

Atendimento domiciliar para pacientes com COVID-19 que apresentam sintomas leves e manejo de seus contatos

Orientação provisória

17 de março de 2020



Introdução

A OMS preparou esta orientação provisória com recomendações relativas à prestação de assistência domiciliar segura para pacientes com suspeita de infecção por COVID-19, com sintomas leves^a, e medidas de saúde pública relativas ao gerenciamento de seus contatos.

Este documento foi adaptado da orientação provisória para infecção por coronavírus que causa a síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV), publicada em junho de 2018¹. Ele se pauta nas diretrizes baseadas em evidência publicadas pela OMS, incluindo o documento *Infection prevention and control of epidemic- and pandemic- prone acute respiratory diseases in health care*,² e nas informações atualmente disponíveis sobre COVID-19.

Estas orientações rápidas foram atualizadas com as informações mais recentes e têm o objetivo de guiar os profissionais de saúde pública e de prevenção e controle de infecção (PCI), bem como gerentes de saúde e profissionais de saúde, nas questões relativas à assistência domiciliar para pacientes com suspeita de infecção por COVID-19 que apresentem sintomas leves, bem como o gerenciamento de seus contatos. Esta orientação baseia-se nas evidências disponíveis para o vírus COVID-19 e na possibilidade de se implementar medidas domiciliares de prevenção e controle de infecções. Para os fins deste documento, o termo “cuidador” refere-se a pais, cônjuges e outros familiares ou amigos, sem capacitação formal na área de saúde.

Para ler as definições de caso, consulte o documento [Global Surveillance for human infection with coronavirus disease \(COVID-19\)](#). Para obter orientações sobre PCI para instituições de saúde, consulte o documento [Infection prevention and control during health care when COVID-19 is suspected](#).

Onde tratar pacientes com COVID-19

A OMS recomenda que todos os casos confirmados por exames laboratoriais sejam isolados e atendidos em uma unidade de saúde. A OMS recomenda que todos os pacientes com suspeita de infecção por COVID-19 que apresentem síndrome respiratória aguda grave (SRAG) passem por triagem no primeiro ponto de contato com o sistema de saúde, e que o

^a Doença leve pode incluir: sintomas sem complicações de infecção viral do trato respiratório superior, como febre, fadiga, tosse (com ou sem produção de catarro), anorexia, mal estar, dor de garganta, dor muscular, dispneia, congestão nasal ou dor de cabeça. Em casos raros, os pacientes podem também apresentar diarreia, náusea e vômitos.

tratamento de emergência seja iniciado com base na gravidade da doença. A OMS atualizou as [diretrizes de tratamento para pacientes com IRA associada a COVID-19](#), que incluem orientações sobre populações vulneráveis (como idosos, gestantes e crianças). Em situações onde não for possível o isolamento de todos os casos em uma unidade de saúde, a OMS enfatiza a priorização daqueles casos com maior probabilidade de desfechos negativos: pacientes com doença crítica e grave e aqueles com doença leve e risco de desfecho negativo (idade >60 anos, casos com comorbidades de base como, por exemplo, doença cardiovascular crônica, doença respiratória crônica, diabetes, câncer).

Se todos os casos leves não puderem ser isolados em unidades de saúde, então aqueles que apresentarem doença leve e nenhum fator de risco podem precisar ser isolados em unidades não tradicionais, como hotéis, estádios ou ginásios adaptados onde eles possam permanecer até que os sintomas desapareçam e os testes laboratoriais para o vírus COVID-19 retornem negativos. Outra solução para pacientes com doença leve e sem fatores de risco é que eles sejam tratados em casa.

Atendimento domiciliar para pacientes com suspeita de infecção por COVID-19 com sintomas leves

Para pacientes com doença leve, a hospitalização pode não ser possível devido à sobrecarga no sistema de saúde, ou talvez não seja necessária, a menos que haja indícios de rápida deterioração do quadro.³ Em caso de pacientes que apresentem somente doença leve, pode-se considerar o atendimento domiciliar, desde que esses pacientes possam ser acompanhados e cuidados por familiares. O atendimento domiciliar também pode ser considerado em caso de impossibilidade ou insegurança da internação (ex.: capacidade limitada ou recursos insuficientes para atender à demanda dos serviços de saúde).

Em qualquer uma dessas situações, pacientes com sintomas leves¹ e sem doenças de base crônicas – como doença pulmonar ou cardíaca, insuficiência renal ou imunocomprometidos, que aumentem o risco de ter complicações – podem ser atendidos no ambiente domiciliar. Essa decisão requer julgamento clínico criterioso e deve ser uma decisão pautada na avaliação da segurança do paciente no ambiente domiciliar^b.

Em caso de prestação de assistência domiciliar, em situações onde isso seja factível, um profissional de saúde qualificado

^b Um exemplo de lista de verificação para avaliação das condições ambientais no domicílio pode ser encontrado no Anexo C da referência 2.

deve fazer uma avaliação para verificar se o ambiente domiciliar é apropriado para os serviços de assistência; o profissional de saúde deve avaliar se o paciente e os familiares são capazes de tomar as precauções recomendadas como parte do isolamento domiciliar (ex.: higienização das mãos, higiene respiratória, limpeza do ambiente, limitação de movimentação dentro da casa e para sair) e abordar questões de segurança (como, por exemplo, ingestão acidental e risco de incêndio associado ao uso de álcool gel).

Em casos onde seja possível, deve-se estabelecer um elo de comunicação com o prestador de serviços de saúde ou a equipe de saúde pública, ou ambos, durante todo período da assistência domiciliar – ou seja, até a resolução completa dos sintomas do paciente. Informações mais completas sobre a COVID-19 e sua transmissão são necessárias para definir a duração das precauções de isolamento domiciliar.

Os pacientes e familiares devem ser instruídos quanto à higiene pessoal, medidas básicas de prevenção e controle de infecções, e sobre como cuidar de um familiar com suspeita de infecção por COVID-19 da maneira mais segura possível, evitando a disseminação do vírus para outros contatos na mesma residência. O paciente e os habitantes da residência devem receber suporte, informações e monitoramento de forma contínua durante todo o período de atendimento domiciliar. Os habitantes da residência devem cumprir as seguintes recomendações:

- Colocar o paciente sozinho em um cômodo, com boa ventilação (ou seja, janela e porta abertas).
- Limitar a movimentação do paciente e minimizar os espaços compartilhados. Certificar-se de que áreas comuns (como cozinha, banheiro) estejam bem ventiladas (manter as janelas abertas).
- Os demais habitantes da residência devem ficar em outro cômodo ou, se não for possível, manter distância de pelo menos 1 metro da pessoa doente (por exemplo, dormir em cama separada)^c.
- Limitar o número de cuidadores do paciente. O ideal é designar uma pessoa com boas condições de saúde, que não tenha doenças de base crônicas ou que esteja imunocomprometida.³ Visitas são proibidas até que o paciente esteja completamente recuperado e não apresente sinais ou sintomas da COVID-19.
- Realizar higienização das mãos após qualquer tipo de contato com o paciente ou seu ambiente imediato.⁴ A higienização das mãos também deve ser realizada antes e depois da preparação de alimentos, antes de comer, após usar o banheiro, e sempre que as mãos aparentarem estar sujas. Se as mãos não estiverem visivelmente sujas, pode-se usar álcool gel. Quando as mãos estiverem visivelmente sujas, higienizar as mãos com sabão e água.

^c Pode-se abrir uma exceção para mães que estejam amamentando. Considerando-se os benefícios do aleitamento materno e a influência mínima do leite materno na transmissão de outros vírus respiratórios, a mãe pode continuar amamentando. A mãe deve usar uma máscara cirúrgica quando estiver próxima ao bebê, e fazer higienização das mãos antes e após contato mais próximo com o bebê. Ela também precisa seguir as outras medidas de higiene descritas neste documento.

- Ao se lavar as mãos com sabão e água, recomenda-se secá-las com toalhas de papel descartáveis. Quando não estiverem disponíveis, usar toalhas de pano limpas e trocá-las quando estiverem molhadas.
- Para conter secreções respiratórias, deve-se fornecer ao paciente uma máscara cirúrgica^d, para ser usada pelo maior tempo possível e ela deve ser substituída diariamente. Os indivíduos incapazes de tolerar o uso da máscara cirúrgica devem adotar rigorosamente a higiene respiratória, ou seja, cobrir com lenço de papel descartável a boca e o nariz ao tossir ou espirrar. Descartar ou limpar corretamente os materiais usados para cobrir a boca e o nariz após o uso (por exemplo, lavar lenços de pano usando sabão comum ou detergente e água).
- O cuidador deve usar uma máscara cirúrgica que cubra a boca e o nariz, enquanto estiver no mesmo cômodo que o paciente. Não se deve tocar nem mexer na máscara durante o uso. Se a máscara ficar molhada ou suja de secreção, ela deve ser imediatamente trocada por outra máscara nova, limpa e seca. Deve-se remover a máscara usando a técnica adequada – ou seja, não tocar pela frente, e sim pelo laço na parte de trás. Descartar imediatamente a máscara após o uso e realizar higienização das mãos.
- Evitar contato direto com fluidos corporais, sobretudo secreções orais ou respiratórias, e fezes. Usar máscara e luvas descartáveis durante procedimentos respiratórios ou orais, e sempre que manusear fezes, urina e resíduos. Realizar higienização das mãos antes e após a remoção das luvas e da máscara.
- Não reutilizar máscaras ou luvas.
- Usar roupa de cama e utensílios de cozinha exclusivos para o paciente; esses itens devem ser lavados com água e sabão após o uso e podem ser reutilizados em vez de descartados.
- Limpar e desinfetar diariamente as superfícies frequentemente manuseadas em toda a área de assistência ao paciente, como mesas de cabeceira, cabeceira da cama, e outros móveis presentes no dormitório. Deve-se primeiramente usar sabão comum ou detergente de uso doméstico para a limpeza e depois, após o enxágue, usar desinfetante de uso doméstico contendo hipoclorito de sódio a 0,1% (ou seja, o equivalente a 1000 ppm).
- Limpar e desinfetar as superfícies do banheiro e vaso sanitário pelo menos uma vez por dia. Deve-se primeiramente usar sabão comum ou detergente de uso doméstico para a limpeza e depois, após o enxágue, usar desinfetante de uso doméstico contendo hipoclorito de sódio a 0,1%.
- Limpar as roupas do paciente, roupas de cama, toalhas de banho e de mão, etc. com sabão em pó e água ou lavar à máquina a 60-90 °C com detergente comum de uso doméstico, e deixar secar completamente. Colocar tecidos contaminados em uma bolsa de lavanderia. Não sacudir roupas sujas e evitar contato direto da pele e das roupas com materiais contaminados.
- Luvas e acessórios de proteção (por exemplo, aventais de plástico) devem ser usados para limpar superfícies ou manusear roupas ou tecidos contaminados com fluidos corporais. Dependendo do contexto, pode-se usar luvas reutilizáveis ou descartáveis. Luvas reutilizáveis devem

^d Máscaras cirúrgicas são aquelas utilizadas em cirurgias ou procedimentos, planas ou pregueadas (algumas são côncavas); elas são mantidas na posição correta por fitas amarradas atrás da cabeça.

ser lavadas com sabão e água e desinfetadas com hipoclorito de sódio a 0,1% após o uso. Luvas descartáveis (de nitrila ou látex) devem ser descartadas após cada uso. Realizar higienização das mãos antes de usar e após a remoção das luvas.

- Luvas, máscaras e outros resíduos gerados durante o atendimento domiciliar devem ser colocados em uma lata de lixo com tampa, no quarto do paciente, antes de serem descartados como resíduo infectante^c. O ônus do descarte de resíduos infectantes é da autoridade sanitária local.
- Evitar outros tipos de exposição a itens contaminados no ambiente imediato do paciente (por exemplo, não compartilhar escovas de dente, cigarros, utensílios de cozinha, pratos, bebidas, toalhas, esponja de banho ou roupas de cama).
- Quando um profissional de saúde prestar assistência domiciliar, ele deve realizar uma avaliação de riscos para selecionar os equipamentos de proteção individual (EPI) corretos, e seguir as recomendações e precauções para gotículas e contato.
- Para que sejam liberados do isolamento domiciliar, os casos leves confirmados por testes laboratoriais que sejam atendidos em casa devem apresentar teste negativo de PCR duas vezes de amostras coletadas com pelo menos 24 horas de separação. Quando não for possível realizar os testes, a OMS recomenda que os pacientes confirmados permaneçam isolados por mais duas semanas após o desaparecimento dos sintomas.

Manejo de contatos

Pessoas (inclusive cuidadores e profissionais de saúde) que tenham sido expostas a indivíduos com suspeita de infecção por COVID-19 são consideradas contatos, e devem ser instruídas a monitorar seu estado de saúde por 14 dias, a partir do último dia de possível contato.

Contatos são pessoas em qualquer uma das situações descritas a seguir que tenham ocorrido no período entre 2 dias antes até 14 dias depois do início dos sintomas do paciente:⁵

- Contato presencial com um paciente infectado com COVID-19 a menos de 1 metro de distância e por >15 minutos.
- Pessoas que prestam atendimento direto a pacientes infectados com COVID-19 sem uso de equipamentos de proteção individual adequados.
- Ficar junto a um paciente infectado com COVID-19 no mesmo ambiente fechado (inclusive compartilhar o espaço de trabalho, sala de aula ou residência ou participar da mesma reunião) durante qualquer período de tempo.
- Viajar próximo (ou seja, a uma distância inferior a 1 metro) a um paciente infectado com COVID-19 em qualquer meio de transporte.
- E outras situações, conforme indicado em avaliações locais de risco.

Deve-se estabelecer uma forma de comunicação entre os cuidadores e um prestador de serviços de saúde durante todo

^c As autoridades locais de saúde devem adotar medidas para garantir que resíduos sejam descartados em aterro sanitário, e não em lixões abertos não monitorados.

o período de observação. Os profissionais de saúde devem também avaliar estado de saúde dos contatos por telefone, mas o ideal, se possível, é que sejam realizadas visitas presenciais diárias e exames diagnósticos específicos, conforme necessário.

O prestador de serviços de saúde deve fornecer aos contatos, com antecedência, instruções de quando e onde buscar assistência caso um contato venha a adoecer, qual seria o modo mais apropriado de transporte, quando e por onde entrar na instituição de saúde designada, e quais precauções de prevenção e controle de infecções devem ser observadas.

Se um contato desenvolver sintomas, as seguintes medidas devem ser tomadas:

- Comunicar à unidade de saúde designada que um contato sintomático está a caminho da unidade.
- No percurso até a unidade de saúde, o contato deve usar uma máscara cirúrgica.
- O contato deve evitar usar transporte público até a unidade de saúde, se possível; chamar uma ambulância ou transportar o paciente em um veículo particular, com todas as janelas abertas, se possível.
- Os contatos sintomáticos devem ser orientados a sempre fazer a higiene respiratória e das mãos e a guardar a maior distância possível de outras pessoas quando estiverem em pé ou sentados (pelo menos 1 metro) durante o deslocamento ou em uma unidade de saúde.
- Quaisquer superfícies que tenham entrado em contato com secreções respiratórias ou outros fluidos corporais durante o transporte devem ser limpas com sabão ou detergente, e desinfetadas com produtos de uso doméstico que contenham água sanitária diluída a 0,5%.

Agradecimentos

A versão original da orientação de prevenção e controle de infecção (PCI) pelo MERS-CoV (1), que serviu de base para este documento, foi preparada após consulta à Rede Global de Prevenção de Infecções da OMS e a outros especialistas internacionais. A OMS agradece a todos os envolvidos na elaboração dos documentos de PCI para MERS-CoV.

A OMS agradece aos especialistas listados abaixo por seu trabalho de revisão: Abdullah M Assiri, Diretor Geral, Controle de Infecções, Ministério da Saúde, Arábia Saudita; Michael Bell, Vice-diretor da Divisão de Promoção de Qualidade em Saúde, *Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, GA, USA; Gail Carson, *ISARIC Global Support Centre*, Diretor de Desenvolvimento de Redes, Consultor em Infectologia e Consultor Honorário da *Public Health England*, Reino Unido; John M Conly, Departamento de Medicina, Microbiologia, Imunologia e Doenças Infecciosas, *Calvin, Phoebe and Joan Snyder Institute for Chronic Diseases*, Faculdade de Medicina, *University of Calgary*, Calgary, Canadá; Barry Cookson, Divisão de Infecções e Imunidade, *University College*, Londres, Reino Unido; Babacar NDoye, Membro do Conselho de Diretores, *Infection Control Network*, Dakar, Senegal; Kathleen Dunn, Gerente, Departamento de Infecções Associadas à Assistência em Saúde e Prevenção e Controle de Infecções, Centro de Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis, *Public Health Agency*, Canadá; Dale Fisher,

Comitê Diretivo da Rede Mundial de Alerta e Resposta a Surtos Epidêmicos; Fernanda Lessa, Epidemiologista, Divisão de Promoção de Qualidade em Saúde, *Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, GA, USA; Moi Lin Ling, Diretor do Departamento de Controle de Infecções, Hospital Geral de Singapura, Singapura, e Presidente da *Asia Pacific Society of Infection Control (APSIC)*; Didier Pittet, Diretor, Programa de Controle de Infecções e Centro Colaborador da OMS para Segurança de Pacientes da OMS, Hospitais-universitários e Faculdade de Medicina da Universidade de Genebra, Genebra, Suíça; Fernando Otaiza O’Ryan, Chefe do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções (PCI), Ministério da Saúde, Santiago, Chile; Diamantis Plachouras, Unidade de Vigilância e Suporte a Respostas, *European Centre for Disease Prevention and Control*, Solna, Suécia; Wing Hong Seto, Departamento de Medicina Comunitária, Escola de Saúde Pública, Universidade de Hong Kong, Hong Kong, China; Nandini Shetty, Microbiologista consultor, *Reference Microbiology Services, Health Protection Agency*, Colindale, Reino Unido; Rachel M. Smith, Divisão de Promoção de Qualidade em Saúde, *Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, GA, EUA.

Gostaríamos também de agradecer os membros da equipe da OMS:

Benedetta Allegranzi, Gertrude Avortri, April Baller, Ana Paula Coutinho, Nino Dal Dayanghirang, Christine Francis, Pierre Clave Kariyo, Maria Clara Padoveze, Joao Paulo Toledo, Nahoko Shindo, Valeska Stempluk, e Maria Van Kerkhove.

Referências

1. World Health Organization. [Home care for patients with Middle East respiratory syndrome coronavirus \(MERS- CoV\) infection presenting with mild symptoms and management of contacts: interim guidance](#) (accessed 26 January 2020).
2. World Health Organization. [Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory diseases in health care.](#) (accessed 26 January 2020).
3. World Health Organization. [Clinical management of severe acute respiratory infection \(SARI\) when COVID- 19 disease is suspected.](#) Geneva: World Health Organization; 2020 (accessed 17 March 2020).
4. World Health Organization. [WHO guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge.](#) (accessed 20 January 2020).
5. World Health Organization. [Global surveillance for human infection with novel coronavirus \(2019-nCoV\): interim guidance](#) (accessed 17 March 2020).

Referências adicionais

World Health Organization. [Management of asymptomatic persons who are RT-PCR positive for Middle East respiratory syndrome](#)

© **Organização Pan-Americana da Saúde, 2020.** Alguns direitos reservados. Este trabalho é disponibilizado sob licença CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Número de referência da OPAS: OPAS/BRA/Covid-19/20-044

[coronavirus \(MERS-CoV\): interim guidance](#), (accessed 20 January 2020).

World Health Organization. [Clinical management of severe acute respiratory infection when Middle East respiratory syndrome coronavirus \(MERS-CoV\) infection is suspected: interim guidance](#), (accessed 20 January 2020).

World Health Organization. [Infection prevention and control during health care for probable or confirmed cases of Middle East respiratory syndrome coronavirus \(MERS- CoV\) infection: interim guidance.](#) (accessed 20 January 2020).

Atkinson J, Chartier Y, Pessoa-Silva CL, Jensen P, Li Y, Seto WH, editors. Natural ventilation for infection control in health-care settings: WHO guidelines 2009. Geneva: World Health Organization; 2009 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/44167>, accessed 20 January 2020).

Laboratory testing for 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in suspected human cases: interim guidance, 17 January 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330676>, accessed 20 January 2020).

Chan JF, Yuan S, Kok KH, To KK, Chu H, Yang J, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet*. 2020. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30154-9.

Drosten C, Meyer B, Müller MA, Corman VM, Al-Masri M, Hossain R, et al. Transmission of MERS-coronavirus in household contacts. *N Engl J Med*. 2014;371:828-35. doi:10.1056/NEJMoa1405858.

Health Protection Agency (HPA) UK Novel Coronavirus Investigation Team. Evidence of person-to-person transmission within a family cluster of novel coronavirus infections, United Kingdom, February 2013. *Euro Surveill*. 2013; 18(11): 20427. doi:10.2807/ese.18.11.20427-en.

Hung C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020. doi:10.1016/S0140-6736(20)30183-5.

Li Q, Guan X, Wu P, Zhou L, Tong Y, Ren R, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *N Engl J Med*. 2020. doi:10.1056/NEJMoa2001316.

Omrani AS, Matin MA, Haddad Q, Al-Nakhli D, Memish ZA, Albarak AM. A family cluster of Middle East respiratory syndrome coronavirus infections related to a likely unrecognized asymptomatic or mild case. *Int J Infect Dis*. 2013;17(9):e668-72. doi:10.1016/j.ijid.2013.07.001.

Ren LL, Wang YM, Wu YQ, Xiang YC, Guo L, Xu T, et al. Identification of a novel coronavirus causing severe pneumonia in human: a descriptive study. *Chin Med J (Engl)*. 2020. doi:10.1097/CM9.0000000000000722.

A OMS continua a monitorar a situação de perto para identificar mudanças que possam afetar esta orientação provisória. Caso algum fator mude, a OMS irá emitir uma nova atualização. Caso contrário, este documento de orientação provisória irá expirar 2 anos após a data de sua publicação.