primeiro caso suspeito e o registro do primeiro caso confirmado foi em 26/02/2020, em São Paulo - SP. Em 05 de março, o total de casos confirmados já estava em 8 e foi registrada a primeira transmissão interna no país. Em 06 de março, o Ministério da Saúde anunciou medidas complementares para reforçar ao enfrentamento ao coronavírus no Brasil: o primeiro foi os reforços na Atenção Primária, para evitar que as pessoas procurassem hospitais em um cenário de grande circulação do coronavírus; O programa Saúde na Hora foi ampliado nos municípios, aumentando unidades de saúde que ficam abertas até as 22h e aos finais de semana; Houve convocação de médicos para o programa Mais Médicos como reforço no atendimento nas Unidades de Saúde da Família (USF), assim como or-

ganização de rotina de pacientes com doenças crônicas; disponibilização da telemedicina no auxílio ao atendimento de doentes graves e ampliação de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (GOV.BR, 2020); (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2020b); (SAÚDE, 2020a); (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2020d, p. ); (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2020b).

Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada como uma pandemia, pela OMS e o Ministério da Saúde regulamenta critérios de isolamento e quarentena que deverão ser aplicados pelas autoridades sanitárias em pacientes com suspeita ou confirmação de infecção por coronavírus (UNASUS, 2020). Em 13 de março, o Distrito Federal publicou a suspensão de aulas e eventos em espaço de uso coletivo, assim como a priorização de reuniões por teleconferência e do teletrabalho, de acordo com a Portaria nº 92 de 12 março de 2020. Em 17 de março, foi anunciado o primeiro óbito no Brasil e no município de Teresópolis, através do Decreto nº 5258, de 17 de março de 2020, é decretada a suspensão de eventos e atividades com a presença de público, assim como de aulas e funcionamento de estabelecimentos que promovam a aglomeração de pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2020a); (TRIBUNAL DE CONTAS, DISTRITO FEDERAL DF, 2020); (SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO E COORDENAÇÃO, TERESÓPOLIS, 2020a); (SANAR, 2020).

O Estado do Rio de Janeiro, em 19 de março decretou situação de emergência e define medidas temporárias para prevenir contágio do novo coronavírus.

Centros de saúde são orientados a adotar nova metodologia de atendimento a pacientes que apresentam sintomas do novo coronavírus, como febre e tosse, dor de garganta ou dificuldade de respirar. A ferramenta de triagem rápida, chamada *Fast Track*, orienta que pacientes sejam encaminhados para um ambiente de isolamento respiratório, para evitar a circulação e contágio local de outros pacientes. Em 20 de março, Portaria nº 454, de 20 de março de 2020 define fase de transmissão comunitária e há a determinação de isolamento domiciliar. (SAÚDE, 2020b); (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2020c).

O Decreto nº 5261, de 20 de março de 2020, publicado no Diário Oficial de Teresópolis decreta medidas de enfrentamento ao novo coronavírus, SARS-CoV-2, que dispõe sobre isolamento e caracterização de casos suspeitos de COVID-19, a criação do Centro de Atendimento 24h Contra o Coronavírus, que passa a atender todos os casos suspeitos de COVID-19 e determina a suspensão de atendimentos e exames ambulatoriais eletivos de pacientes estáveis, assim como a manutenção de ambulatórios que podem acarretar na deterioração clínica de pacientes que necessitam de atendimento contínuo (SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO E COORDENAÇÃO, TERESÓPOLIS, 2020b); (SANAR, 2020).

e a retomada gradual às atividades cotidianas da população *lockdown*. Nos dias e semanas consecutivos outras determinações foram sendo criadas no combate ao SARS-CoV-2. O Ministério da Saúde divulgou diversas recomendações de manejo dos casos de

pacientes suspeitos e confirmados de COVID-19, assim como o a logística nos atendimentos em todas as esferas do atendimento à saúde, o estabelecimento de todos devem usar máscaras de proteção pela doença. Brasil muda protocolo e passa a recomendar que 247 o número de pessoas mortas, COVID-19. No dia 02 de abril: 6.932 casos do novo coronavírus anunciou o monitoramento remoto de casos suspeitos de Ministério da Saúde e o Em 1º de abril havia 5.868 diagnósticos de COVID-19 (SANAR, 2020).

Dentre todas as medidas e orientações tomadas ao longo da pandemia, todas as esferas de saúde foram responsáveis pelo correto manejo dos pacientes, desde a atenção básica, passando por órgãos como SAD, SAMU, e unidades hospitalares, entre leitos clínicos de UTI. O manejo dos casos suspeitos e confirmados se inicia com o isolamento social, mas também há a necessidade de isolamento dos contatos de casos de COVID-19. O rastreamento e busca ativa de contactantes é essencial para impedir a disseminação da doença e interromper a cadeia de transmissão. Esse rastreio deve ocorrer de acordo com a dinâmica de contaminação do caso em questão, desde contatos domiciliares, pessoas que tiveram contato físico direto com pacientes com a virose, pessoas que estiveram em ambiente fechado por mais de 15 minutos, contatos de trabalho, entre outras situações (COVID-19 SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2020).

A investigação de contatos próximos deve ser realizada, de preferência, a partir de contato telefônico ou aplicativos de mensagem, evitando, assim, contato físico de forma desnecessária. Dentre os contatos próximos identificados, devem ser monitorados prioritariamente aqueles que tiveram contato domiciliar prolongado com caso de COVID-19 e aqueles que trabalham no cuidado a outros pacientes ou população de risco, assim como profissionais de saúde e de segurança pública. Todo contactante deve se auto-isolar por 14 dias, e se acompanhado, deve ser orientado sobre o isolamento domiciliar de 14 dias, além disso, deve se observar diariamente sobre o surgimento de sintomas. Caso o contato inicie sintomas, deve ser orientado a avisar imediatamente a equipe de saúde que o está acompanhando, este será avaliado sobre seu estado clínico, a manutenção da quarentena e inicia-se a investigação de novos contactantes de um caso suspeito. O contactante sintomático entra imediatamente na definição de quadro suspeito de COVID-19 (COVID-19 SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2020).

Em 17 de março a World Health Organization (OMS) publicou o documento “*Home care for patients with COVID-19 presenting with mild symptoms and management of their contacts*” que dispunha sobre o atendimento domiciliar a pacientes com COVID-19 e o manejo de seus contactantes, uma adaptação das medidas desenvolvidas durante a infecção da MERS-CoV. De acordo com a recomendação, todos os suspeitos com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) deveriam se manter em isolamento nas unidades de saúde, recebendo o devido suporte terapêutico, e os casos leves e sem fatores de risco poderiam ser tratados em casa, desde que com a possibilidade de acompanhamento e cuidados por familiares. Um ambiente domiciliar adequado para a oferta dos cuidados necessários



também seria necessário. Essa possibilidade de tratamento domiciliar inclui desde a capacidade do correto isolamento até o estabelecimento de contato remoto do paciente com o serviço de saúde findando com a resolução dos sintomas (ORGANIZATION, 2020d)

De acordo com o guia da Organização Mundial da Saúde (OMS) o atendimento domiciliar de pacientes com COVID-19 inclui manejo do quadro clínico do paciente, orientações sobre medidas de higiene, isolamento, e o monitoramento contínuo do estado de saúde do paciente. Dentre as orientações para o atendimento domiciliar poder acontecer, há ainda a orientação e garantia da correta compreensão sobre a quarentena do doente que inclui ambiente isolado e ventilado, limitação de acesso ao restante da residência, limitação do número de cuidadores, higienização corretas das mãos e de possíveis fômites de transmissão após contato com o paciente, o uso de máscaras pelo doente e pelos contatos domiciliares (ORGANIZATION, 2020c).

Em marco de 2020, uma nota técnica foi publicada com recomendações acerca da atuação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) na pandemia do Coronavírus. De acordo com o documento, Nota Técnica n° 9/2020 – CGAHD/DAHU/SAES/MS, “*é fundamental que os profissionais dos SAD estejam aptos a fazer orientação aos usuários durante os atendimentos domiciliares quanto à prevenção de contágio, identificação de casos suspeitos de infecção pelo COVID-19, bem como ofertar cuidado domiciliar ou indicar hospitalização nos casos pertinentes*” e ele contempla indicações para admissão no SAD durante a pandemia, recomendações operacionais dos atendimentos nos domicílios, da organização da rotina de trabalho e do acompanhamento dos pacientes (SAÚDE, 2020f).

A triagem dos pacientes deve ocorrer no primeiro contato com o sistema de saúde e deve ser iniciado e direcionado baseado nas condições de urgência e emergência. Quando não há necessidade de internação hospitalar, o acompanhamento deve ser realizado pela Atenção Primária à Saúde (APS). Pacientes que foram internados e que apresentam boa evolução da doença podem ser tratados em casa, e a equipe de saúde que presta o atendimento domiciliar deve avaliar a possibilidade da realização desse atendimento garantindo que haja atendimento móvel de urgência e retaguarda para internação caso haja deterioração clínica ou intercorrências que necessitem de locomoção urgente desse paciente. A decisão do atendimento domiciliar requer julgamento clínico que contemple os critérios de inclusão no SAD acrescidos de evidências de melhora de determinados parâmetros clínicos. A alta do SAD deve ser criteriosamente realizada, assim como a admissão deste paciente (SAÚDE, 2020f).

Dentre os *Critérios gerais de desospitalização do COVID-19 para acompanhamento domiciliar*, é necessário que parâmetros clínicos sejam mantidos por, no mínimo, 48 horas, dentre estes: saturação de oxigênio maior que 90% sem a necessidade de suporte ventilatório, sinais vitais dentro da normalidade, melhora dos níveis de exames laboratoriais (LDH, transaminases, PCR e também da linfopenia), estado neurológico estável e adequada possibilidade de tratamento. Com a admissão de um paciente um plano terapêutico

deve ser elaborado, consideração a possível totalidade do tempo de tratamento, a quantidade de visitas presenciais e quais as possibilidades de telemonitoramento desse paciente. A finalização do tratamento e isolamento, assim como a alta do SAD depende de cada caso (ISGH, 2020).

### **Avaliação domiciliar**

O momento pandêmico do ano de 2020 impôs a mudança na organização dos serviços de saúde, determinou o distanciamento social como modo de ação, suspendeu consultas eletivas, incitou a automedicação quando propôs, inicialmente, que a população permanesse em casa utilizando-se de medicações sintomáticas exceto em casos de sinais e sintomas de gravidade, quando só então deveria procurar os serviços de saúde. É durante a desorganização, reorganização e readaptação de estrutura de atendimento de saúde que o atendimento domiciliar (AD) se tornou uma das principais estratégias de ação. AD possibilita que o paciente infectado se mantenha em isolamento, e assim haja interrupção da cadeia de transmissão entre humanos. Permite que o paciente receba a assistência necessária em momento oportuno: identificação, isolamento, avaliação médica, prescrição, realização de testes e acompanhamento.

A AD, como já vista, tem entre seus objetivos a redução da demanda hospitalar, a brevidade da hospitalização e a minimização de intercorrências clínicas devido permanência no ambiente nosocomial, além da otimização dos recursos financeiros empregados nas Redes de Atenção à Saúde. A situação caótica observada em outros países antes do Brasil nos faz antecipar a superlotação do sistema hospitalar e o aumento da demanda dos serviços de saúde. Nesse contexto, a oferta da atenção domiciliar se torna um diferencial durante a pandemia, como forma de reduzir gastos, manter a rede hospitalar com capacidade para atendimento de casos graves e oferta de atendimento individualizado e diferenciado para os casos de COVID-19, assim como de seus contactantes (SAVASSI et al., 2020).

O SAD é um importante agente, pois se articula com diversos níveis de atenção à saúde e ainda oferece o atendimento em domicílio. O cuidado domiciliar esbarra com a imperatividade da capacidade de autocuidado e a possibilidade de atendimento remoto com segurança, ao paciente e à equipe. O paciente atendido pelo SAD deve receber visita domiciliar sob a necessidade da realização de testes diagnósticos ou atendimento médico e a visita domiciliar deve seguir um protocolo previamente estabelecido entre a equipe para impedir a contaminação dos profissionais de saúde, garantir o correto atendimento ao paciente com COVID-19, ou suspeita de, e ainda ter a certificação do correto manuseio e descarte dos EPI utilizados. A execução técnica das visitas necessita de treinamento quanto ao uso de EPI de forma correta e sistematizada (SAÚDE, 2020h).

Cada equipe do SAD necessita de insumos básicos ao realizar um atendimento domiciliar, algo como um kit de materiais necessários, desde papelaria com fichas de notificação, isolamento, planilha de anotação de dados, receituário médicos e outros, passando pela

necessidade de EPI como capotes descartáveis, gorro, máscara N-95, máscara cirúrgica, luvas de procedimento, propés, e finalizando nos equipamentos e insumos como álcool 70° termômetros, oxímetros, estetoscópios, sacos de lixo infectante e kit para coleta de amostra para realização de testes diagnósticos. E as visitas deveriam ser executadas metodicamente desde a paramentação, atendimento e desparamentação (SAVASSI et al., 2020); (SAÚDE, 2020h).

O atendimento domiciliar proposto durante a pandemia se relaciona com o telemonitoramento e a teleorientação dos pacientes. No modelo de atendimento proposto pelo Ministério da Saúde *Fast-track* de teleatendimento para a atenção primária o primeiro contato ocorre de forma remota: telefone, telemensagens, uma espécie de “pré-consulta” em que há a triagem e definição do status do quadro clínico do paciente, posteriormente é realizado o atendimento remoto e orientação por um médico, e o paciente se mantém sendo monitorado remotamente por um enfermeiro durante seus 14 dias de isolamento. A visita domiciliar a quadros suspeitos ou confirmados de COVID-19 acontece no momento da realização de teste diagnóstico ou consulta médica, quando necessário e em momento adequado (SAÚDE, 2020b); (SAVASSI et al., 2020).

### **Teleacompanhamento**

Vivemos um momento de grande disponibilidade de tecnologias que possibilitam inúmeras facilidades e funcionalidades antes não imaginadas, desde o pagamento de contas, o acesso a bancos, a comunicação entre pessoas distantes até o acompanhamento médico remoto. Durante o período de pandemia, em que o isolamento social é imperativo, a implementação de ferramentas como a telessaúde, em especial a telemedicina, na rotina diária de atendimento médico facilita a identificação de condições de saúde do paciente e o manejo remoto, quando possível, atuando como meio de oferecer conforto, orientações médicas e pode ser válida também no acompanhamento e desenrolar da moléstia atual do paciente. Esta forma assistencial possibilita ainda a identificação precoce da necessidade de intervenção presencial no indivíduo quando há sinais de gravidade de uma patologia, por exemplo.

A Telessaúde é entendida como o uso de tecnologias digitais disponíveis para a realização de atividades a distância relacionadas à saúde e tem como objetivo a ampliação de serviços de saúde oferecidos à população e aumento da capacidade clínica das equipes de atendimento. A telemedicina, em teoria, age como um suporte à medicina tradicional levando o profissional de saúde ao contato com o paciente de forma rápida, eficaz e tem o potencial de aprimorar a medicina tradicional, pois é vista como um avanço tecnológico que se apoia e depende do profissional médico. A teleassistência é guiada através da comunicação com o paciente que relata seu estado de saúde, suas queixas e sintomas a um profissional de saúde que o atende e orienta. Por meio dessa forma assistencial o paciente pode ser assistido a partir de seu domicílio.

Através da telemedicina, a teleassistência amplia a oferta de serviços da rotina clínica,

com foco na comunicação com o paciente e no seu bem-estar, através de plataformas online, telemensagens, videoconferências, áudios, e outros recursos. Permite a utilização de ferramentas da prática médica como prescrição médica com assinatura digital, emissão de atestados médicos e avaliação de exames diagnósticos complementares. Todavia o atendimento se dá de forma limitada, não disponibilizando parâmetros de exame clínico e físico do paciente, portanto, essa forma assistencial não substitui o atendimento médico de forma presencial, atuando na contribuição com facilidades tecnológicas quando possível.

No contexto da pandemia de COVID-19, a utilização da comunicação por vias digitais e remotas são essenciais como estratégia de atendimento médico e monitoramento dos pacientes, devendo ser esgotadas todas as possibilidades e opções de assistência remota visando minimizar o contato dos profissionais de saúde com casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, diminuindo a probabilidade de contaminação da equipe de atendimento. Além disso, associa-se o objetivo de diminuir o fluxo dos pacientes em serviços de atendimento de saúde (UPA, APS, outros) ([COVID-19 SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2020](#)).

A população vem sendo alertada sobre a importância de valorizar seus sintomas de síndrome gripal e inclusive sintomas sugestivos de gravidade. A telemedicina e o teleacompanhamento são uma ferramentas inovadora nesse contexto pandêmico, uma vez que facilita o contato com o profissional de saúde e permite sanar dúvidas a respeito da evolução de seu quadro clínico e permite ao médico reconhecer remotamente sinais de gravidade e encaminhar oportunamente o paciente para o serviço de urgência e emergência (Síndromes coronárias agudas na COVID-19).

O Ministério da Saúde divulgou documentos sobre o manejo do teleatendimento, no contexto da COVID-19, a ser praticado pelas APS. O atendimento iniciaria com a ligação do paciente ou responsável para a UBS onde seria atendido por um profissional (técnico de enfermagem) que questionaria sintomas gripais e avaliaria se há suspeição de caso de COVID-19 utilizando critérios como: tosse, febre, dor de garganta, ageusia, anosmia, dispneia, dor torácica. Diante da negativa de sintomas, haveria a orientação sobre de COVID-19 e formas de prevenção (fluxo teleatendimento).

Se o paciente que entrou em contato se enquadrasse na definição de caso suspeito, sinais de gravidade deveriam ser questionados. Se sinais de gravidade não fossem descritos, a ligação seria transferida para o médico da equipe que definiria entre a necessidade de atendimento e avaliação presencial, de encaminhamento para rede de urgência e emergência, prescrição de medicamentos sintomáticos, ou apenas a necessidade de notificação, isolamento, fornecimento de atestado médico ao paciente sintomático e aos seus contactantes e manutenção do acompanhamento pela equipe de saúde através do telemonitoramento, além de agendamento para realização de teste rápido para COVID-19 em momento oportuno (fluxo atendimento).

Após notificação e inclusão do paciente em uma planilha de acompanhamento telefô-

nico, o enfermeiro da equipe deve entrar em contato com o indivíduo que está sendo acompanhado a cada 48 horas para reavaliar seu estado gerais, sinais e sintomas e definir conduta frente à situação apresentada: manutenção do teleacompanhamento, agendamento de avaliação presencial ou ainda orientar a procura pelo serviço de urgência e emergência ou chamar o SAMU. O telemonitoramento deve ser mantido por 14 dias após o início dos sintomas. O agente comunitário participa do atendimento de paciente com síndrome gripal entregando ao paciente suas receitas e/ou atestados médicos (formulário de identificação).

### **A procura por uma metodologia**

Nesta realidade complexa que nos encontrávamos no final de fevereiro, recebíamos informações diariamente provindas de várias fontes e de profissionais de várias áreas e não só da área médica. Havia um trabalho a ser executado e um projeto de conclusão de curso a ser feito, e aproveitei a oportunidade de execução do trabalho para a realização do trabalho acadêmico que deveria ser um projeto de intervenção. Foi difícil encontrar uma metodologia conhecida para tempos de pandemia, e percebi que na verdade precisaria de uma “estratégia de intervenção”. Estamos acostumados a pensar em pesquisa a partir da fragmentação no menor elemento possível para ser pesquisado. Em relação à uma metodologia de intervenção só pensava em pesquisa-ação, mas ela perdia sua principal característica que era ser participativa e dialógica, visando formação e reflexão, pensamento crítico e mudanças sociais (TRIPP, 2005).

Não era isto possível em tempo de pandemia porque esse é um tempo de decisões rápidas e unilaterais, onde não é possível envolver a comunidade nas discussões, mas de acordo com Franco (2005) é um sistema metodológico aberto que permite adaptação ao contexto e o uso de instrumentos variados. No entanto a pesquisa ação tem uma vertente estratégica que embora não seja crítica me pareceu bem adequada descrita assim por Maria Amélia Santoro Franco Franco (2005):

c) se, ao contrário, a transformação é previamente planejada, sem a participação dos sujeitos, e apenas o pesquisador acompanhará os efeitos e avaliará os resultados de sua aplicação, essa pesquisa perde o qualificativo de pesquisa-ação crítica, podendo ser denominada de pesquisa-ação estratégica (FRANCO, 2005, p. 485).

Assim esse projeto se define como uma pesquisa ação estratégica, adaptada para tempos de pandemia. Entre suas múltiplas abordagens teórico-metodológicas, inclusive a tendência positivista atual, mas conserva o ciclo em espiral como na sua origem. Para Kurt Lewin, reconhecido como o criador da pesquisa ação, esta se define, de acordo com Franco Franco (2005), como um processo de espiral que envolve três fases: 1. planejamento, que envolve reconhecimento da situação; 2. tomada de decisão; e 3. encontro de fatos (factfinding) sobre os resultados da ação. Esse factfinding deve ser incorporado como fato novo na fase seguinte de retomada do planejamento e assim sucessivamente (FRANCO, 2005, p. 487)

Com o início do trabalho, percebi que esta retomada do planejamento, ou replanejamento, aconteceria com muita frequência. Afinal estávamos vivendo uma situação de caos extremamente complexa. Foi aí que conheci a teoria da complexidade de Edgar Morin. No meio do caos, problemas complexos precisam de respostas rápidas. E capacidade de reajustar a rota. Muitas vezes a situação se parecia com “trocar os pneus do carro em movimento” devido a rapidez das mudanças de formas de atuação. Estávamos todos aprendendo uns com os outros, mudávamos estratégias constantemente, o trabalho interdisciplinar se mostrou imprescindível, bem como a capacidade de pensar holisticamente diante da complexidade da situação que estávamos vivendo (MORIN; LISBOA, 2005).

Em algum momento não havia mais tempo para estudar nada além de COVID e determinações das autoridades de saúde e governamentais. A situação foi marcada pela urgência das ações, pela necessidade de apoio constante aos membros da equipe, de orientação contínua aos pacientes e familiares. Tendo em vista os oito pilares recomendados pelo plano da OMS, a construção do fluxo a partir do atendimento domiciliar prestado pelo SAD e as ferramentas de coleta de informações, o trabalho foi se intensificando à medida que o número de casos aumentava. O sistema em que nos encontrávamos estava instável e em constantes mudanças. Na exaustão das equipes de trabalho, todos os profissionais do SAD se infectaram. Eu comecei a sentir os sintomas nos últimos dias de abril de 2020 e é esta data que uso como marco final desse projeto. Fiquei afastada por 28 dias e retomei o trabalho em outra configuração e outras ferramentas.

Lançando um olhar analítico desses meses, desde que foi necessário iniciar uma reestruturação no formato do programa, nos pacientes, nos atendimentos e nas demandas recebidas, é possível perceber que muito foi feito e o trabalho executado logrou êxitos. Os maiores desafios foram estruturar o Serviço de Atenção Domiciliar para atender corretamente a nova demanda de atendimentos que se tornou atribuição da equipe, assim como definir qual o atendimento ideal para cada situação.

## 4 Metodologia

Partindo de concepções teóricas diversas citadas acima, que enriqueceram minha capacidade de ler o ambiente e as contingências, esse projeto se apresenta como uma estratégia de intervenção eminentemente prática e objetiva. Trata-se da construção de ferramentas de acompanhamento e fluxo dos atendimentos para serem usadas pelos profissionais do SAD no enfrentamento à COVID-19, como descrito a seguir.

Esta pesquisa terá como cenário de pesquisa o SAD de Teresópolis, Rio de Janeiro. O Público alvo será a equipe do SAD que é composta por uma médica, uma enfermeira e um auxiliar administrativo com a função também de motorista da equipe, e posteriormente também mais 2 médicos e 2 enfermeiros. Os casos de COVID-19, suspeitos e contactantes que surgiram. O estudo teve início na segunda quinzena de fevereiro de 2020 e finalizará com o fim da pandemia, o que é imprevisível.

Para a construção desta intervenção irá ser necessário para a construção de fluxo de atendimento e formulários de anotações computadores, internet, papelaria em geral; Para os atendimentos todos os Equipamentos de Proteção Individual necessários, como: máscaras, capotes, óculos, *face shield*, toucas, propés, local adequado de descarte do lixo contaminado, oxímetro, termômetro, entre outros. Formulários, automóvel e motorista para o deslocamento. Referente aos recursos humanos, trabalhadores do SAD. No que concerne ao teleatendimento será necessário recursos de sistema de informação: computador com internet, celular com disponibilidade de rede.

Referente à coleta de dados sobre os casos de COVID-19 nos atendimentos do SAD será necessário saber se foram adequados ao trabalho e se facilitaram o acompanhamento dos pacientes. Forma de avaliar: entrevista com profissionais do SAD. Os dados sobre o trabalho do SAD e os pacientes serão coletados a partir das informações anotadas nas ferramentas construídas. Os dados coletados serão apresentados por meio de planilhas e da análise das respostas dos profissionais do SAD.

Para adequar o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) de Teresópolis-RJ para o atendimento domiciliar a pacientes com COVID-19, suspeitos e contactantes, será necessário estudar documentos oficiais sobre COVID-19 e manejo de pacientes. Estudar orientações oficiais (Ministério da Saúde, OMS e Secretaria de Saúde de Teresópolis) para atuação dos profissionais da saúde durante a situação de pandemia de COVID-19.

Para padronizar a coleta de informações sobre os pacientes suspeitos e confirmados com a COVID-19, acompanhados pelo SAD será necessário conhecer e definir critérios de atendimento e diagnóstico de acordo com orientações oficiais. Revisar material de anamnese em uso e estudar como adequar e construir fichas de atendimento e anamnese com informações sobre o estado de saúde do paciente com COVID-19, dados de suspeitos e contactantes. Será necessário definir como realizar busca ativa de infectados, casos sus-

peitos e contactantes. E decidir com outros profissionais e órgãos de saúde a possibilidade de contato e acompanhamento remoto, e como isto se dará. Será definido critérios de testagem para todos os contactantes de casos suspeitos e/ou confirmados da COVID-19, definir critérios sobre quem vai ser testado, quais os testes disponíveis, onde testar e que informações devem ser derivadas desse processo.

Também iremos utilizar práticas de teleacompanhamento para casos suspeitos e confirmados de COVID-19 acompanhados pelo SAD, assim como de sua rede de contactantes, para isso, devemos definir quem vai realizar, como e quando. Construir um sistema de anotações para um acompanhamento adequado. Verificar os recursos necessários disponíveis como aparelhos eletrônicos, e sua adequabilidade.

Referente à construção do fluxo de atendimentos do SAD às demandas de casos suspeitos ou confirmados da COVID-19 será necessário definir o que vai ser necessário e como conseguir, estabelecer uma rede comunicação com outros órgãos de saúde da cidade e estabelecer um fluxo de atendimento. Realizar reuniões com equipe, coordenador do SAD, Secretaria Municipal de Saúde, e outros órgãos de saúde do município.

Por fim, para avaliação do projeto sobre a eficiência do fluxo determinado e dos formulários utilizados, será feita uma entrevista/questionário com os componentes do SAD.



## 5 Resultados Esperados

O surgimento de uma pandemia de patologia desconhecida acarreta a falta de informações sobre as medidas necessárias a serem tomadas, desde o combate à doença até o tratamento dos doentes, com isso houve necessidade da adaptação rápida de todas as equipes que atuam no combate direto à pandemia. Entre essas equipes os profissionais de saúde se destacam no cuidado com os doentes. Este projeto será uma resposta a uma necessidade real de preparar o SAD de Teresópolis-RJ para o enfrentamento à COVID-19, através do melhor atendimento possível dadas as circunstâncias.

Dentre as principais necessidades, evitar a disseminação da COVID-19, consistindo em identificar os possíveis casos suspeitos, garantir o isolamento destes, realizar o teste diagnóstico em tempo adequado, tratar os pacientes com medicações já conhecidas no alívio dos sintomas (medicações sintomáticas) e, necessariamente, manter-se em constante atualização sobre as informações e recomendações modificadas continuamente, enquanto são realizadas pesquisas sobre a melhor forma de tratamento e manejo desta nova doença.

É sabido que a anotação de dados e protocolos adequados são importantes para o trabalho dos profissionais de saúde, principalmente no momento em que surge uma nova doença com alto poder infeccioso com status de pandemia. Por isso a necessidade de criar rapidamente protocolos e instrumentos de anotações, surgida ainda em fevereiro de 2020, quando não havia protocolos e ainda nem um caso confirmado no Brasil, e a prefeitura de Teresópolis começou a preocupar-se com a possibilidade de o vírus chegar à cidade.

Deseja-se com essa intervenção garantir o atendimento correto e efetivo da demanda do SAD durante a pandemia de COVID-19, através da reestruturação contínua do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de Teresópolis-RJ diante das diversas mudanças de cenário.

As primeiras ações consistem em orientar a população sobre os riscos envolvidos na situação e esclarecer sobre as ações que serão tomadas. É necessário que a população seja informada corretamente para combater o pânico coletivo e informá-los sobre a real situação, além da necessidade de compreender o seu papel durante uma pandemia e quais as ações necessárias e como devem se comportar quanto às medidas sanitárias necessárias para evitar a disseminação dessa nova doença.

Detectar rapidamente possíveis casos da doença e garantir a quarentena e isolamento dos casos suspeitos e confirmados são também parte estratégica para enfrentar a emergência em saúde pública instalada, assim como a necessidade de aumentar a vigilância das portas de entrada da cidade como países e cidades tem feito pelo mundo. Mas isto não faz parte desse projeto por ser decisão de autoridades governamentais.

Espera-se com esse projeto, estar preparado para o enfrentamento à COVID-19 no município, no que tange ao SAD, com um sistema adequado de coleta de dados de pacientes, contactantes e suspeitos, de recursos disponíveis, de fluxo determinado e claros

requisitos de testagem e encaminhamentos. Que o SAD seja capaz de orientar, atender, intervir e tratar adequadamente as demandas que surgirem, bem como seus registros.

Entre as aprendizagens desse momento, do qual esse projeto é o orientador, a dependência de trajetória, ou dependência de caminho, trouxe uma visão mais ampla das escolhas presentes baseadas no passado para pensar soluções futuras. A história importa. A aprendizagem importa. Sobre a dependência de caminho, a necessidade de estudar outros instrumentos e protocolos usados no passado para atender a demanda atual. A trajetória é importante, a história de outras situações com alguma similaridade faz-se necessária no momento inicial de um evento crítico. É importante voltar o olhar para a história em busca de informações sobre procedimentos em outras pandemias e epidemias mais recentes para ter suficiente confiança para agir em meio ao caos.

Aprender a caminhar mesmo com as pernas tremendo, tendo de aliviar a ansiedade e o medo da equipe e dos pacientes, sendo que a própria ansiedade e medo estavam descontrolados. Buscar valores antigos, atualizando-os para apoiar ações atuais é fundamental na transição da tranquilidade de uma rotina de trabalho conhecida, para enfrentar o caos e a urgência. A maior aprendizagem é que, quando o Ministério da Saúde solicita que as pessoas fiquem em casa, para a área de saúde não se trata de escolha, mas de um imperativo no sentido contrário, diante do mar de incertezas: tome consciência, encha-se de coragem, tome decisões, descubra valores e recursos, adapte-os ou crie novos, se posicione e vai se reposicionando no caminho, enfrente, afrente, crie um caminho.

## Referências

- ALENCAR, L. R. R. de; ANDRADE, F. C. B. de. Redução das complicações do imobilismo no paciente acamado através da atuação multiprofissional: Projeto de intervenção. Piauí, n. 1, 2019. Curso de Saúde da Família e Comunidade, Universidade Federal do Piauí. Cap. 1. Citado na página 19.
- ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de são paulo, brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 8, p. 1924–1930, 2007. Citado na página 19.
- BANDURA, A.; AZZI, R. G.; POLYDORO, S. A. J. *Teoria Social Cognitiva - Conceitos Básicos*. Porto Alegre: Artmed, 2006. Citado na página 12.
- BARATAS, R. B. Ética e epidemiologia. *Hist. cienc. saúde - Mangueiras*, v. 12, n. 3, p. 735–753, 2005. Citado na página 25.
- BARROSO, E. A. L. Modernização e higienismo: controle sanitário e gesto político-científica na manchester mineira (1891-1906). *Juiz de Fora*, n. 235, 2008. Curso de Programa de Pós-graduação em História - Mestrado, Departamento de ICH – Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, UFJF. Cap. 3. Citado na página 18.
- BASS, B. L. *Consequências da Síndrome de Imobilidade no Leito*. 2020. Disponível em: <<https://interfisio.com.br/consequencias-da-sindrome-de-imobilidade-no-leito/>>. Acesso em: 15 Jun. 2020. Citado na página 20.
- BRASIL. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Diário Oficial da União, Brasília, n. 1, 2020. Citado na página 27.
- BRASIL., M. da Saúde. Organização Pan-Americana da S. *Atenção domiciliar no SUS: Resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.
- BRASIL., M. da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de A. B. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Citado na página 19.
- BRASIL., M. da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. COE n C. *Boletim Epidemiológico 01: Infecção humana pelo novo coronavírus (2019-ncov)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Citado na página 27.
- CIÊNCIA TECNOLOGIA, I. e. I. E. e. S. B. Ministério da Saúde. Secretaria de. *Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento da COVID-19*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Citado 3 vezes nas páginas 22, 23 e 24.
- CIOSEK, S. I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. *Rev Esc Enferm USP*, v. 45, n. 2, p. 1763–1768, 2011. Citado na página 19.

COVID-19 SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, G. d. E. d. M. G. M. C. M. *Nota Técnica COES MINAS COVID-19 N° 52/2020 – 22/06/2020*: Monitoramento e manejo de contatos de casos suspeitos ou confirmados de covid-19. 2020. Disponível em: <[https://www.saude.mg.gov.br/images/noticias\\_e\\_eventos/000\\_2020/jun-jul-ago/23-06-NotaTecnica-N52.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2020/jun-jul-ago/23-06-NotaTecnica-N52.pdf)>. Acesso em: 26 Set. 2020. Citado 3 vezes nas páginas 29, 30 e 33.

FERREIRA, A. M. et al. *Complexidade do Cuidado na Atenção Domiciliar*. 2020. Projeto Complexidade do Cuidado na Atenção Domiciliar Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde – PROADI- SUS. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/fevereiro/20/Apostila-CCAD-interativo.pdf>>. Acesso em: 23 Jul. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.

FRANCO, M. A. S. Pedagogia da pesquisa-ação. *Educação e Pesquisa*, v. 31, n. 3, p. 483–502, 2005. Citado 2 vezes nas páginas 34 e 35.

GOV.BR. *Primeiro caso de Covid-19 no Brasil permanece sendo o de 26 de fevereiro*. 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/primeiro-caso-de-covid-19-no-brasil-permanece-sendo-o-de-26-de-fevereiro>>. Acesso em: 26 Set. 2020. Citado na página 28.

GRUBER, A. *Covid-19: o que se sabe sobre a origem da doença*. 2020. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/?p=314416>>. Acesso em: 25 Jul. 2020. Citado na página 20.

HILZENDEGER, A. L. et al. A atuação da equipe multiprofissional do serviço de atendimento domiciliar (sad). *RIES - Revista eletrônica Interdisciplinar de Estudos em Saúde da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP*, v. 3, n. 2, p. 79–94, 2014. Citado na página 19.

HO, Y.-L.; MIETHKE-MORAIS, A. Covid-19: o que aprendemos? *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 46, p. 1–2, 2020. Citado na página 23.

HOSPITALAR, D. e. d. U. B. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de A. *Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico]*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Citado na página 16.

IBGE. *Cidades e Estados*. 2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj/teresopolis.html>>. Acesso em: 14 Jun. 2020. Citado na página 9.

ISER, B. P. M. et al. Definição de caso suspeito da covid-19: uma revisão narrativa dos sinais sintomas mais frequentes entre os casos confirmados. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 29, n. 3, p. 1–11, 2020. Citado na página 23.

ISGH, I. de Saúde e G. H. *SAD - DESOSPITALIZAÇÃO E ASSISTÊNCIA DOMICILIAR A PACIENTES COM COVID-19*. 2020. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/1N-jlT3iZr93AzinKBmRm1xXTFlwxTe-9/view>>. Acesso em: 15 Out. 2020. Citado na página 31.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. Portaria n° 963 de 27 de maio de 2013. Diário Oficial da União, Brasília, n. 1, 2013. Citado na página 15.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. Portaria n° 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, Brasília, n. 1, 2016. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. Portaria de consolidação n° 5, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, Brasília, n. 1, 2017. Citado na página 17.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. Portaria n° 356, de 11 de março de 2020. Diário Oficial da União, Brasília, n. 49, 2020. Citado na página 28.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. Portaria n° 430, de 19 de março de 2020. Ministério da Saúde, Brasília, n. 55, 2020. Citado na página 28.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. Portaria n° 454, de 20 de março de 2020. Diário Oficial da União, Brasília, n. 1, 2020. Citado na página 29.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. Portaria n° 467, de 20 de março de 2020. Ministério da Saúde, Brasília, n. 56, 2020. Citado na página 28.

MORIN, E.; LISBOA, T. E. *Introdução do pensamento complexo*. Porto Alegre: Sulina, 2005. Citado na página 35.

OBA, J. et al. Gastrointestinal manifestations and nutritional therapy during covid-19 pandemic: a practical guide for pediatricians. *Einstein*, v. 18, p. 1–8, 2020. Citado na página 21.

ORGANIZATION, W. W. H. *Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19): Interim guidance*. 2020. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331299/WHO-2019-nCov-IHR\\_Quarantine-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331299/WHO-2019-nCov-IHR_Quarantine-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em: 03 Dez. 2020. Citado na página 20.

ORGANIZATION, W. W. H. *Criteria for releasing COVID-19 patients from isolation: Scientific brief*. 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/criteria-for-releasing-covid-19-patients-from-isolation>>. Acesso em: 30 Set. 2020. Citado na página 21.

ORGANIZATION, W. W. H. *Home care for patients with COVID-19 presenting with mild symptoms and management of their contacts: Interim guidance*. 2020. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331473/WHO-nCov-IPC-HomeCare-2020.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 12 Out. 2020. Citado na página 30.

ORGANIZATION, W. W. H. *Home care for patients with suspected or confirmed COVID-19 and management of their contacts: Interim guidance*. 2020. Disponível em: <[https://www.who.int/publications/i/item/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications/i/item/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts)>. Acesso em: 10 Out. 2020. Citado na página 30.

ORGANIZATION, W. W. H. *Operational Planning Guidelines to Support Country Preparedness and Response*. 2020. Disponível em: <[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-19-sprp-unct-guidelines.pdf?sfvrsn=81ff43d8\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-19-sprp-unct-guidelines.pdf?sfvrsn=81ff43d8_4)>. Acesso em: 26 Jul. 2020. Citado 3 vezes nas páginas 25, 26 e 27.

PAULO, S. *Protocolo de Testagem*. 2020. Volume 4. Disponível em: <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/protocolo-de-testagem-covid-19-v-04.pdf>>. Acesso em: 01 Mai. 2020. Citado na página 22.

PEREIRA, P. B. A. Atenção domiciliar e produção do cuidado: apostas e desafios atuais. São Paulo, n. 134, 2014. Curso de Serviços de Saúde Pública, Universidade de São Paulo (USP). Cap. 6. Citado na página 20.

QIN, J. et al. Estimation of incubation period distribution of covid-19 using disease onset forward time: a novel cross-sectional and forward follow-up study. *Science Advances*, v. 6, n. 33, p. 1–7, 2020. Citado 2 vezes nas páginas 21 e 22.

ROMANO, C. M.; CHEBABO, A.; LEVI, J. E. Past, present, and future of covid-19: a review. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, v. 53, n. 9, p. 1–8, 2020. Citado na página 23.

SANAR. *Linha do tempo do Coronavírus no Brasil*. 2020. Disponível em: <<https://www.sanarmed.com/linha-do-tempo-do-coronavirus-no-brasil>>. Acesso em: 10 Out. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 28 e 29.

SAÚDE, B. Ministério da. *Nota técnica n° 03/2016 – CGAD/DAHU/SAS/MS;: Recomendações da coordenação geral de atenção domiciliar em relação à atuação dos profissionais dos serviços de atenção domiciliar (sad) do programa melhor em casa em relação à dengue, chikungunya e zika*. 2016. Disponível em: <<https://www.passeidireto.com/arquivo/63980419/nt-at-domic-e-arboviroses-final>>. Acesso em: 29 Mai. 2020. Citado na página 18.

SAÚDE, B. Ministério da. *CRONOGRAMA DE EVENTOS – MÉDICOS. EDITAL SAPS N° 5, DE 11 DE MARÇO DE 2020 - 19° CICLO. PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL*. 2020. Disponível em: <[http://maismedicos.gov.br/images/PDF/Cronograma\\_edital\\_medico\\_11.03.2020\\_19ciclo.pdf](http://maismedicos.gov.br/images/PDF/Cronograma_edital_medico_11.03.2020_19ciclo.pdf)>. Acesso em: 09 Set. 2020. Citado na página 28.

SAÚDE, B. Ministério da. *FAST -TRACK DE TELEATENIMENTO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA FLUXO RÁPIDO: Versão 9*. 2020. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/59>>. Acesso em: 10 Out. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 29 e 32.

SAÚDE, B. Ministério da. *Melhor em Casa*. 2020. Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/melhor-em-casa>>. Acesso em: 27 Mai. 2020. Citado na página 16.

SAÚDE, B. Ministério da. *NOTA INFORMATIVA N° 11/2020-SE/GAB/SE/MS, DE 15 DE JUNHO DE 2020: Orientações do ministério da saúde para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da covid-19*. 2020. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/manejo-clinico-e-tratamento>>. Acesso em: 20 Jul. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 24.

- SAÚDE, B. Ministério da. *Nota Informativa n° 17/2020 de 11 de agosto de 2020 – SE/GAB/SE/MS; Orientações do Ministério da Saúde para Manuseio Medicamentoso Precoce de Pacientes com Diagnóstico da COVID-19*. 2020. Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/August/12/COVID-11ago2020-17h16.pdf>>. Acesso em: 03 Set. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 24 e 25.
- SAÚDE, B. Ministério da. *NOTA TÉCNICA N° 9 DE 2020 - CGAHD/DAHU/SAES/MS: 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)*. 2020. Disponível em: <<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/20/doc-nota-tecnica-covid19--1-.pdf>>. Acesso em: 11 Out. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 30 e 31.
- SAÚDE, B. Ministério da. *Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19*. 2020. Versão eletrônica preliminar. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>>. Acesso em: 26 Set. 2020. Citado 3 vezes nas páginas 25, 27 e 28.
- SAÚDE, G. d. E. d. M. G. M. Secretaria de Estado de. *PLANO ESTADUAL DE CONTINGÊNCIA PARA EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA: Infecção humana pelo sars-cov-2 (doença pelo coronavírus – covid-2019)*. 2020. Disponível em: <<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/PLANO-DE-CONTINGENCIA-novo-coronavirus-MINAS-GERAIS-EM-REVIS--O.pdf>>. Acesso em: 10 Out. 2020. Citado na página 32.
- SAÚDE MINISTÉRIO DA SAÚDE, B. Secretaria de Vigilância em. *Boletim Epidemiológico 02*. 2020. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/Boletim-epidemiologico-COECORONA-SVS-13FEV20.pdf>>. Acesso em: 07 Set. 2020. Citado na página 27.
- SAÚDE, O. Organização Pan-Americana de. *Transmissão do SARS-CoV-2: implicações para as precauções de prevenção de infecção.*: Resumo científico. 2020. Disponível em: <[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52472/OPASWBRACOV-1920089\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52472/OPASWBRACOV-1920089_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em: 30 Set. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 21 e 22.
- SAVASSI, L. C. M. et al. 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*, p. 1–42, 2020. Citado na página 32.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO E COORDENAÇÃO, TERESÓPOLIS. Decreto n° 5257, de 17 de março de 2020. Diário Oficial Eletrônico do Município de Teresópolis, Teresópolis, n. 50, 2020. Citado na página 28.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO E COORDENAÇÃO, TERESÓPOLIS. Decreto n° 5261, de 20 de março de 2020. Diário Oficial Eletrônico do Município de Teresópolis, Teresópolis, n. 1, 2020. Citado na página 29.
- SIDDIQI, H. K.; MEHRA, M. R. Covid-19 illness in native and immunosuppressed states: A clinical - therapeutic staging proposal. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, v. 39, n. 5, p. 405–407, 2020. Citado na página 23.

SOUZA, E. A. *Programa Melhor em casa. Rede Humaniza SUS: 2015*. 2015. Disponível em: <<http://redehumanizasus.net/92274-programa-melhor-em-casa/>>. Acesso em: 20 Abr. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 18.

TRIBUNAL DE CONTAS, DISTRITO FEDERAL DF. Portaria n° 92, de 12 de março de 2020. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, n. 1, 2020. Citado na página 28.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educação e Pesquisa*, p. 443–466, 2005. Citado 2 vezes nas páginas 12 e 34.

WILLIAMSON, E. J. et al. Factors associated with covid-19-related death using opensafely. *Nature*, v. 584, p. 430–436, 2020. Citado na página 20.

YING, L. et al. *Diagnostic Indexes of a Rapid IgG/IgM Combined Antibody Test for SARS-CoV-2*. 2020. Disponível em: <<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.26.20044883v1>>. Acesso em: 30 Set. 2020. Citado na página 22.