

REVISÃO:

CONSIDERAÇÕES DE COVID-19 PARA ATENDIMENTO DOMICILIAR E COMUNITÁRIO. MAIO 2020

SUMÁRIO EXECUTIVO

Considerações gerais

- Muitas diretrizes dos países de baixa e média renda (PBMRs) reconhecem a necessidade de apoiar os cuidados domiciliares e comunitários para a COVID-19 (conforme considerado clinicamente apropriado, geralmente recomendado apenas para casos de doenças “leves”) por razões como a proteção da capacidade de resposta dos contextos formais de cuidados de saúde, e para reduzir o risco de propagação da infecções nas unidades de saúde.
- Nem todas as pessoas poderão acessar aos serviços devido a fatores como custo ou disponibilidade e, nesses casos, dependerão fortemente de um leque mais amplo de serviços alternativos, como prestadores informais ou vendedores de medicamentos. A realidade e os recursos do sistema de saúde local exigirão considerações específicas para garantir a relevância do contexto e para solucionar as lacunas e dar apoio na medida do possível. As respostas à COVID-19 não devem minar os cuidados de saúde para outras condições prevalentes.
- Algumas pessoas podem preferir o atendimento domiciliar por várias razões, incluindo a desconfiança nos serviços formais de saúde decorrentes de exclusões históricas e de más experiências do passado. É preciso concentrar esforços para criar diálogo e estabelecer relações de confiança com pessoas nos contextos locais.
- As orientações para o atendimento domiciliar devem evitar suposições sobre os recursos, as capacidades e as preferências das pessoas, e devem levar em consideração as suas diversas configurações sociais, econômicas e do sistema de saúde. É urgentemente necessária uma orientação prática, adaptada ao contexto e aos materiais de apoio facilmente disponíveis.

Informações e comunicação sobre atendimento domiciliar para a COVID-19

- As informações sobre a prevenção e controle de infecção (PCI) básicos são fortemente enfatizadas em materiais de comunicação pública sobre a COVID-19, mas orientações e conselhos específicos sobre o atendimento domiciliar não são tão visíveis ou de fácil acesso. São necessários vários materiais de

comunicação com foco no atendimento domiciliar, em formatos digital e não digital e em diversos idiomas.

- A comunicação e o diálogo bidirecional ao nível local são vitais para garantir que a troca de mensagens, o apoio e a mobilização de recursos reflitam o conhecimento, as preferências e as necessidades da população local. Os riscos de infecção dificultam a implementação segura das estratégias presenciais de envolvimento comunitário e, portanto, são necessárias estratégias alternativas de diálogo.
- É preciso concentrar esforços especialmente para alcançar grupos marginalizados como mulheres, analfabetos e pessoas com deficiência, com informações apropriadas e úteis sobre cuidados domiciliares.
- As informações e orientações devem refletir as percepções locais sobre doenças, sintomas e busca de saúde, e integrar práticas e abordagens indígenas úteis para a prevenção e controle de doenças.

Condições de moradia, equipamento de proteção individual (EPI) e outros recursos para PCI

- Muitas orientações de atendimento domiciliar à COVID-19 ignoram diferentes tipos de moradias, como dormitórios e albergues, e condições como o compartilhamento de espaço doméstico limitado, falta de água corrente e de banheiros. É urgente haver orientações para cuidados e PCI nestes ambientes, e medidas para resolver a falta de saneamento.
- As orientações negligenciam, igualmente, famílias numerosas, multi-geracionais e unipessoais. Algumas opções a se considerar podem ser a “proteção” em casa ou entre familiares ou vizinhos para proteger idosos e outras pessoas em risco de doença grave, ou modelos de “cuidados entre pares” para famílias monoparentais.
- Em geral, as orientações para o atendimento domiciliar recomendam que os profissionais de saúde usem EPI médico, incluindo máscaras descartáveis, luvas e roupas de proteção, e pressupõem que haja sabonete, desinfetante e mecanismos de tratamento de resíduos – mas não apresentam recomendações sobre alternativas. É necessário fomentar alternativas seguras, eficazes e de origem local para EPIs médicos e desinfetantes para a PCI, assim como as orientações para o manuseamento de resíduos em ambientes que não dispõem de serviços adequados.

Cuidados de apoio à COVID-19 em casa

- A comunicação entre cuidadores domiciliares e profissionais de saúde é essencial para monitorar a saúde dos pacientes com COVID-19, dando-lhes aconselhamento e, se necessário, proceder o encaminhamento para terapias intensivas. Se as pessoas tiverem acesso limitado à tecnologia de comunicação ou onde as linhas diretas de resposta não estão funcionando de maneira ideal, devem ser consideradas opções alternativas, como telefones compartilhados e/ou visitas regulares de profissionais

de saúde ou agentes comunitários de saúde (ACSs) (com atenção à PCI, como ficar de fora da casa, respeitar uma distância segura, e utilizar EPI adequado).

- São necessárias orientações mais detalhadas sobre como reconhecer sinais de agravamento do quadro clínico devido à COVID-19, quando e como solicitar ajuda, e como cuidar de pacientes gravemente doentes em casa (como último recurso), incluindo manejo de sintomas e cuidados paliativos. Seria ideal se houvesse equipes locais de cuidados paliativos com especialização em saúde e espiritual e proteção adequada para auxiliar os cuidadores. Parentes e líderes espirituais devem ser facilitados para visitar com segurança, pessoalmente ou virtualmente, pessoas que estão morrendo.
- Os profissionais de saúde ou ACSs e outros provedores de saúde locais precisarão de treinamento para o atendimento domiciliar, especialmente para doenças moderadas e graves associadas à COVID-19. Vários profissionais de saúde podem desempenhar um papel crucial não apenas no aconselhamento, mas também no fornecimento e administração de oxigênio terapêutico em casa, se a internação não for uma possibilidade e se os serviços locais puderem apoiar esse tipo de cuidados. Da mesma forma, os profissionais de saúde podem ser apoiados com segurança para ajudar na identificação de sinais de agravamento do quadro clínico, por exemplo, medindo os níveis de oxigênio dos pacientes com oxímetros de pulso para monitorar a “hipóxia silenciosa”, cujo reconhecimento é difícil.
- Cuidadores, pacientes e outros familiares podem precisar de ajuda com a alimentação e outras necessidades, como medicamentos básicos. É preciso criar mecanismos localmente apropriados para fornecer esses itens essenciais.

Cuidados em instalações comunitárias reaproveitadas e temporárias

- Instalações de cuidados comunitários onde as pessoas com COVID-19 estão isoladas para atendimento em espaços existentes ou reaproveitados, devem ser consideradas se as condições locais impedirem o atendimento domiciliar com segurança. Em contextos em que o número de casos confirmados de COVID-19 é baixo e há testes disponíveis, ainda pode ser considerada uma “boa prática” isolar todas as pessoas com COVID-19 e proporcionar-lhes algum tipo de assistência hospitalar.
- As pessoas podem evitar ou “fugir” dos estabelecimentos de saúde em contextos em que a confiança nos serviços formais de saúde ou no governo é baixa, como também nos casos em que esses locais são mal administrados e não são bem higienizados. Deve-se evitar a coerção e devem ser feitos esforços para trabalhar com autoridades públicas locais confiáveis.
- Os locais devem operar de forma transparente, em edifícios aceitáveis, com limpeza excepcional e com a oferta de alimentos de qualidade, cuidados, segurança, privacidade e oportunidades de comunicação entre os pacientes e os familiares.

Engajamento com atores e instituições comunitárias locais de confiança

- O mais importante no atendimento de base comunitária é o envolvimento, o treinamento e a capacitação dos atores locais para facilitar e fornecer cuidados seguros. Eles variam de acordo com o contexto, mas podem incluir ACSs, curandeiros informais e tradicionais, redes religiosas, ONGs e outros grupos comunitários.
- Os atores locais que “conhecem” o seu contexto podem ajudar a desenvolver e adaptar orientações para refletir a cultura local, condições, capacidades e recursos disponíveis, e garantir que a informação seja disseminada por meio de canais e redes formais e informais confiáveis e influentes.
- Com o devido apoio e treinamento, a população local pode ajudar a identificar as necessidades e fornecer os recursos necessários para o atendimento domiciliar, como EPI, água e saneamento, e telefones celulares, às comunidades e famílias que mais precisam, além de ajudar a estabelecer planos de “proteção”, selecionar, equipar e gerenciar as instalações de base comunitária, e apoiar a resposta formal de outras maneiras.

ÍNDICE

SUMÁRIO EXECUTIVO.....	1
CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	1
INFORMAÇÕES E COMUNICAÇÃO SOBRE ATENDIMENTO DOMICILIAR PARA A COVID-19	1
CONDIÇÕES DE MORADIA, EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) E OUTROS RECURSOS PARA PCI	2
CUIDADOS DE APOIO À COVID-19 EM CASA	2
CUIDADOS EM INSTALAÇÕES COMUNITÁRIAS REAPROVEITADAS E TEMPORÁRIAS.....	3
ENGAJAMENTO COM ATORES E INSTITUIÇÕES COMUNITÁRIAS LOCAIS DE CONFIANÇA	43
INTRODUÇÃO.....	7
POR QUE OS CUIDADOS DOMICILIARES E COMUNITÁRIOS SÃO IMPORTANTES?	9
REVISÃO DAS ORIENTAÇÕES EXISTENTES SOBRE CUIDADOS DOMICILIARES E COMUNITÁRIOS PARA A COVID-19 EM DIFERENTES	
CONTEXTOS	11
RESUMO DAS DIRETRIZES EXISTENTES PARA O ATENDIMENTO DOMICILIAR À COVID-19	11
COMUNICAÇÃO DE ORIENTAÇÕES E CONSELHOS.....	15
VISITAS DOMICILIARES DE TRABALHADORES DE SAÚDE E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	16
CUIDADOS COMUNITÁRIOS EM INSTALAÇÕES REAPROVEITADAS OU TEMPORARIAMENTE CONSTRUÍDOS	17
PRINCIPAIS QUESTÕES E RECOMENDAÇÕES PARA LIDAR COM LACUNAS NO ATENDIMENTO DOMICILIAR E COMUNITÁRIO.....	18
1. ACESSIBILIDADE E COMUNICAÇÃO DAS ORIENTAÇÕES DE ATENDIMENTO DOMICILIAR	18
1.1 CONSIDERAR AS BARREIRAS AO ACESSO À ORIENTAÇÃO E APOIO	18
1.2 CONSIDERAR AS LIMITAÇÕES NA TECNOLOGIA DE TELEFONIA MÓVEL E COMUNICAÇÃO E EXCLUIR EXCLUSÕES DE ENDEREÇOS	20
1.3 ABORDAR A FALTA DE MATERIAIS DE COMUNICAÇÃO DISPONÍVEIS AO PÚBLICO SOBRE ASPECTOS PRÁTICOS DO ATENDIMENTO DOMICILIAR	21
1.4 FACILITAR O DIÁLOGO PARA FLUXOS DINÂMICOS DE INFORMAÇÃO E ADAPTAÇÃO ADEQUADA AO ATENDIMENTO DOMICILIAR	22
2. QUESTÕES PRÁTICAS EM TORNO DE DIVERSAS CONDIÇÕES SOCIAIS E MATERIAIS E PCI EM RESIDÊNCIAS EM AMBIENTES COM POUCOS RECURSOS.....	23
2.1 RECONHECER CONFIGURAÇÕES DE HABITAÇÃO E SANEAMENTO COMPLEXAS E ADAPTAR O CPI DA FORMA APROPRIADA	2423
2.2 ADAPTAR ORIENTAÇÕES PARA ACOMODAR DIVERSAS FORMAS DE COMPOSIÇÃO FAMILIAR E ARRANJOS SOCIAIS	25
2.3 AVALIAR O ACESSO AO EPI EM AMBIENTES COM POUCOS RECURSOS E RESOLVER AS DEFICIÊNCIAS NA MEDIDA DO POSSÍVEL.....	2726
2.4 LIDAR COM A ELIMINAÇÃO DE RESÍDUOS PARA GARANTIR A PCI EM AMBIENTES COM POUCOS RECURSOS.....	28
3. LEVAR EM CONSIDERAÇÃO AS REALIDADES E RECURSOS DO SISTEMA DE SAÚDE LOCAL E CONSIDERAR A BUSCA DE SAÚDE LOCAL	29
3.1 ENGAJAR DIVERSOS ATORES LOCAIS DA SAÚDE, INCLUINDO AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, VENDEDORES DE DROGAS, CURANDEIROS INFORMAIS E LÍDERES RELIGIOSOS E ADAPTAR A ORIENTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO PARA LEVAR EM CONTA OS SERVIÇOS DE SAÚDE DISPONÍVEIS LOCALMENTE	29
3.2 RECONHECER MODELOS DE DOENÇA E BUSCA DE SAÚDE POR NATIVOS E HÍBRIDOS	3130
4. APOIAR OS PRESTADORES DE CUIDADOS E EXPANDIR O ESCOPO DE ACONSELHAMENTO E APOIO.....	32
4.1 PROPORCIONAR OS MECANISMOS APROPRIADOS E REALISTAS CONFORME O CONTEXTO PARA COMUNICAÇÃO E APOIO AOS CUIDADORES EM CASA	32

4.2 DAR ORIENTAÇÃO E APOIO AO ATENDIMENTO DOMICILIAR, NÃO APENAS PARA DOENÇAS LEVES, MAS TAMBÉM PARA DOENÇAS MODERADAS E GRAVES, E PARA CUIDADOS PALIATIVOS, POIS, EM CERTAS CIRCUNSTÂNCIAS, ISSO PODE SER NECESSÁRIO PARA OS CUIDADORES.....	33
4.3 DAR ORIENTAÇÃO E APOIO QUE RECONHEÇA QUE O ATENDIMENTO DOMICILIAR PODE ESTAR COBRINDO OUTRAS CONDIÇÕES ALÉM DA COVID-19.....	35
4.4 DAR CLAREZA EM RELAÇÃO AO AUTOCUIDADO E APOIO ROBUSTO PARA AS PESSOAS QUE PRESTAM OS CUIDADOS	36
4.5 LIDAR COM O ACESSO A ALIMENTOS E OUTRAS NECESSIDADES MATERIAIS E PSICOSSOCIAIS DE CUIDADORES, FAMÍLIAS E PACIENTES	37
4.6 RECONHECER QUE OS CUIDADORES – ESPECIALMENTE MULHERES – PODEM PRECISAR DE APOIO MULTIDIMENSIONAL	38
5. QUALIDADE E CONFIANÇA NOS CUIDADOS COMUNITÁRIOS EM INSTALAÇÕES REAPROVEITADAS E TEMPORÁRIAS	40
OUTROS RECURSOS ÚTEIS	43
ORIENTAÇÃO RELEVANTE DA OMS.....	43
ORIENTAÇÃO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR ACESSÍVEL PARA PÚBLICOS ALVO	43
RECURSOS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	43
 <u>COVID-19 RAPID GUIDELINE: MANAGING SYMPTOMS (INCLUDING AT THE END OF LIFE) IN THE COMMUNITY (DIRETRIZ RÁPIDA DA COVID-19: GERENCIAMENTO DE SINTOMAS (INCLUSIVE NO FINAL DA VIDA) NA COMUNIDADE)</u>.....	<u>43</u>
 MATERIAL RELEVANTE ADICIONAL	43
APÊNDICE	44
AGRADECIMENTOS.....	4645
CONTATO	4645
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47

INTRODUÇÃO

Esta revisão apresenta considerações para cuidados e prevenção e controle e infecções (PCI) para a COVID-19 em ambientes domiciliares e comunitários. Em geral, entende-se por cuidados de base comunitária a todo o atendimento que acontece fora do ambiente hospitalar – como em residências particulares, unidades básicas de saúde ou unidades residenciais.^a Durante surtos, esta lista pode incluir cuidados prestados em estruturas temporárias de pequeno porte ou em edifícios reaproveitados, como hotéis. Dependendo dos recursos disponíveis no sistema de saúde, é provável que o atendimento comunitário seja prestado ou apoiado por pessoas do setor estatal ou privado e por uma variedade de profissionais de saúde, leigos, provedores informais remunerados e não remunerados, com pelo menos algum treinamento em saúde¹. Eles incluem enfermeiros, médicos, paramédicos, ACSS ou outros. Nesta revisão, o atendimento domiciliar refere-se especificamente aos cuidados prestados no domicílio privado de uma pessoa que é um caso provável ou confirmado de COVID-19, de forma mais imediata, por um cuidador que não tem necessariamente de ter treinamento formal em saúde, mas conta com apoio de quem tem treinamento. Podem ser cônjuges, pais, outros familiares, amigos ou colegas do paciente. Em alguns casos, as pessoas podem estar sozinhas em casa. Os cuidadores de terceiros e os que cuidam de si mesmos podem ter diferentes níveis de apoio formal. Além disso, o atendimento domiciliar pode ser fundamental em um surto para pessoas com necessidades médicas, com deficiência pré-existentes ou com condições de saúde subjacentes que os colocam em maior risco de contrair SARS-COV-2 e sofrer uma doença mais grave. Esta revisão considera apenas o atendimento domiciliar e, em menor grau, atendimento comunitário em instalações temporárias ou reaproveitadas para aqueles com um caso provável ou confirmado de COVID-19.^b Em contextos em que o teste para COVID-19 é limitado, será inevitavelmente difícil distinguir definitivamente entre COVID-19 e outras condições prevalentes que apresentam sintomas semelhantes.

Explicamos, nesta revisão, por que o atendimento domiciliar é importante e damos uma visão geral das orientações e modelos existentes para atendimento domiciliar e comunitário à COVID-19, com ênfase nos países de baixa e média renda (PBMRs). As orientações analisadas incluem documentos governamentais, páginas da internet e sínteses, além de informações publicamente disponíveis de ONGs e organizações comunitárias.^c Em seguida, analisamos as lacunas destas orientações e sugerimos maneiras para lidar com

^a Embora o atendimento em instalações residenciais pré-existentes seja um tipo importante de assistência comunitária no contexto de um surto, as circunstâncias e necessidades específicas excluem este cenário desta revisão. Assim, é importante que qualquer orientação para atendimento nesses locais seja específica ao contexto e às instalações.

^b Embora as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre atendimento domiciliar a pessoas com COVID-19 também incluam detalhes sobre o isolamento de contatos, discussões detalhadas sobre esse assunto estão fora do objetivo desta revisão.

^c Embora tenhamos tentado pesquisar orientações e abordagens para uma ampla variedade de contextos de PBMRs atualmente impactados, ou que se espera que sejam impactados pela pandemia da COVID-19, restrições linguísticas e de tempo, sem dúvida, reduziram a inclusão de alguns exemplos e detalhes pertinentes nesta revisão. Para outra exploração útil do atendimento domiciliar, focada mais em ambientes de renda média e alta, consulte *A review on implications of home care in a biological hazard The case of SARS-CoV-2/COVID-19 ((Uma revisão sobre as implicações do atendimento domiciliar em um risco biológico: o caso de SARS-CoV-2/COVID-19).²*

elas, inclusive destacando exemplos inovadores baseados no conhecimento adquirido em surtos passados. As recomendações destinam-se a governos, ONGs e organizações comunitárias que estão se mobilizando para fornecer orientação e apoio ao atendimento domiciliar.

Esta revisão foi desenvolvida para a Plataforma das Ciências Sociais na Ação Humanitária (*Social Science in Humanitarian Action Platform - SSHAP*) por Hayley MacGregor e Tabitha Hrynich no Instituto de Estudos de Desenvolvimento (*Institute of Development Studies - IDS*). O objetivo é apresentar considerações práticas para governos e parceiros que trabalham na resposta à COVID-19 no contexto dos PBMRs. Revisão é da responsabilidade da SSHAP.

POR QUE OS CUIDADOS DOMICILIARES E COMUNITÁRIOS SÃO IMPORTANTES?

As orientações atuais da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre atendimento domiciliar reconhecem que talvez não seja sempre possível o atendimento hospitalar ou isolamento e atendimento em uma instalação reaproveitada, e aprovam o atendimento domiciliar a pessoas com sintomas leves de COVID-19, que não tenham fatores de risco para doenças graves.³ Há várias razões pelas quais os modelos de atendimento domiciliar e comunitário são cada vez mais reconhecidos como importantes, especialmente numa altura em que crescem os níveis de transmissão comunitária do vírus SARS-CoV-2 em muitos contextos nacionais e à medida que o número de casos aumenta.

DOENÇA LEVE

Pesquisas epidemiológicas confirmaram que a maioria das pessoas infetadas com a COVID-19 provavelmente terão apenas uma doença leve.⁴ Na maioria dos casos, as doenças leves não requerem equipamentos ou cuidados especializados, e podem ser gerenciadas com segurança em casa, desde que as pessoas tenham os recursos e apoio necessários, incluindo EPI adequados para proteger os cuidadores.

CAPACIDADE LIMITADA DO SISTEMA DE SAÚDE

Uma das maiores preocupações em todos os países é a possibilidade de a COVID-19 sobrecarregar os sistemas de saúde se um grande número de pacientes precisar de atendimento médico ao mesmo tempo. A capacidade de serviços de terapia intensiva em hospitais em contextos de alta renda como China, Itália⁵ e os Estados Unidos foi posta à prova com a pressão de um grande número de pacientes com COVID-19, enquanto os sistemas de saúde em PBMRs como Irã,⁶ Indonésia,⁷ Brasil,⁸ Índia⁹ e em outros lugares estão atualmente sob pressão. Dar prioridade a quem apresenta quadros clínicos moderados e graves para atendimento hospitalar, ao mesmo tempo em que se apoia modelos de atendimento domiciliar e comunitário, pode ajudar a aliviar essa pressão.

PREVENÇÃO DE INFECÇÃO

Os cuidados domiciliares, conforme apropriado, como aqueles prestados a pacientes com doença leve, podem ajudar a atenuar o risco de infecção dos profissionais da saúde, profissionais da resposta a emergências, e de outros trabalhadores e pacientes nas unidades de saúde, especialmente em situações onde é difícil criar enfermarias e instalações de isolamento específicas para a COVID-19, ou onde há desafios com a triagem à entrada das unidades de saúde ou com o fornecimento de EPI para os profissionais de saúde. Uma revisão na China descobriu que 44% dos casos confirmados de COVID-19 foram infectados em estabelecimentos de saúde.¹⁰ Mais de um quinto dos médicos de família adoeceu em Bérghamo, Itália,¹¹ e estima-se que 90.000 profissionais de saúde tenham sido infectados em todo o mundo.¹² Cuidados bem gerenciados em instalações reaproveitadas ou temporárias para casos suspeitos ou confirmados na comunidade, também podem ajudar a minimizar o risco de disseminação de infecções nas comunidades e

nas residências, principalmente se as condições habitacionais dificultarem as pessoas de praticar o isolamento, distanciamento físico e outras formas de medidas de prevenção de infecções. Em algumas situações, é possível dar prioridade ao atendimento em instalações reaproveitadas ou temporárias do que ao domicílio.

FALTA DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Em alguns PBMRs, o acesso a serviços formais de saúde pode ser limitado na melhor das hipóteses, especialmente para populações marginalizadas ou para aqueles que não têm possibilidade de pagar por cuidados, em contextos onde não há cobertura universal de saúde. Esses serviços limitados podem ainda não alcançar determinados grupos, mesmo no contexto de respostas ampliadas à COVID-19. Em alguns casos, o acesso pode ser ainda mais reduzido à medida que as unidades de saúde fecham por não poderem operar em segurança, ou quando são forçadas a recusar pacientes por falta de espaço e capacidade.¹³ As respostas nacionais à COVID-19, como os fechamentos totais, recolher obrigatório, e restrições de transporte, também podem limitar ainda mais o acesso aos serviços, pois as pessoas não podem se deslocar para obter ajuda. As restrições a mototáxis em Uganda, por exemplo, impediram as pessoas (profissionais de saúde como pacientes) que dependem desse meio de transporte, o acesso às instalações de saúde.¹⁴ Com a limitação do acesso aos cuidados, as pessoas terão poucas alternativas a não ser se cuidar em casa. Os antropólogos documentaram como as comunidades que enfrentam a crise do ebola na África Ocidental desenvolveram seus próprios protocolos para rastrear os membros e prestar atendimento domiciliar. Isso incluía isolar pessoas doentes e oferecer alimentos ricos em nutrientes.^{15,16}

PREFERÊNCIAS POR ATENDIMENTO DOMICILIAR

As experiências de negligência do sistema de saúde, agravadas por outras formas de exclusão econômica e política, podem influenciar os níveis de confiança que as pessoas têm nas respostas oficiais a surtos e nos cuidados de saúde associados e fazer com que optem por *não* procurar atendimento, mesmo quando este é disponibilizado. Respostas a surtos mal concebidas e mal implementadas podem exacerbar essa desconfiança e aprofundar a determinação das pessoas em evitar cuidados formais. Durante os surtos de ebola na África Oriental e Ocidental, a incapacidade das entidades formais em lidar com os mortos com respeito, e até em informar as famílias das mortes de seus entes queridos em alguns casos, impediu, compreensivelmente, a busca de saúde em opções formais.¹⁶⁻¹⁸ Em pelo menos uma comunidade da Serra Leoa, a taxa de sobrevivência dos pacientes atendidos em casa pode ter sido melhor do que a dos pacientes que foram admitidos no Centro de Tratamento de Ebola mais próximo.¹⁶ A ética local nos cuidados pode levar as comunidades e as famílias a optarem por cuidar de seus entes queridos de maneiras que possam oferecer a melhor chance de sobrevivência. Preocupações com o estigma e isolamento social também podem impedir ou atrasar as pessoas de procurarem atendimento formal, como tem sido nos casos de doenças como o HIV e a tuberculose em alguns contextos.^{19,20} Atualmente, não está claro até que ponto e de que maneira o estigma associado à COVID-19 em diferentes contextos pode influenciar a procura de cuidados em estabelecimentos de saúde. Houve relatos de comunidades recusando os enterros de pessoas que morreram de COVID-19 dentro dos limites das aldeias.²¹

REVISÃO DAS ORIENTAÇÕES EXISTENTES SOBRE CUIDADOS DOMICILIARES E COMUNITÁRIOS PARA A COVID-19 EM DIFERENTES CONTEXTOS

Vários países possuem diretrizes oficiais para cuidar de pessoas com COVID-19 em casa, ou incorporaram elementos dos princípios e orientações de atendimento domiciliar em materiais de comunicação pública ou a outros documentos de resposta à COVID-19. Muitos também incorporaram o uso de instalações reaproveitadas ou temporárias para isolamento e tratamento em seus protocolos de gerenciamento de casos. Esta seção apresenta uma descrição resumida das abordagens dominantes do atendimento domiciliar, encontradas nas orientações oficiais existentes, às quais pudemos acessar e revisar. Também destacamos algumas das diferenças nessas abordagens. Exemplos e iniciativas que não são das orientações oficiais, quando relevantes, também são descritos. As informações breves sobre abordagens de países específicos podem ser encontradas nos anexos.

Resumo das diretrizes existentes para o atendimento domiciliar à COVID-19

A maioria das orientações oficiais parecem estar alinhadas com as diretrizes de atendimento domiciliar originalmente produzidas pela OMS (adaptadas do MERS).³ Consideradas como representando “boas práticas”, as diretrizes recomendam que todos os casos confirmados sejam isolados e tratados nas unidades de saúde, embora reconheçam que isso nem sempre é possível. À luz disso, as diretrizes reconhecem que pessoas com casos leves de COVID-19 podem ser atendidas em casa ou em instalações reaproveitadas fora de casa.^d O Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos também elaborou orientações para o atendimento domiciliar,^{22,23} que foram mencionadas por algumas outras diretrizes nacionais (por exemplo, Quênia, Bangladesh). Embora exista alguma variação e nível de detalhe entre as diretrizes nacionais, as recomendações sobre quem se qualifica para atendimento domiciliar e o que isso implica são relativamente consistentes.

O ATENDIMENTO DOMICILIAR É PARA CASOS LEVES

A OMS e muitos países que recomendam o atendimento domiciliar como opção, indicam que o mesmo é adequado para pessoas com casos leves de COVID-19, que não sejam idosos e não tenham outros problemas de saúde complicados, como doenças pulmonares ou cardíacas, insuficiência renal ou condições imunossupressoras. As exceções incluem Bangladesh, que afirma especificamente que pessoas com doenças “moderadas” (definidas como pneumonia não complicada sem necessidade de oxigênio),²⁴ e o Brasil, que sugere que idosos e pessoas com comorbidades (com doença leve) também possam ser atendidos em casa,

^d Alguns países, como Vietnã e Nigéria, sustentam que todas as pessoas com casos suspeitos e confirmados de COVID-19 devem ser isoladas em unidades de saúde formais (incluindo unidades comunitárias, no caso da Nigéria), para evitar a disseminação de infecções. Essa abordagem só é viável em situações de surto contido, onde testes e recursos estão prontamente disponíveis e onde há poucos casos.

desde que estejam em contato diário com os profissionais de saúde.²⁵ Como exemplo de como são tomadas as decisões sobre quem pode ou deve realizar o atendimento domiciliar, no Reino Unido, uma linha de atendimento do Serviço Nacional de Saúde (NHS) para a COVID-19 auxilia na avaliação da gravidade dos sintomas das pessoas e as aconselha conforme o caso. Os médicos de família e os serviços de emergência também avaliam a gravidade e o caso de internação em relação a protocolos que visam a manter as pessoas fora do hospital, a menos que apresentem sintomas mais graves.²⁶

PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES (PCI)

A maior ênfase nas diretrizes de atendimento domiciliar é colocada para a PCI no ambiente doméstico. As disposições invocadas com mais frequência em diferentes conjuntos de diretrizes afirmam que seria ideal que os pacientes infectados permanecessem em seu próprio quarto bem ventilado e longe de outros familiares. Se não for possível, a recomendação é que as pessoas mantenham pelo menos um metro de distância do doente e não durmam na mesma cama, não compartilhem utensílios para comer e beber, toalhas, lençóis e outros itens pessoais. Algumas diretrizes também recomendam que os pacientes usem um banheiro separado, se disponível, e caso contrário, garantir a desinfecção frequente por um cuidador (no Brasil, recomenda-se que os pacientes limpem o banheiro e lavem suas próprias roupas). As orientações sul-africanas sugerem que as pessoas que vivem em acomodações compartilhadas, como alojamentos, saiam do quarto apenas quando necessário e usem máscaras cirúrgicas quando o fizerem.²⁷ Recomenda-se a desinfecção regular de superfícies frequentemente usadas com cloro, água sanitária, álcool ou outros “desinfetantes comuns”. Resíduos como tecidos, máscaras e luvas usadas devem ser colocados em uma lixeira com tampa quando em casa. As diretrizes da OMS especificam que os resíduos devem ser recolhidos pelas autoridades sanitárias locais. Os países que são mais específicos quanto ao lixo incluem Quênia, que sugere que ele deve ser coletado por voluntários da saúde da comunidade e levado ao centro médico mais próximo para descarte seguro,²⁸ e Bangladesh e Índia, que sugerem que seja queimado ou enterrado profundamente.^{29,30}

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

Para conter secreções, recomenda-se que os pacientes usem máscaras cirúrgicas, tanto quanto possível, ou a pratiquem “higiene respiratória rigorosa” usando tecidos descartáveis ou lenços de bolso laváveis. Alguns países, como Bangladesh e Uganda, sugerem que os pacientes podem usar máscaras de pano lavadas regularmente ou um “pedaço limpo de algodão”.^{29,31} De fato, alguns países, como a África do Sul, promovem fortemente o uso de máscaras de pano entre o público para fins gerais de prevenção de infecções,³² mas a recomendação quase universal aos cuidadores é usar máscaras cirúrgicas descartáveis em atividades de atendimento domiciliar. A Índia recomenda especificamente que os profissionais de saúde usem “máscaras médicas de camada tripla”³⁰ e o Quênia recomenda máscaras N95.²⁸ Mesmo quando “máscaras simples” são recomendadas, como no caso do Peru,³³ elas, como mencionadas anteriormente, devem ser descartadas e substituídas com frequência. Recomenda-se também aos cuidadores o uso de luvas descartáveis (ou luvas desinfetadas regularmente) ao entrar em contato com o paciente e itens em que tocaram, bem como o uso de “roupas de proteção”, como aventais descartáveis ou laváveis, especialmente ao manusear a roupa do

paciente ou resíduos. Com a exceção dos lenços de bolso laváveis e máscaras de pano para os pacientes, nenhuma das orientações que analisamos sugere alternativas aos EPIs médicos para cuidadores no caso provável de que esses itens não estejam disponíveis. Na África do Sul, as recomendações sugerem que os pacientes em casa devem receber um “pacote de cuidados”, sem esclarecer quais.³⁴

AValiação DOMICILIAR DO AMBIENTE E RISCO DO RESTO DA FAMÍLIA

Sempre que possível, as diretrizes da OMS indicam que os ambientes domésticos nos quais os pacientes são tratados devem ser avaliados por um profissional de saúde treinado para garantir que sejam adequados para o atendimento domiciliar. Muitos países estabeleceram critérios básicos para isso, incluindo o espaço necessário (capacidade de se isolar e manter distância de outros), EPI, alimentos e outros itens essenciais e que as medidas necessárias da PCI podem ser seguidas por todos os familiares, e nenhum dos quais deveria estar em risco acrescido de complicações da COVID-19 se fosse infectados. Muitas diretrizes também especificam que um cuidador designado deve estar disponível, enquanto outras sugerem o autocuidado (por exemplo, a Escócia).³⁵ Essa avaliação pode ser feita com a ajuda de uma lista de verificação para garantir que as famílias tenham capacidade de cumprir essas disposições. Nem sempre é claro se as avaliações devem ser feitas pessoalmente ou por telefone, ou exatamente quem pode conduzi-las; em alguns casos, como na África do Sul, uma chamada ou uma visita é especificada.³⁶ Se os pacientes não tiverem ambientes domésticos adequados, as diretrizes determinam que eles devem ser acomodados em instalações formais de saúde, se possível.

ARTICULAÇÃO COM SERVIÇOS FORMAIS DE SAÚDE

As diretrizes da OMS também sugerem que, “sempre que possível”, deve haver articulação de comunicação entre o domicílio onde um paciente está sendo atendido e um profissional de saúde, ao longo do período dos cuidados. Em muitas diretrizes nacionais, isso também é enquadrado como uma condição para atendimento domiciliar e o contato deve ocorrer com frequência pelo menos uma vez por dia (como nas Filipinas ou no Brasil para pacientes idosos).^{37,38} Essa comunicação é considerada importante para monitorar a saúde dos pacientes e dar conselhos contínuos aos cuidadores e outros familiares sobre aspectos da PCI. Na África do Sul, a ênfase não está necessariamente no contato regular, mas em dar ao paciente ou ao cuidador informações sobre quem contatar quando precisarem, e que podem ir a uma unidade de saúde, se necessário.²⁷

CUIDADOS CLÍNICOS

As orientações para atendimento domiciliar que incluem recomendações terapêuticas ou clínicas enfatizam medidas não farmacológicas, tais como pacientes com sintomas leves devem descansar, beber muitos líquidos e comer alimentos nutritivos. Alguns especificam que os pacientes em casa também podem ser tratados com paracetamol ou outros medicamentos de venda livre para febre e dor. As diretrizes do Bangladesh também sugerem inalação de vapor e gargarejo com água morna.²⁴ Na Índia, um *chatbot* através do qual as pessoas podem interagir em várias plataformas digitais como o WhatsApp, oferece uma receita para uma formulação de ervas tradicionais que estimula o sistema imunológico. Algumas orientações

indicam os sintomas que devem ser motivo de preocupação para os cuidadores, como problemas respiratórios, desorientação, convulsões, etc. Em geral, os pacientes e/ou cuidadores são instruídos a entrar em contato com o médico do paciente, linhas diretas de resposta à COVID-19 ou outro pessoal designado, se esses sintomas aparecerem. Nenhuma das orientações revisadas (dirigida aos cuidadores) aborda o desafio de distinguir entre diferentes causas possíveis de sintomas semelhantes à COVID, como febre ou tosse, se não houver o teste para SARS-COV-2. As orientações oficiais do governo para atendimento domiciliar não abrangem recomendações sobre o manejo de sintomas mais graves, embora algum material tenha sido produzido por atores não estatais. No Reino Unido, por exemplo, um guia para cuidados paliativos e de fim de vida relacionados à COVID-19, direcionado diretamente aos cuidadores, foi elaborado por profissionais de saúde.³⁹ Também no Reino Unido, foi elaborado um guia sobre como ajudar as pessoas a manejar a falta de ar em casa durante a pandemia de COVID-19, embora não necessariamente para a COVID-19 (a recomendação é que pessoas liguem para o NHS se acreditarem estar com COVID-19) (Ver **Figura 1**).⁴⁰

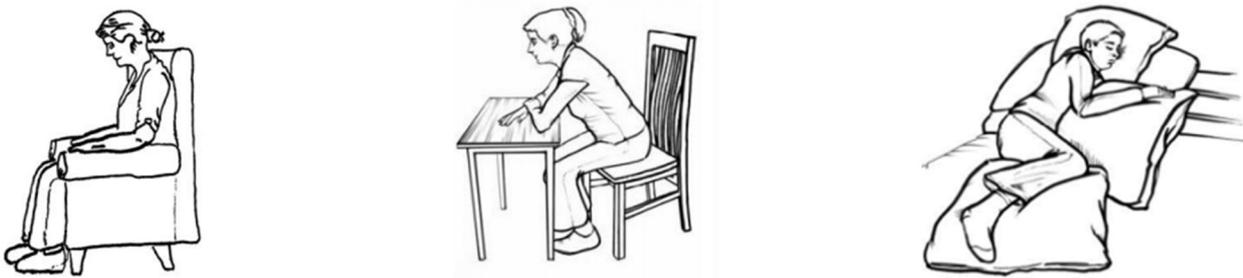


Figura 1 Imagens que mostram posições corporais que as pessoas que experimentam falta de ar podem assumir para aliviar os sintomas, do guia *Managing Breathlessness* (Gerenciando a falta de ar). Fonte: Higginson et al., 2020 <https://www.kcl.ac.uk/cicelysaunders/resources/khp-gp-breathlessness-resource.pdf>

FIM DO ATENDIMENTO DOMICILIAR

Para que as pessoas sejam “liberadas” do atendimento domiciliar, as diretrizes da OMS recomendam que as pessoas com COVID-19 façam dois testes laboratoriais pelo método PCR com resultado negativo, ou permaneçam isoladas por 14 dias após a resolução dos sintomas. A maioria das orientações nacionais sugerem também que as pessoas permaneçam em casa por 14 dias a partir da resolução dos sintomas, embora algumas especifiquem 14 dias a partir do início dos sintomas. O Reino Unido estipula apenas sete dias desde o início dos sintomas.⁴¹ As diretrizes indianas especificam que o isolamento em casa pode terminar 17 dias após o início dos sintomas.⁴²

ORIENTAÇÃO PARA OUTROS FAMILIARES, VISITANTES E CONTATOS DO PACIENTE

A maioria das orientações especifica que pessoas de fora do ambiente domiciliar não devem visitar um paciente até que este não esteja mais em atendimento domiciliar e isolamento. Quanto aos familiares e outros contatos de um paciente (incluindo profissionais de saúde), as diretrizes da OMS sugerem que devem monitorar a sua saúde por 14 dias a partir da data do último contato com o paciente, e procurar aconselhamento e cuidados caso desenvolvam sintomas. As orientações da OMS para o atendimento domiciliar não apontam a exigência de isolamento desses indivíduos. Por outro lado, algumas diretrizes nacionais, como nas Filipinas, Brasil, África do Sul e Reino Unido, especificam que contatos e familiares de uma pessoa que recebe atendimento domiciliar também precisam se isolar em casa.^{38,41,43,44} As orientações do Reino Unido sugerem ainda que, se alguém na no ambiente domiciliar do paciente estiver em risco de doença mais grave se infectado com COVID-19, deve permanecer em outro lugar por 14 dias, se for possível.⁴¹

Comunicação de orientações e conselhos

Em alguns países, as diretrizes detalhadas para o atendimento domiciliar parecem constar apenas de documentos de resposta mais gerais, como manuais para manejo clínico e são, portanto, direcionadas a gestores e profissionais de saúde, e não a cuidadores domiciliares (por exemplo, Uganda, Filipinas). Alguns são documentos de orientação por si só, geralmente em sites do governo, e estão disponíveis ao público, embora não necessariamente direcionados a ele (por exemplo, Quênia).²⁸ Embora variem em detalhes e acessibilidade, alguns países como a África do Sul e o Peru, oferecem orientações mais personalizadas para o público em páginas da internet específicas.³⁴ As principais agências de notícias nacionais também publicaram versões acessíveis de orientação em alguns países, como Brasil e México.^{45,46} Em outros lugares, os elementos de

atendimento domiciliar são representados em materiais de comunicação pública, como “cartões” de redes sociais e pôsteres disponíveis para compartilhamento. A maior parte desse material tende a se concentrar na PCI em casa e na comunidade, e é relativamente básico. A **Figura 2** da OMS oferece um exemplo mais completo específico ao atendimento domiciliar. A OMS também produziu um vídeo animado ilustrando os

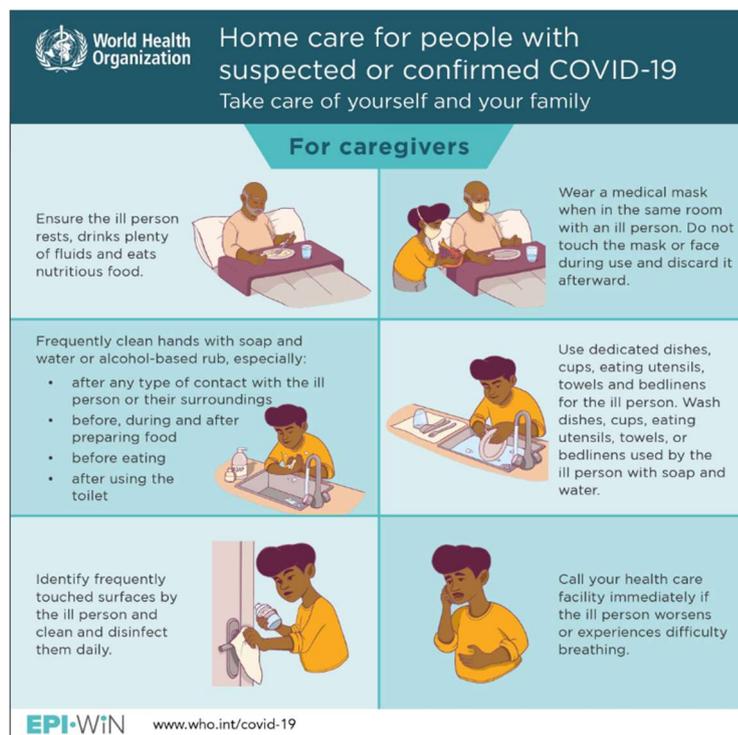


Figura 2 Cartaz de assistência domiciliar criado pela OMS. Fonte: OMS, 2020 <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>

seus conselhos de atendimento domiciliar,⁴⁷ assim como o governo indiano.³⁰ *Doctors of the World*, uma instituição filantrópica do Reino Unido publicou vídeos (e orientações por escrito) comunicando informações sobre a COVID-19, incluindo orientações de isolamento do Reino Unido para pessoas com sintomas, em 12 idiomas.⁴⁸ Um simples grupo da sociedade civil na Indonésia também produziu orientações simples sobre atendimento domiciliar e isolamento em 12 idiomas.⁴⁹

APOIO REMOTO PARA CUIDADORES E PACIENTES

Muitos países enfatizam que cuidadores e/ou pacientes devem entrar em contato com profissionais de saúde regularmente para consultas por telefone. Além disso, houve algumas tentativas de criar plataformas de telemedicina mais ambiciosas e sofisticadas ou outras formas de comunicação digital em saúde. Em países mais ricos, como EUA e Reino Unido, as plataformas existentes foram ampliadas ou alteradas para acomodar a telemedicina com capacidade de vídeo para o tratamento da COVID-19 em casa, bem como para outras condições médicas, afim de limitar o contato interpessoal.⁵⁰ O BMJ publicou um guia de “boas práticas” para consultas remotas,⁵¹ inclusive para a atenção primária.⁵² Uma empresa privada na Índia desenvolveu um aplicativo com recomendações para o atendimento domiciliar da COVID-19 e conecta pessoas a equipes de profissionais de saúde gratuitamente. A empresa fez parceria com vários hospitais e quatro governos estaduais e está buscando aprovação adicional.^{53,54} O governo argelino lançou uma plataforma em parceria com uma empresa privada, na qual as pessoas podem acessar apoios e consultas gratuitos com profissionais de saúde,⁵⁵ enquanto um grupo de médicos no Egito usou o Facebook para apoiar pacientes com COVID-19 em casa.⁵⁶ Também foram criados vários *chatbots* automatizados direcionados ao público que operam por SMS, WhatsApp, Facebook e outras plataformas, incluindo a OMS e alguns governos nacionais, como Índia, Bangladesh, África do Sul e outros,⁵⁷ através das quais os usuários podem obter informações básicas sobre a COVID-19 e sua prevenção. Embora não pareça que essas plataformas ofereçam conselhos para atendimento domiciliar, eles podem direcionar os usuários para as linhas de apoio ou sites onde essas informações possam estar disponíveis.

Visitas domiciliares de trabalhadores de saúde e agentes comunitários de saúde

Algumas diretrizes nacionais sugerem que os profissionais de saúde possam visitar pacientes em casa. As orientações brasileiras, por exemplo, indicam que, se necessário, os profissionais de saúde devem “prestar assistência presencial, idealmente em casa”.³⁷ As orientações de Bangladesh também sugerem que os pacientes possam ser visitados em casa pelos profissionais de saúde.²⁹ Há evidências de outros tipos de visitas domiciliares não necessariamente especificadas nas diretrizes. No norte da Itália, onde os serviços de saúde foram sobrecarregados pelo número de pacientes com COVID-19 que necessitavam de cuidados intensivos, equipes de emergência e médicos, davam assistência e faziam entrega de oxigênio a pacientes em casa, sugerindo que o atendimento domiciliar também foi aprovado para casos mais graves nesse âmbito.⁵⁸⁻⁶⁰ A *AMREF Health Africa* e a *Avert* reconheceram o valor dos ACSs, que desempenharam papéis-chave no apoio à saúde da população nos PBMRs, muitas vezes indo de porta em porta. Essas organizações desenvolveram materiais de treinamento sobre COVID-19 para os ACSs, acessíveis por aplicativos online e

offline. Mais especificamente, a AMREF adicionou conteúdo compatível com a OMS à sua plataforma Leap, que é acessível mesmo em telefones simples por meio de uma plataforma de SMS. Esse treinamento já atingiu 54 mil ACSs no Quênia e também está ativo na Etiópia.^{61,62} Estão em andamento planos para introduzir a plataforma AMREF nos ACSs no Malawi e na África do Sul. Atualmente, os aplicativos oferecem apoio aos ACSs para facultar informações básicas sobre a COVID-19, incluindo conselhos sobre prevenção da infecção e com quem entrar em contato em caso de sintomas, mas representam oportunidades através das quais conselhos mais específicos e apropriados para o cuidado domiciliar, adaptados ao contexto e às condições locais, podem ser fornecidos.

Cuidados comunitários em instalações reaproveitadas ou temporariamente construídos

Há vários modelos para atendimento comunitário pra além do atendimento domiciliar a pacientes com casos suspeitos ou confirmados de COVID-19. Em alguns países, como China, Vietnã, Malásia,⁶³ Egito⁶⁴ e Nigéria⁶⁵ tem-se a ideia de todas as pessoas com infecções prováveis e/ou confirmadas de COVID-19, incluindo os casos leves, devem ser atendidas em unidades de saúde formais, se possível. Tais instalações podem ser espaços comunitários reaproveitados ou temporários, desde os grandes os “hospitais-abrigo Fangcang” construídos rapidamente pelo governo chinês,⁶⁶ a espaços menores e mais reaproveitados, como hotéis, escolas, igrejas e até vagões de trem⁶⁷ e abrigos temporariamente construídos. Nos países em que o atendimento domiciliar é encorajado em casos leves, também pode ser oferecida acomodação nesses estabelecimentos comunitários, se for difícil para os pacientes e familiares aderirem a todas as medidas necessárias em casa. O Reino Unido também usou hotéis para abrigar temporariamente e cuidar de pessoas sem-teto que são casos prováveis de COVID-19.⁶⁸ As instalações comunitárias podem ter funcionários de saúde, bem como voluntários treinados, pessoal de segurança e logística que desempenham várias funções. Uganda especifica que para cada 100 pacientes, deve haver um enfermeiro e um ajudante de enfermagem.³¹ Na Índia, os Centros de Assistência COVID-19 contam com médicos registrados no Ministério da Ayurveda, Yoga e Naturopatia, Unani, Siddha e Homeopatia (AYUSH), sob a supervisão de médicos alopáticos.⁶⁹ Nas Filipinas, a equipe da COVID Care Center conta também voluntários de saúde da comunidade supervisionados por um médico, pessoalmente ou por telemedicina.³⁸ As diretrizes de Uganda especificam que essas instalações devem estar “próximas” de uma instituição formal de saúde e ter transporte de emergência adequado para o transporte de pacientes. Os pacientes também devem ter acesso a água corrente, banheiros, alimentação, segurança e apoio psicossocial.³¹ As diretrizes da Malásia e das Filipinas sugerem que o ideal é os pacientes terem seus próprios quartos e banheiros privativos, mas onde não for possível, as camas devem estar distantes pelo menos um metro (Malásia) ou dois metros e, no caso do Filipinas, com pelo menos uma tela ou cortina disponível para privacidade.^{38,63}

PRINCIPAIS QUESTÕES E RECOMENDAÇÕES PARA LIDAR COM LACUNAS NO ATENDIMENTO DOMICILIAR E COMUNITÁRIO

Há várias suposições sobre a orientação de atendimento domiciliar. Embora muitas diretrizes para atendimento domiciliar incluam condições em relação ao fato de o paciente ter seu próprio quarto ou banheiro, ainda há uma atenção inadequada às realidades materiais e sociopolíticas de muitas pessoas, principalmente em PBMRs, mas também em países de alta renda. Tais lacunas na orientação podem prejudicar a capacidade das pessoas de cuidar de seus entes queridos com segurança e eficácia, e atenuar a disseminação da COVID-19 em seus lares, comunidades e além. Em cinco temas, esta seção descreve algumas dessas lacunas e questões a serem consideradas e traz recomendações para a sua resolução. Se relevante, são apresentadas experiências específicas de surtos de doenças passadas e da atual pandemia de COVID-19.

1. ACESSIBILIDADE E COMUNICAÇÃO DAS ORIENTAÇÕES DE ATENDIMENTO DOMICILIAR

Há várias lacunas e suposições nos modelos e abordagens atuais para comunicar orientações sobre o atendimento domiciliar. É crucial os cuidadores domiciliares saberem o que fazer. O aconselhamento e apoio devem estar disponíveis e acessíveis.

1.1 Considerar as barreiras ao acesso à orientação e apoio

QUESTÕES A CONSIDERAR

Há uma **escassez de materiais de comunicação pública acessíveis com foco em atendimento domiciliar, online e offline**. Em alguns países, orientações detalhadas para atendimento domiciliar são encontradas apenas em protocolos de gerenciamento clínico ou outros documentos em páginas de internet do governo, que não são necessariamente direcionados a uma audiência pública. Isso implica que as pessoas com casos prováveis de COVID-19 entrem em contato com prestadores formais para obter informações necessárias sobre cuidados em casa. De fato, algumas diretrizes de países específicos, alinhadas com as orientações da OMS, estipulam que as pessoas devem ser avaliadas se se qualificam (ou não) para o atendimento domiciliar. A dedução é que, se o atendimento domiciliar for considerado adequado por um profissional de saúde, somente depois disso eles receberão orientações mais detalhadas e serão “vinculados” ao apoio contínuo em alguns contextos. As pessoas que não podem ou não desejam se comunicar com atores formais por várias razões, não terão acesso à orientação e ao apoio.

Alguns grupos de pessoas enfrentam outros obstáculos. A concepção de material de comunicação adequado e acessível pode ser particularmente desafiadora em contextos com altos níveis de analfabetismo e onde as populações são linguisticamente diversas. Grupos marginalizados, como mulheres, imigrantes, minorias étnicas e pessoas com deficiência, correm particularmente o risco de ser ignorados pelas mensagens.⁷⁰⁻⁷²

EXPERIÊNCIA

As experiências da crise do ebola na África Ocidental mostraram que, muitas vezes, as chamadas das pessoas para as linhas diretas de resposta não eram atendidas ou tinham tempos de espera muito longos.^{73,74} Há evidências de Bangladesh e Nigéria de que as pessoas já estão com dificuldades para acessar às linhas diretas da COVID-19 ou não estão recebendo a ajuda de que precisam quando são atendidas.^{75,76} Os esforços de organizações comunitárias como *Muungano*, no Quênia, estão ajudando a identificar pessoas vulneráveis e difíceis de alcançar em comunidades já marginalizadas, e usando esse mapeamento para direcionar mensagens e recursos.⁷⁷ Ações de base comunitária como essa também podem ajudar a dar informações e apoio aos cuidados domiciliares, bem como identificar famílias onde os cuidados domiciliares não seriam possíveis. Pessoas vulneráveis podem englobar pessoas com outras condições de saúde que precisam ser tratadas.

Em alguns contextos, houve esforços para produzir e fornecer material e informações de comunicação sobre a COVID-19 que reflitam a diversidade linguística. No Reino Unido e na Indonésia, por exemplo, isso inclui vídeos e orientações traduzidas com conselhos básicos de cuidados em casa,^{48,49} enquanto na Tailândia, foi criada uma linha direta de informações COVID-19 para comunidades imigrantes linguisticamente diversas.⁷⁸ Os materiais em braile também foram produzidos por grupos comunitários no Maláui.⁷⁹ Não está claro até que ponto o aconselhamento em atendimento domiciliar é oferecido neste material em braile ou por meio da linha direta, mas essas abordagens representam possíveis caminhos pelos quais esses conselhos podem chegar a grupos frequentemente excluídos nas mensagens.

No passado, também foram usadas maneiras criativas de se comunicar com grupos difíceis de alcançar e desconectados durante emergências, com os participantes enfatizando o rádio e usando megafones e anúncios de alto-falante em espaços públicos, como mercados, e através de bicicletas e veículos. Em seus esforços de comunicação sobre COVID-19 no Oriente Médio e Norte da África, o UNICEF adotou algumas dessas estratégias, bem como enfatizou materiais impressos distribuídos em farmácias e áreas comerciais e associados à assistência humanitária.⁸⁰

RECOMENDAÇÕES:

- **Recomendação:** Garantir que o aconselhamento e apoio domiciliar sejam acessíveis em várias formas e locais e não apenas disponibilizados às pessoas quando entrarem em contato com serviços formais de saúde.
- **Recomendação:** Trabalhar com atores e organizações locais para fazer exercícios de mapeamento comunitário que possam fornecer uma visão geral das condições locais para prever necessidades e direcionar apoio a pessoas que possam ter dificuldade de fazer contato com entidades formais de resposta.
- **Recomendação:** Elaborar materiais de comunicação, impressos e digitais, focados no atendimento domiciliar, especialmente nos formatos visual, pictórico, de áudio e vídeo, e disponibilizá-los em

diferentes idiomas locais e nativos, incluindo o idioma vernacularizado. Usar cartazes, outdoors, murais, televisão e redes sociais. Publicar e transmitir através de canais locais confiáveis e acessíveis, em colaboração com atores locais e redes comunitárias.

- **Recomendação:** O rádio é um meio essencial para alcançar pessoas em que o acesso a outros dispositivos é escasso,⁸¹ enquanto anúncios de alto-falante e megafone de igrejas, mesquitas ou pessoas em veículos, de bicicleta ou a pé também podem dar informações a pessoas com acesso limitado.
- **Recomendação:** Produzir material de comunicação em formatos acessíveis a pessoas com deficiência, incluindo vídeos com linguagem gestual e materiais físicos em braile.

1.2 Considerar as limitações na tecnologia de telefonia móvel e comunicação e excluir exclusões de endereços

QUESTÕES A CONSIDERAR

Outra barreira para as pessoas obterem informações e apoio contínuo para atendimento domiciliar é o acesso limitado às tecnologias de comunicação. Isso persiste em muitas comunidades marginalizadas e pobres, e mesmo dentro das famílias. **As mulheres, de quem se espera que cuidem de parentes e amigos doentes, têm, porém, menos probabilidade de ter acesso à tecnologia de comunicação.** Hoje, na Índia, apenas 33% das mulheres têm telefone celular, contra 67% dos homens.⁸² O acesso limitado se manifesta não apenas como **falta de telefones, mas também como falta de crédito na rede, dados e acesso a Wi-Fi.** Menos da metade das famílias nos países de RMB tem conexões com a Internet e um gigabyte de dados custa 40% do salário médio mensal na África subsaariana.⁸³ Devido a essas exclusões, é difícil para muitos conseguir fazer chamadas para serviços de saúde ou linhas diretas, acessar informações online sobre atendimento domiciliar e se comunicar continuamente com os profissionais de saúde para obter apoio. Embora as linhas diretas possam ser gratuitas e os aplicativos possam ser baixados gratuitamente, os provedores de serviços móveis ainda podem cobrar pelo uso de redes móveis e de banda larga. Embora os fornecedores em alguns contextos, como Índia e Nigéria, tenham dado aos clientes acesso gratuito a sites verificados com informações sobre a COVID-19, bem como SMS e dados gratuitos, seu alcance não está claro.^{84,85}

EXPERIÊNCIA

Um estudo recente descobriu que as mulheres mais velhas nos acampamentos Rohingya, em Bangladesh, sem acesso a telefones ou rádios, sabiam muito menos sobre a COVID-19 do que seus pares do gênero masculino.⁸⁶ Disparidades de gênero semelhantes no acesso à informação em surtos de doenças foram documentadas, inclusive em surtos de ebola e no HIV/AIDS.⁸⁷ No entanto, as mulheres podem ser importantes fontes de informação uma para a outra. Durante a crise do ebola na África Ocidental, as mulheres trocaram informações e aprenderam sobre cuidados em grupos de mulheres.¹⁵

RECOMENDAÇÕES:

- **Recomendação:** Se a comunicação direta por telefone ou digital com uma família não for possível, pode ser necessário que profissionais de saúde, como ACSs, visitem regularmente as casas onde os cuidados estão ocorrendo.
- **Recomendação:** Há necessidade de esforços especiais para alcançar mulheres e outras pessoas que possam ser excluídas da comunicação, direcionando a elas informações cruciais sobre o atendimento domiciliar. Lugares frequentados por mulheres, como mercados e pontos de coleta de água, podem ser locais para difusão de mensagens sobre atendimento domiciliar e linhas de ajuda para ligar. Grupos e redes de mulheres também podem ser bons pontos de entrada para a introdução de informações. Líderes de grupos de mulheres devem ser incluídas nas forças-tarefa de saúde locais, pois, provavelmente, têm um meio de se comunicar com as mulheres em suas comunidades.
- **Recomendação:** Expandir o material de comunicação pública em formatos visuais não digitais para abordar exclusões tecnológicas e de alfabetização.

1.3 Abordar a falta de materiais de comunicação disponíveis ao público sobre aspectos práticos do atendimento domiciliar

QUESTÕES A CONSIDERAR

O material de comunicação relacionado à COVID-19 tende a enfatizar a PCI básico na comunidade e no lar para reduzir a propagação do vírus (como o uso de máscaras, cobrir o nariz e a boca ao tossir, manter distância física e lavar as mãos com frequência) e instrui as pessoas a entrar em contato com as autoridades relevantes se desenvolverem sintomas. Embora as medidas básicas de PCI sejam aspectos importantes do atendimento domiciliar e, na verdade, precisem ser amplamente divulgadas, ao se deixar de comunicar outras informações úteis e mais detalhadas sobre como fazer o atendimento domiciliar (incluindo alívio dos sintomas e sinais de deterioração – consulte a **seção 4**) corre o risco de deixar as pessoas sem ferramentas essenciais para confortar e cuidar dos entes queridos. A rápida compreensão científica da COVID-19 também apresenta um desafio para o envio de mensagens, relacionados com a sua consistência.

EXPERIÊNCIA

Durante a crise do ebola na África Ocidental, as comunidades da Libéria urbana ficaram frustradas com o excesso de mensagens sobre o que era o ebola e como se espalhou, e estavam desesperadas por informações mais práticas e consistentes sobre como cuidar, isolar e transportar pessoas doentes, proteger-se e limpar suas casas com os materiais disponíveis. Muitos também perceberam que as mensagens sobre se deveriam tocar as pessoas infectadas com ebola eram confusas⁷³

RECOMENDAÇÕES:

- **Recomendação:** Prestar atenção na produção de um amplo leque de orientações para atendimento domiciliar, que incluem dimensões práticas de apoio, incluindo PCI, alívio de sintomas, sinais de deterioração e avenidas locais para procurar ajuda adicional. Pode ser, por exemplo, conselhos sobre

como ajudar as pessoas fracas a comer e se mover na cama e a usar o banheiro (por exemplo, fornecendo uma cadeira). As orientações também devem incluir orientações sobre quando as pessoas não serão mais consideradas infecciosas com SAR-COV-2 e as estipulações nacionais sobre períodos de isolamento para pacientes e outros familiares ou contatos.

- **Recomendação:** Confirmar que as mensagens sobre atendimento domiciliar sejam precisas e consistentes na medida do possível em um cenário de conhecimento científico em rápida evolução em torno da COVID-19, e que as mudanças nos conselhos e suas razões sejam claramente comunicadas.

1.4 Facilitar o diálogo para fluxos dinâmicos de informação e adaptação adequada ao atendimento domiciliar

QUESTÕES A CONSIDERAR

Embora seja importante o material de comunicação pública escrito em formato audiovisual, com orientações para o atendimento domiciliar, esses mecanismos mais tradicionais de comunicação de conselhos ainda podem não refletir as realidades, circunstâncias, recursos e prioridades das pessoas. Os modos mais dinâmicos e menos descendentes de envolvimento da comunidade, que facilitam o fluxo de informações bidirecionais, foram reconhecidos como importantes para uma resposta bem-sucedida a surtos de doenças, inclusive para a COVID-19.⁸⁸ Com isso, as pessoas têm a oportunidade de não apenas fazer perguntas, mas também articular suas próprias necessidades e prioridades e contestar os conselhos quando isso não for prático. Além disso, as pessoas locais podem ter experiências ou conselhos úteis para compartilhar com outras pessoas e podem, em conjunto, encontrar soluções locais, se houver uma plataforma para interagir. Na verdade, é preciso lhes perguntar proativamente que tipos de soluções e estratégias já podem ter, bem como quais comunicações preferem (incluindo idioma), quais recursos têm à disposição e que apoio gostariam de receber.⁸⁹ Dessa forma, as pessoas locais podem ajudar a moldar o conhecimento e a prática em relação ao atendimento domiciliar de maneiras mais realistas e apropriadas para eles no nível local, e ajudar os atores de resposta a adaptar mais mensagens, direcionar recursos e apoiar os esforços liderados pela comunidade com mais eficiência. Como os riscos de infecção associados à COVID-19 dificultam as estratégias de engajamento pessoal, será necessário haver estratégias alternativas, antigas e novas.

EXPERIÊNCIA

A radiodifusão tem sido uma maneira importante não apenas de dar informações, mas também de se conectar com a população local, principalmente em áreas com menos acesso a outras formas de tecnologia de comunicação.⁸¹ Durante os surtos de ebola, os programas de entrevistas no rádio, por exemplo, provaram ser uma fonte valiosa de informação e interação com as pessoas locais.⁹⁰ O rádio também é importante no contexto da COVID-19. Uma associação de um jornalista em Burkina Faso está divulgando regularmente os aspectos da COVID-19 e convidando os ouvintes a telefonarem com suas próprias perguntas e perspectivas.⁹¹

RECOMENDAÇÕES:

- **Recomendação:** Envolver estações de rádio locais para realizar sessões de perguntas e respostas e discussões sobre atendimento domiciliar para as pessoas locais, membros influentes da comunidade e atores de resposta em diferentes idiomas e expressões locais.
- **Recomendação:** As redes sociais também podem ser um espaço para perguntas e respostas e discussões dinâmicas sobre atendimento domiciliar. Embora nem todos tenham acesso, aqueles que o têm podem ter influência local. Os *chatbots* existentes tendem a fornecer informações unidirecionais. Considerar plataformas mais dinâmicas no WhatsApp, Facebook ou outras redes sociais para introduzir informações e discussões sobre atendimento domiciliar. Proativamente, enfrentar-se informações inúteis que surgem nesses espaços.
- **Recomendação:** Dependendo das circunstâncias e do ambiente, convide os ACSs e outros atores confiáveis localmente a fazer visitas seguras de porta em porta – permanecendo à distância fora de casa e protegidos com EPI adequado (incluindo alternativas seguras ao EPI médico, consulte **seção 2.3**) – para dar informações e, igualmente importante, dialogar sobre a COVID-19, inclusive sobre atendimento domiciliar. A comunicação bidirecional entre pessoas e o ACS pode moldar a resposta nacional e local sobre o conhecimento, preferências, necessidades e estratégias das pessoas locais, tanto quanto pode fornecer informações a elas.
- **Recomendação:** Envolver os atores locais, incluindo as pessoas com deficiência, para garantir que as mensagens ressoem com a realidade material e social das pessoas, e usar palavras e conceitos que eles entendam. Os sintomas ou a gravidade da doença, por exemplo, podem ser entendidos e descritos de maneira diferente pelas pessoas locais, e as mensagens devem ser adaptadas de acordo.

2. QUESTÕES PRÁTICAS EM TORNO DE DIVERSAS CONDIÇÕES SOCIAIS E MATERIAIS E PCI EM RESIDÊNCIAS EM AMBIENTES COM POUCOS RECURSOS

Muitas diretrizes nacionais incorporam a ressalva de que o atendimento domiciliar só deve ser feito se os pacientes forem avaliados como tendo ambientes domésticos adequados. Caso contrário, está implícito que eles devem ser atendidos em instalações formais de saúde. No cenário provável de os sistemas de saúde estarem sobrecarregados com pacientes que necessitam de cuidados urgentes, o espaço em hospitais, clínicas e instalações comunitárias pode não estar disponível, independentemente do ambiente familiar dos pacientes. Por esse motivo, é importante dar conselhos e apoio adicionais para pessoas cujas disposições das casas não atendam aos critérios oficiais estabelecidos para o atendimento domiciliar. Isso inclui conselhos sobre como garantir PCI em circunstâncias que não sejam as ideais.

2.1 Reconhecer configurações de habitação e saneamento complexas e adaptar o CPI da forma apropriada

QUESTÕES A CONSIDERAR

Em ambientes com poucos recursos, as casas podem ter **apenas um ou dois quartos mal ventilados** a ser compartilhados por vários familiares, dificultando a manutenção da distância física necessária entre um paciente, cuidador e outros familiares. É **possível que não haja banheiro** na casa; em alguns casos, as instalações sanitárias são compartilhadas por muitas pessoas na comunidade. Isso dificulta muito a desinfecção frequente dos banheiros, conforme prescrito pelas orientações para atendimento domiciliar (e muito menos que um indivíduo infectado tenha seu próprio banheiro, conforme recomendado com frequência), e praticar um isolamento estrito da casa. Pode faltar às casas também **abastecimento de água próprio**, o que dificulta a prática de lavagem frequente e generosa das mãos, lavagem de louça e lavanderia, necessárias para o controle de infecções em casa. A exigência de que a água seja comprada ou coletada fora de casa também pode dificultar a adesão a PCI devido à necessidade de racionamento e/ou sair de casa para a coleta.

Albergues e dormitórios usados muitas vezes por imigrantes, estudantes ou pessoas sem residência fixa são os outros tipos de moradia que são amplamente ignorados reconhecidos nas orientações de atendimento domiciliar revisadas. Ali também, banheiros compartilhados, espaços comuns para cozinhar e comer, e o contato frequente entre os moradores são um grande obstáculo para o distanciamento físico e o atendimento seguro. Recomenda-se como questão de urgência orientações mais detalhadas e práticas para a PCI em tais contextos. Os critérios de tamanho único para as condições de moradia nas avaliações para atendimento domiciliar serão inúteis, especialmente se houver falta de alternativas ao atendimento domiciliar.

EXPERIÊNCIA

As organizações comunitárias estão desempenhando um papel no apoio a PCI da comunidade e na identificação de opções alternativas ao atendimento domiciliar para pessoas que vivem em situações de moradia precárias. *Muungano*, a federação queniana de moradores de favelas, por exemplo, trabalhou com comunidades informais de assentamentos em Nairóbi e *Kisumu* para desenvolver mapas mostrando onde os centros alternativos de atendimento poderiam ser estabelecidos localmente.⁹² Em Bangladesh, o BRAC instalou estações de lavagem de mãos em áreas públicas,⁹³ enquanto na Índia, os grupos de autoajuda de mulheres se organizaram para produzir 100.000 litros de desinfetante e quase 50.000 litros de lavagem das mãos.⁹⁴ A natureza descentralizada da produção significa que a ajuda chega às pessoas que precisam mais rapidamente do que de cima para baixo nas cadeias de distribuição e abastecimento.

RECOMENDAÇÕES:

- **Recomendação:** No caso de atendimento domiciliar em cenários complexos, considerar as opções de atendimento com base na comunidade em instalações reajustadas ou temporariamente instaladas, se

essas abordagens ainda não existirem (consulte as recomendações em **seção 5** abaixo) e se for possível a implementação segura e aceitável.

- **Recomendação:** Trabalhar com os atores locais para desenvolver ou adaptar as orientações de atendimento domiciliar para lidar com diversas condições de moradia que vão além da condição de que aqueles que compartilham quartos devem manter distância. É possível considerar esquemas de moradia alternativos para famílias numerosas, ruas ou bairros para “proteger” pessoas vulneráveis e/ou isolar pessoas infectadas e seus cuidadores de outras pessoas.^{95,96}
- **Recomendação:** Com os atores locais, empregar procedimentos de avaliação e listas de verificação associadas para determinar quem se qualifica para atendimento domiciliar de acordo com as orientações adaptadas para diferentes tipos de moradias e outras condições locais, incluindo a disponibilidade de alternativas seguras de atendimento comunitário.
- **Recomendação:** Fornecer saneamento, água limpa e sabão (ou cinzas) para comunidades e casas com acesso limitado.^{97,98,99} Isso pode incluir a oferta de estações de lavagem das mãos, o abastecimento de água às residências e a construção ou fornecimento de banheiros adicionais ou outros arranjos apropriados de gestão de esgotos. Garantir que os serviços sejam gratuitos ou acessíveis e colaborar com os atores locais para garantir que esses recursos cheguem àqueles que mais precisam.
- **Recomendação:** Se possível, fornecer e distribuir soluções para limpeza e desinfetantes para as mãos disponíveis localmente, principalmente se a água for escassa. Embora os desinfetantes para as mãos feitos com produtos disponíveis localmente, como bebidas alcoólicas, não tenham a concentração de álcool adequado para eficácia total contra o vírus,¹⁰⁰ eles podem ser melhores que nada.

2.2 Adaptar orientações para acomodar diversas formas de composição familiar e arranjos sociais

QUESTÕES A CONSIDERAR

Ao enfatizar que todos as pessoas de uma família devem se isolar em casa para evitar a disseminação do vírus na comunidade, algumas orientações pressupõem que as famílias sejam unidades estáticas com associação definida. Em algumas configurações, **a configuração doméstica é mais fluida com pessoas diferentes se movendo entre casas diferentes** para dormir ou comer. Além disso, muitas diretrizes enfatizam que o atendimento a uma pessoa infectada não deve ocorrer em casa se houver outros familiares com maior risco de complicações. A **prevalência de agregados familiares com várias gerações** em muitos contextos, com idosos morando junto e, muitas vezes, cuidando de membros mais jovens da família, incluindo crianças muito pequenas, apresenta riscos óbvios.¹⁰¹ No entanto, se não houver instalações de saúde apropriadas para o paciente, se forem inseguras ou não confiáveis (ou não for possível providenciar outro tipo de “blindagem” para aqueles em maior risco), portanto, o atendimento será domiciliar, ou esta será a opção preferida. Em alguns casos, as instalações reaproveitadas podem precisar ser consideradas com urgência. A orientação também trata de **unidades com um único morador**; no caso, muitos protocolos supõem ou estipulam diretamente que não deve haver o atendimento domiciliar se não houver um cuidador. O grande fluxo de trabalhadores imigrantes para áreas urbanas em muitos países nas últimas décadas aumentou o

número de pessoas que vivem em albergues, dormitórios e outras formas de moradia compartilhada, geralmente com vários ocupantes em um quarto.¹⁰² Além dos obstáculos que esse tipo de moradia apresenta para o distanciamento físico, as pessoas nesses locais também podem não ter relações sociais com seus coabitantes, o que facilita um senso de obrigação de que as pessoas cuidem de outras pessoas em sua comunidade. Elas também podem estar em maior risco de serem estigmatizadas.

EXPERIÊNCIA

Estima-se que 200.000 trabalhadores imigrantes morem em 43 dormitórios em Singapura, onde entre 12 e 20 ocupantes dividem um quarto. A maioria dos casos confirmados de COVID-19 em Singapura ocorreu entre esses trabalhadores, apesar dos esforços anteriormente amplamente elogiados pelo governo em testes e busca de contatos. Para lidar com este “ponto cego” em sua resposta, foram adotadas novas estratégias, incluindo a transferência de trabalhadores imigrantes para moradias públicas vazias para aliviar a pressão e aumentar os testes nessas comunidades.^{103,104} Como Singapura continua a enfrentar esse desafio, os PBMRs, como a vizinha Malásia, provavelmente lutarão ainda mais para lidar com surtos semelhantes,¹⁰⁵ pois eles têm menos espaço para realojar ocupantes e mais capacidade limitada de testes e sistemas de saúde.

RECOMENDAÇÕES:

- **Recomendação:** Considerar opções para “isolar” idosos e outros familiares e, situação vulnerável, especialmente em contextos onde o atendimento domiciliar é um caminho provável e onde o distanciamento físico é difícil. Isso pode envolver o estabelecimento de “zonas verdes” dentro das casas com vários cômodos, ou esquemas de moradia alternativos organizados localmente entre famílias estendida ou vizinhos.⁹⁶ Isso seria mais fácil onde unidades familiares mais “fluidas” já são comuns. Envolver os atores comunitários para apoiar a organização desses esquemas de maneira segura e apropriada para o local.
- **Recomendação:** Se não houver instalações de saúde para residentes em albergues, dormitórios ou outras acomodações compartilhadas, considerar incentivar modelos de “atendimento por pares” em que pessoas solteiras sem vínculos familiares possam ser atendidas por um colega que já tenha se recuperado da COVID-19. Envolve os administradores das instalações para fazer as adaptações necessárias.¹⁰⁶ Isso pode incluir a designação de partes do edifício, como banheiros particulares e áreas de preparação de alimentos como zonas “vermelhas” ou “verdes” e/ou a designação de horários específicos do dia em que determinadas instalações devem ser usadas por diferentes grupos.

2.3 Avaliar o acesso ao EPI em ambientes com poucos recursos e resolver as deficiências na medida do possível

QUESTÕES A CONSIDERAR

Além da infraestrutura e dos recursos cruciais (como água) as orientações mais atuais pressupõem que quem oferece atendimento domiciliar terá acesso a formas convencionais de EPI, como máscaras cirúrgicas descartáveis (ou máscaras N95 no caso do Quênia), luvas descartáveis ou não, aventais descartáveis, sabão e desinfetante. Mesmo em países de alta renda, tem sido difícil para pessoas fora do ambiente médico acessar esses recursos; a OMS publicou orientações para o uso e racionamento adequados de EPI, como máscaras cirúrgicas.^{107,108} As pessoas que cuidam de entes queridos ou colegas doentes em casa precisam receber esses recursos ou alternativas adequadas, se não conseguirem obtê-las por conta própria, ou receber conselhos e apoio para fazer seu próprio EPI eficaz a partir dos materiais disponíveis, no provável evento de que EPI de grau médico não esteja disponível. Embora o EPI caseiro possa não oferecer a melhor proteção possível, há uma obrigação moral para garantir que as pessoas tenham acesso a pelo menos proteção básica.

EXPERIÊNCIA

O acesso ao EPI nas comunidades locais foi extremamente limitado durante a crise do ebola na África Ocidental. Isso ocorreu em parte devido à hesitação por parte dos tomadores de decisão de resposta em liberar o atendimento domiciliar por medo de dissuadir as pessoas de procurar tratamento em instalações formais de saúde e por não serem capazes de fornecer treinamento e recursos adequados às pessoas para prestar cuidados seguros e eficazes.¹⁰⁹ Na ausência de apoio e orientação material, foram documentadas histórias de trabalhadores da saúde e da população local que criaram seus próprios EPIs (ver **Figura 3**) Fatu Kekula, estudante de enfermagem, cuidou com sucesso de vários familiares com o ebola em casa e se protegeu com sacos de plástico, uma capa de chuva, botas de borracha, luvas e uma máscara cirúrgica padrão.¹¹⁰ O UNICEF começou a treinar outras pessoas em seu método de “saco de lixo”, e outras pessoas, tendo visto sua história, também adotaram seus métodos.^{73,110}

Depois de reconhecer que os cuidados eram e continuariam a ocorrer, em casa durante a crise do ebola, os respondentes na Serra Leoa acabaram liberando o que definiram como apoio aos cuidados domiciliares “enquanto aguardavam”.¹⁰⁹ Esse reconhecimento levou à eventual, porém tardia, distribuição de kits, incluindo baldes, desinfetante, EPI básico e instruções para atendimento domiciliar em Serra Leoa e Libéria.¹¹⁴ A oportunidade de prever necessidades semelhantes de apoio e



Figura 3 Um membro de uma equipe de enterro de uma aldeia em Serra Leoa usando EPI caseiro. Fonte: Parker et al., 2019

orientação material no contexto da COVID-19 não deve ser desperdiçada. Exemplos de iniciativas existentes incluem uma campanha da Islamic Relief para fornecer “kits de higiene” para famílias vulneráveis e, na África do Sul, “pacotes de cuidados” para as pessoas em atendimento domiciliar, embora não esteja claro o que eles contêm.^{34,115} Centenas de vídeos mostrando como fazer EPIs caseiros, como máscaras, *face shields*, luvas e aventais com materiais básicos como tecido, garrafas plásticas, bolsas e lençóis, também foram enviados ao YouTube nos últimos meses por leigos e profissionais de saúde.¹¹¹⁻¹¹³

RECOMENDAÇÕES:

- **Recomendação:** Se possível, forneça aos profissionais de saúde kits de atendimento domiciliar com baldes, pulverizadores, alvejantes, sabão, luvas, máscaras, vestidos, aventais e sacos plásticos para descarte de resíduos¹¹⁴ ou pelo menos materiais a partir dos quais o EPI pode ser feito em casa, com orientação e apoio. Trabalhe com atores locais para montagem e distribuição. Voluntários e agentes comunitários de saúde podem desempenhar um papel fundamental no treinamento de pessoas para montar e usar EPI com segurança por telefone ou por meio de visitas domiciliares, seguindo protocolos físicos de distanciamento.
- **Recomendação:** Se a distribuição sistemática de kits e recursos materiais não for possível, incentivar a inovação local e replicar exemplos de EPI seguros criados com materiais disponíveis localmente por meio de mídia e redes sociais.
- **Recomendação:** Considerar como os EPI disponíveis podem ser racionados, se necessário, e dar orientações para os cuidadores e outras pessoas envolvidas no apoio aos cuidados domiciliares e comunitários, como ACSs e outros. Se houver apenas um pequeno número de máscaras cirúrgicas, por exemplo, pode fazer mais sentido fornecê-las aos pacientes para minimizar o risco de infecção por gotículas do paciente.

2.4 Lidar com a eliminação de resíduos para garantir a PCI em ambientes com poucos recursos

QUESTÕES A CONSIDERAR

A gestão de resíduos é um aspecto importante da PCI. As diretrizes de atendimento domiciliar tendem a abordar esse aspecto na medida em que recomendam que resíduos como tecidos, máscaras e luvas usadas sejam depositados em lixeiras com tampa dentro de casa. Embora algumas orientações especifiquem ainda que os resíduos devem ser coletados pelos voluntários da saúde da comunidade e levados para as instalações médicas mais próximas ou queimados ou enterrados fora de casa, muitas diretrizes e materiais de comunicação fracassam nesta etapa. As diretrizes da OMS específicas para o gerenciamento e manuseio de resíduos no contexto da COVID-19 estão atualmente direcionadas a instalações formais de saúde e serviços municipais de resíduos.⁹⁹ Os resíduos descartados incorretamente podem representar riscos de infecção para outras pessoas, incluindo lixeiros e catadores de lixo informais.¹¹⁶ Em muitas configurações de PBMR, os serviços de coleta de lixo podem ser inadequados na melhor das hipóteses. Além disso, os pesquisadores detectaram o vírus causador da COVID-19 em amostras fecais humanas até 33 dias após os pacientes terem resultado negativo por meio de swab respiratório.¹¹⁷ Embora ainda não exista evidência de infecção humana

pela via fecal-oral, isso representa um risco possível, principalmente em locais onde falta saneamento adequado.¹¹⁸ Cada vez mais, os sintomas intestinais, incluindo diarreia, também são reconhecidos como associados à infecção por COVID-19.¹¹⁹ São necessárias recomendações mais gerais sobre como gerenciar todos os tipos de resíduos humanos.

RECOMENDAÇÕES:

- **Recomendação:** Dar orientações adicionais para o gerenciamento doméstico de resíduos sólidos em casos de indisponibilidade de latas de lixo com tampa e sacos plásticos. É necessário estabelecer protocolos claros para a coleta de lixo que não ponham em risco os trabalhadores ou outros membros da comunidade.
- **Recomendação:** São essenciais orientações e apoio adicionais para o manuseio de resíduos humanos, principalmente em ambientes domésticos onde não há banheiros ou nos casos em que os pacientes não têm acesso a eles. Isso deve incluir fornecer ou facilitar o acesso a fraldas e comadres ou alternativas, e orientações para descarte e uso.

3. LEVAR EM CONSIDERAÇÃO AS REALIDADES E RECURSOS DO SISTEMA DE SAÚDE LOCAL E CONSIDERAR A BUSCA DE SAÚDE LOCAL

3.1 Engajar diversos atores locais da saúde, incluindo agentes comunitários de saúde, vendedores de drogas, curandeiros informais e líderes religiosos e adaptar a orientação e implementação para levar em conta os serviços de saúde disponíveis localmente

QUESTÕES A CONSIDERAR

Em geral, os sistemas de saúde nos PBMRs são uma colcha de retalhos de serviços estatais e privados, formais e informais, com e sem fins lucrativos e cuidadores alopáticos e indígenas, que podem contribuir para a resposta a surtos e apoiar os cuidados domiciliares e comunitários. A maioria das orientações específicas para cuidadores e pacientes devem se comunicar com profissionais de saúde formais para obter apoio e informações. Os papéis que outras importantes instituições de saúde prestadas podem desempenhar em resposta, no entanto, são pouco ou pelo menos pouco reconhecidos.¹²⁰ **Os ACSs, vendedores informais de medicamentos e curandeiros, por exemplo, podem ser altamente valorizados e muito mais acessíveis nos sistemas de saúde locais do que os serviços alopáticos formais,^{121,122} e podem ser engajados e treinados para dar informações e apoio aos cuidados comunitários da COVID-19. Se houver disponibilidade de tecnologia, eles podem dar apoio para atendimento domiciliar de forma remota, como telefones. Se lhes forem dadas informações e equipamentos de proteção adequados para que sejam seguros, os ACSs e outros agentes também podem visitar as pessoas em casa para dar aconselhamento e apoio, ajudar a conectar as famílias com serviços de saúde especializados e de emergência quando necessário, e/ou ajudar a equipe e gerenciar instalações reaproveitadas ou temporárias na própria comunidade, onde os cuidados estão ocorrendo. Organizações e instituições comunitárias de confiança, como ONGs, redes religiosas e grupos**

informais, podem desempenhar papéis semelhantes, apoiando a coesão da comunidade e o desenvolvimento de soluções e inovações locais.

EXPERIÊNCIA

Os ACSs são, há muito, atores essenciais da linha de frente que apoiam a saúde pública nos PBMRs, já que são capazes de alcançar populações excluídas dos sistemas de saúde. Frequentemente, indo de porta em porta nas comunidades em que vivem, prestam serviços essenciais de saúde, inclusive durante surtos de doenças.¹²³ Além da vigilância, eles podem dar informações sobre prevenção de infecções e cuidados com a COVID-19.¹²⁴ Os ACSs não são os únicos atores locais importantes da saúde. Durante o surto de ebola na África Ocidental, as práticas de alguns curandeiros indígenas foram inicialmente vistas como exacerbando o surto e foram amplamente demonizadas pela resposta.^{122.125} Em muitas comunidades da região, no entanto, esses curandeiros são o primeiro recurso das pessoas e, muitas vezes, a única opção de assistência médica. Com um engajamento e reconhecimento mais significativos, os curandeiros indígenas podem e têm desempenhado papéis importantes, dando às pessoas informações cruciais e incentivando-as a procurar atendimento biomédico durante surtos.¹²⁶ Nos países que têm experiência em responder ao HIV, as redes de pessoas que vivem com o HIV e organizações comunitárias têm os recursos para prestar em fornecer atendimento domiciliar, além de aconselhamento e apoio. Com o treinamento adequado para COVID-19, sua experiência inicial também pode ser aproveitada para esse surto.

RECOMENDAÇÕES:

- **Recomendação:** Fortalecer os vínculos entre ACSs, provedores informais, líderes religiosos e atores formais do sistema de saúde e estruturas de resposta a surtos. Providenciar treinamento e equipamento, criar canais de comunicação e integrar esses provedores locais confiáveis em todos os aspectos da resposta local, incluindo apoio domiciliar.
- **Recomendação:** Os provedores de saúde locais e as comunidades religiosas podem desempenhar papéis importantes, ajudando a adaptar e comunicar as orientações de atendimento domiciliar, manter contato com pacientes e famílias que fazem atendimento domiciliar, identificar necessidades e apoiar a distribuição de recursos. Eles também podem apoiar instalações de cuidados comunitários reaproveitadas de várias maneiras.
- **Recomendação:** Incentivar a atenção à continuação dos serviços de cuidados primários à saúde para imunização, fornecimento de medicamentos contínuos e outras condições de saúde e incentivar as pessoas a continuarem a procurar atendimento médico para outras condições que não a COVID-19. As organizações locais podem ajudar a pensar em maneiras de garantir a continuidade dos cuidados médicos, levando em consideração as realidades do sistema de saúde local.

3.2 Reconhecer modelos de doença e busca de saúde por nativos e híbridos

QUESTÕES A CONSIDERAR

Entendimentos diversos e locais sobre a COVID-19 que não são mapeados em modelos biomédicos estão circulando em muitos lugares mundo afora. Estes serão influenciadas por experiências passadas com doenças respiratórias, um dos tipos mais comuns de doenças infecciosas em todo o mundo, e doenças febris de maneira mais ampla, além de noções culturais sobre saúde e doença, geralmente com bases religiosas, espirituais e nativas. As percepções sobre a gravidade da doença e os sintomas e ideias sobre quando procurar atendimento especializado também podem variar. Embora a busca e o tratamento da saúde para doenças respiratórias variem de acordo com o contexto, assim como as respostas ao sintoma da febre, podem ser comuns abordagens aos cuidados que combinem tratamentos biomédicos, tradicionais e até espirituais. A origem de algumas dessas ideias pode vir de informações erradas, enquanto outras podem ser úteis. De qualquer maneira, eles exigem consideração ao comunicar orientações sobre atendimento domiciliar. Orientações que não envolvem as perspectivas das pessoas para entender e tratar doenças, ou pior, as depreciam ou rejeitam sem envolver-se respeitosamente com as ideias das pessoas, provavelmente alienarão os cuidadores e perderão a confiança nas respostas e conselhos formais.

EXPERIÊNCIA

Em algumas situações, é possível que haja protocolos locais muito úteis para responder a surtos de doenças. No norte de Uganda, que sofreu um grande surto de ebola em 2000-2001, o povo Acholi tinha protocolos para isolar pacientes doentes, designar prestadores de cuidados, fornecer alimentos e incentivar a cooperação da comunidade e a harmonia familiar.^{17,127} Embora certamente não haja controvérsia, alguns países, como a China e, mais recentemente, Madagascar e Tanzânia, têm liberado o uso de tratamentos à base de plantas para a COVID-19, embora a eficácia não tenha sido comprovada.^{128,129}

RECOMENDAÇÕES:

- **Recomendação:** Treinar os profissionais de saúde e outras pessoas que prestam assistência a cuidadores e pacientes a não desconsiderarem crenças, percepções e práticas que não se enquadram nos entendimentos de saúde pública e a identificar sinergias entre crenças e práticas locais com prioridades de saúde pública e a estabelecer conexões entre eles.
- **Recomendação:** Envolver-se com os atores locais no desenvolvimento de mensagens de atendimento domiciliar que incorporem práticas indígenas comprovadamente úteis para o controle e tratamento de doenças, como isolamento, mas também imperativos sociais como harmonia e cooperação.
- **Recomendação:** Não desencorajar tratamentos com ervas ou outros tratamentos tradicionais, se for improvável que sejam prejudiciais, mas esclarecer que tais produtos, como os atuais medicamentos alopatícos, não curam a COVID-19. Os atores formais da saúde também podem avaliar a utilidade e a eficácia dos tratamentos promovidos, incluindo o trabalho com formas confiáveis de autoridades locais formais e informais para se engajar produtivamente com reivindicações, boatos e ansiedades inúteis, principalmente online.¹³⁰

- **Recomendação:** Aconselhar fortemente as pessoas que suplementam os cuidados com medicamentos à base de plantas ou tradicionais a não abandonar a PCI e outros esforços de cuidado. Novamente, as mensagens serão mais eficazes quando provenientes de fontes confiáveis em nível local.

4. APOIAR OS PRESTADORES DE CUIDADOS E EXPANDIR O ESCOPO DE ACONSELHAMENTO E APOIO

A maioria das orientações atuais sobre cuidados domiciliares para a COVID-19 não fornece conselhos aos profissionais de saúde além dos cuidados básicos e da PCI. Também não discutem necessariamente como as famílias que fazem atendimento domiciliar podem receber recursos não médicos essenciais (como alimentos) e apoio, conforme necessário, para possibilitar um atendimento eficaz. Também não levam em conta situações em que pessoas com formas mais graves de COVID-19 não possam ser internadas e, portanto, possivelmente acabarão necessitando de cuidados em casa. Em locais onde há uma ausência de testes generalizados, é relevante considerar que aqueles que recebem atendimento domiciliar com COVID-19 podem estar sofrendo de doenças agudas existentes com sintomas sobrepostos, como infecção respiratória bacteriana ou malária.

4.1 Proporcionar os mecanismos apropriados e realistas conforme o contexto para comunicação e apoio aos cuidadores em casa

QUESTÕES A CONSIDERAR

Uma vez iniciado o atendimento domiciliar, os profissionais de saúde precisam de comunicação contínua com os profissionais de saúde para aconselhamento e apoio, e para obter cuidados mais críticos, se necessário e disponível. Muitas diretrizes de atendimento domiciliar exigem que as famílias tenham capacidade de manter esse vínculo de comunicação para que se qualifiquem para prestar o atendimento domiciliar. Em geral, isso requer apoio remoto por telefone com um profissional de saúde. No entanto, conforme discutido na **seção 1**, muitas pessoas não têm acesso a telefone ou outras tecnologias de comunicação e, ademais, não conseguem procurar atendimento em instalações formais de saúde ou preferem não o fazer. O apoio remoto por telefone também pode ser inadequado ou difícil de alcançar, mesmo se os cuidadores tiverem acesso a telefones. Essas barreiras e preferências não são levadas em consideração na orientação de atendimento domiciliar, além de não qualificar as pessoas para atendimento domiciliar; não são descritas formas alternativas de apoio remoto ou pessoalmente, que podem ser mais apropriadas nessas circunstâncias. Embora algumas orientações sugiram que as visitas pessoais dos profissionais de saúde possam ser apropriadas, não se explica exatamente o que isso significa em termos de como essas visitas podem ser organizadas, que tipo de apoio podem oferecer, quem as faz e como as pessoas que as fazem sejam protegidas – inclusive em situações onde o EPI médico não está disponível.

RECOMENDAÇÕES:

- **Recomendação:** Modelos de apoio ao atendimento domiciliar, seja através de tecnologia ou visitas pessoais, precisam estar alinhados com os recursos disponíveis dos sistemas de saúde e as capacidades da população local. O apoio telefônico dos profissionais de saúde locais ou por meio de linhas de apoio nacionais é um meio de fornecer apoio remoto se as pessoas tiverem acesso a telefones.
- **Recomendação:** Os esforços para estabelecer canais de comunicação com os profissionais de saúde precisam ser fortalecidos em áreas onde o acesso a telefones e outras tecnologias de comunicação é limitado. Isso pode ser feito em colaboração com atores locais que “conhecem” seus bairros e onde é necessário apoio adicional. Uma maneira de fazer isso pode ser um pool de telefones celulares gerenciados por grupos comunitários que são fornecidos temporariamente às famílias, conforme necessário, ou um conjunto de “telefones circulantes” levados de casa em casa por ACSs ou voluntários treinados em PCI.
- **Recomendação:** Se a comunicação direta por telefone ou digital com uma família não for possível, pode ser necessário que o pessoal de saúde, como os ACS, visite regularmente as casas onde está ocorrendo atendimento domiciliar (principalmente para pessoas com doenças mais graves) para aconselhar, monitorar as condições dos pacientes e solicitar um apoio mais especializado, se necessário.
- **Recomendação:** Confirmar que os visitantes das famílias onde o atendimento domiciliar esteja ocorrendo possam visitar de maneira a minimizar o risco de disseminação da infecção. São essenciais o aconselhamento e recursos para os profissionais de saúde se protegerem durante as visitas domiciliares – inclusive com EPI não médico.

4.2 Dar orientação e apoio ao atendimento domiciliar, não apenas para doenças leves, mas também para doenças moderadas e graves, e para cuidados paliativos, pois, em certas circunstâncias, isso pode ser necessário para os cuidadores

QUESTÕES A CONSIDERAR

Embora seja ideal que todos os pacientes em risco de desenvolver COVID-19 ou ter a doença na forma grave recebam atendimento especializado em instalações bem equipadas com equipe médica treinada, é muito improvável que isso seja possível em todas as situações. A natureza da COVID-19 está criando cenários em que o número de pessoas com doença grave é suficiente para exigir tratamento com oxigênio e/ou ventilação mecânica ultrapassa os recursos disponíveis, ou esses recursos estão completamente ausentes. Embora a necessidade de cuidados paliativos em ambientes de cuidados comunitários durante eventos catastróficos tenha sido reconhecida,^{131,132} inclusive no contexto da COVID-19,¹³³ atualmente não é incluído nas orientações de atendimento domiciliar existentes. O aparecimento de sintomas graves e o declínio na saúde de pacientes com COVID-19 aparentemente leve também podem ocorrer rapidamente, mesmo após um período de melhora, e até surpreendem os profissionais de saúde.¹³⁴ Alguns sintomas, como, por exemplo, “hipóxia silenciosa”, em que os pacientes apresentam níveis perigosamente baixos de oxigênio, mas são lúcidos e não lutam para respirar, são difíceis de perceber.¹³⁵ Os profissionais de saúde precisam receber

informações e até mesmo ter acesso a equipamentos (como um oxímetro de pulso para medir a saturação de oxigênio no sangue) para reconhecer e aliviar uma variedade de sintomas, em conjunto com o apoio remoto e pessoal dos profissionais de saúde. Eles também precisam receber informações claras sobre com quem contatar se houver necessidade de cuidados emergenciais ou especializados. Se não foi possível fazer esse contato rapidamente, **é provável que os cuidadores fiquem sem saber o que fazer e os pacientes podem ter sofrimentos físicos, emocionais e espirituais desnecessários.** As orientações para atendimento domiciliar também recomendam que as visitas, além das realizadas pelos profissionais de saúde, não sejam feitas a um paciente em casa. No caso de uma doença grave que possa ser fatal, não poder ser atendido por líderes familiares ou espirituais pode causar danos sociais, culturais e psicológicos significativos.¹³⁶ Formas remotas de contato ou visitas seguras com EPI podem ser consideradas. A oportunidade de dar orientação e apoio aos cuidadores e profissionais de saúde da comunidade que lidam com COVID-19 grave agora não pode ser desperdiçada. Nas situações em que é necessário cuidado, **é aconselhável ser transparente sobre as realidades locais e disponibilizar esquemas e orientações apropriados, na medida do possível.**

EXPERIÊNCIA

Um obstáculo potencial à produção e disseminação de orientações para atendimento comunitário de pacientes gravemente doentes é que pode ser percebido como um risco político, pois isso pode ser interpretado como uma admissão de falha por parte dos responsáveis ou mesmo uma violação de ética. Durante a epidemia de ebola na África Ocidental, os tomadores de decisão hesitaram em liberar modelos de atendimento mais descentralizados, incluindo atendimento domiciliar, por medo de produzir um sistema de dois níveis no qual aqueles capazes de acessar as unidades de tratamento de ebola (UTES) recebiam atendimento de melhor qualidade do que aqueles que só podiam acessar instalações de “nível inferior” ou nenhuma. Finalmente, as constatações de que as pessoas não estavam acessando, até mesmo evitando ativamente as UTES, e que o atendimento domiciliar ocorreria de qualquer maneira, levaram à aprovação dos Centros de Assistência Comunitária. Esses centros, compostos por uma mescla de profissionais de saúde e leigos da comunidade, e capazes de fornecer cuidados paliativos, foram bem aceitos.¹⁰⁹ Eles também permitiram que as famílias visitassem seus entes queridos a uma distância segura, aliviando o sofrimento social e emocional.¹³⁷

RECOMENDAÇÕES:

- **Recomendação:** Cuidadores de pacientes com formas graves de doença ou com maior probabilidade de desenvolver doença grave devem ter prioridade em termos de elos de comunicação com profissionais médicos. Eles precisam de apoio para reconhecer sinais de perigo, de agravamento do quadro clínico ou complicações mais graves e, na medida do possível, para fornecer cuidados com segurança, incluindo cuidados paliativos, para agravar as condições se o atendimento de emergência não puder ser acessado. Os atores locais da saúde que apoiam os cuidados domiciliares, como os ACSs, precisarão de treinamento semelhante.
- **Recomendação:** Materiais de comunicação pública simples e acessíveis são urgentemente necessários para apoiar os cuidadores que cuidam de pessoas com casos graves de COVID-19 em casa. O guia

Managing Breathlessness, elaborado no Reino Unido (consulte **figura 1**) é um exemplo de ponto de partida para desenvolver material mais apropriado localmente para casos moderados.⁴⁰ São necessárias também informações sobre cuidados paliativos que abordam sintomas graves e morte.

- **Recomendação:** Se possível, considerar a entrega de oxigênio e de medicamentos gratuitos ou acessíveis a residências ou outras instalações comunitárias, se as pessoas tiverem dificuldade para respirar ou estiverem em estado terminal. Os dispositivos de monitoramento de oxigênio chamados oxímetros de pulso também podem ser distribuídos nas residências, ou transportados pelos ACS nas visitas domiciliares, para uso para monitorar a saúde do paciente e a severidade da triagem da doença regularmente.
- **Recomendação:** Se ainda não forem empregados, as autoridades devem elaborar planos de atendimento em centros comunitários que possam oferecer mais apoio especializado a pessoas cujas condições se agravem em casa e que não podem acessar um hospital.
- **Recomendação:** As equipes de cuidados paliativos com um conjunto de habilidades clínicas, psicológicas e espirituais devem, em circunstâncias ideais, responder às residências e instalações comunitárias quando necessário, comunicando-se com os cuidadores por meio da tecnologia ou fornecendo apoio pessoalmente.

4.3 Dar orientação e apoio que reconheça que o atendimento domiciliar pode estar cobrindo outras condições além da COVID-19

QUESTÕES A CONSIDERAR

Embora não presumam necessariamente que todos os pacientes terão a capacidade de fazer o teste, a maioria das diretrizes tende a supor que os pacientes e seus cuidadores saberão que o que estão sentindo é realmente a COVID-19. Nos cenários em que o acesso ao teste para a COVID-19, ou ao mesmo ao teste de diagnósticos em geral, é limitado, pode ser impossível saber com certeza. Seria aconselhável considerar outras condições existentes que apresentem sintomas semelhantes à COVID-19, como tosse, alta temperatura e mal-estar geral. É concebível que uma proporção de doença que possa ser atribuída à COVID-19 possa ser infecções bacterianas do trato respiratório ou malária, por exemplo. A falta de ar também pode ser causada por diversas condições, como condições crônicas como doenças cardíacas. As diretrizes podem incluir conselhos sobre a diferenciação entre condições com sintomas semelhantes à COVID-19 e incentivar as pessoas e os cuidadores a permanecerem atentos à possibilidade de que possam ter uma doença diferente da COVID-19. A recomendação é que procurem aconselhamento dos profissionais de saúde e confirmação diagnóstica, se disponível, além de tratamento relevante, como antibióticos. Portanto, as orientações não devem se concentrar apenas na COVID-19, mas devem reduzir a mortalidade e o sofrimento e promover a busca de saúde de maneira mais ampla. Com o fornecimento significativo de informações em um surto direcionado à COVID-19, provavelmente estará na vanguarda da mente das pessoas. No entanto, os prestadores de serviços de saúde devem concentrar esforços para minimizar o perigo de subtratamento ou

interrupção da continuidade do atendimento a outras doenças. Isso aponta para a importância de fortalecer a atenção primária à saúde, não apenas para a infecção por SARS-COV-2.

EXPERIÊNCIA

O assunto de mortes indiretas relacionadas a outras condições médicas em surtos de COVID-19 está atraindo atenção significativa da pesquisa, mesmo em ambientes de alta renda. No surto de ebola na África Ocidental, observou-se uma mortalidade mais alta do que a habitual causada por outros problemas de saúde devido à redução do acesso aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento.¹³⁸

RECOMENDAÇÕES:

- **Recomendação:** Disponibilizar os testes para COVID-19, tanto quanto possível, incluindo a otimização do acesso em cenários na comunidade. Além disso, não ignorar a capacidade de diagnóstico e a disponibilidade de tratamento para outras condições existentes, como aquelas com sintomas sobrepostos à COVID-19.
- **Recomendação:** Onde houver capacidade limitada de teste ou diagnóstico de COVID-19 em geral, as orientações devem incluir conselhos sobre a diferenciação entre doenças que apresentam sintomas semelhantes à COVID. Recomendar às pessoas que busquem aconselhamento dos profissionais de saúde para excluir outras condições existentes e receber tratamento adequado. Na medida do possível, dadas as realidades locais dos serviços de saúde, garantir a avaliação médica de um profissional de saúde que considere o diagnóstico diferencial disponível.

4.4 Dar clareza em relação ao autocuidado e apoio robusto para as pessoas que prestam os cuidados

QUESTÕES A CONSIDERAR

A maioria das diretrizes oficiais não afirma diretamente que as pessoas não devem se cuidar, mas, ao estabelecer a disponibilidade de um cuidador como parte dos critérios para o atendimento domiciliar, muitas sugerem que não é o ideal. Portanto, a comunicação de alguns contextos como a Escócia significa diretamente autocuidado.³⁵ Outros países, embora mencionem que um profissional de saúde deve estar disponível com orientação oficial, também podem parecer contradizer isso através de mensagens que abordam os leitores através de declarações de “você deveria”. Isso pode causar confusão em alguns casos. Na prática, **nem todas as pessoas terão um cuidador disponível e, de fato, para muitas, a doença será leve o suficiente para se isolarem com segurança, sem risco de infectar outras pessoas na unidade habitacional.** Na medida do possível, as pessoas que moram sozinhas, que são idosas ou apresentam fatores de risco para doenças graves devem ser atendidas em ambientes de cuidados formais. Se não for possível, é especialmente importante que esses indivíduos sejam ligados ao apoio por telefone ou visitas pessoais que, de modo ideal, seriam profissionais de saúde, ACSs ou outros voluntários treinados e monitorados regularmente. No caso de não serem alcançados, como não atender o telefone ou não chegar à porta, os serviços de emergência devem ser contatados imediatamente.

EXPERIÊNCIA

Na Nova Zelândia, o governo promoveu um modelo de “sistema de amigos” para apoio mútuo entre pessoas que moram sozinhas.¹³⁹ O modelo permite que os “amigos” interajam como se estivessem na mesma casa, inclusive com visitas pessoais – desde que não visitem mais ninguém. Embora essas relações não sejam especificadas para dar e receber atendimento domiciliar para a COVID-19 (ou para outra condição), elas podem incluir o contato por telefone ou por outras maneiras se um “amigo” adoecer e ajudar no acesso à orientação e apoio adicional.

RECOMENDAÇÕES:

- **Recomendação:** Se ainda não houver política, defender o acesso às unidades de saúde para pessoas sozinhas com suspeita ou confirmação de COVID-19, principalmente se forem idosos ou tiverem outros fatores de risco à saúde para doenças graves.
- **Recomendação:** Deixar claro nas orientações se há apoio para o autocuidado e, em caso afirmativo, como as pessoas podem fazê-lo com segurança. Confirmar se a recomendação não contradiz outras mensagens.
- **Recomendação:** Trabalhar com atores locais para identificar unidades com apenas uma pessoa na comunidade, avaliando seu nível de vulnerabilidade, por exemplo, se são idosos, têm deficiências ou fatores de risco à saúde. Essas informações podem ser usadas para planejar estratégias para garantir cuidados seguros, se essas pessoas desenvolverem a COVID-19.
- **Recomendação:** Garantir que quem está se cuidando sozinho tenha elos com o apoio profissional por meio de telefonemas diários, mensagens de textos ou visitas pessoais de profissionais da saúde ou voluntários e que, se não responderem, os serviços de emergência serão contatados imediatamente.

4.5 Lidar com o acesso a alimentos e outras necessidades materiais e psicossociais de cuidadores, famílias e pacientes

QUESTÕES A CONSIDERAR

Muitas diretrizes de atendimento domiciliar não tratam de questões além da PCI e aspectos terapêuticos básicos do atendimento. Embora alguns especifiquem que o acesso a alimentação adequada seja uma condição do atendimento domiciliar que deve ser considerada durante a avaliação, em geral, as providências para o atendimento destas necessidades no caso de os familiares não puderem fazê-lo por conta própria, não são especificadas. **Se não puderem atender às suas necessidades básicas, como alimentos e medicamentos, será mais difícil para as pessoas cuidarem de seus entes queridos de maneira segura e eficaz.** A nutrição adequada contribui para a imunidade e, portanto, é importante garantir que os pacientes e outros familiares a recebam. O medo e a preocupação com a doença, a perda de meios de subsistência e renda e o estigma de outros membros da comunidade ou família decorrentes da COVID-19 também podem causar **estresse e ansiedade e afetam a saúde mental e o bem-estar de pacientes e cuidadores.** O atendimento domiciliar não pode ser separado da obrigação de garantir que as pessoas tenham acesso a

alimentos nutritivos e outras necessidades, incluindo apoio psicossocial – que, historicamente, não é priorizado em emergências de saúde.¹⁴⁰ A OMS publicou orientações, independentes do atendimento domiciliar, sobre saúde mental e considerações psicossociais durante a pandemia da COVID-19.^{141,142}

EXPERIÊNCIA

A organização com base na comunidade pode ajudar a apoiar o fornecimento e a entrega de alimentos e outros itens essenciais para as casas onde o atendimento domiciliar esteja ocorrendo. As comunidades de ajuda mútua no Canadá, EUA e Reino Unido, geralmente redes de vizinhos que se organizam online, estão atendendo às necessidades das pessoas quanto à alimentação (entregando compras, vinculando pessoas a bancos de alimentos e organizando iniciativas de alimentos cozidos ponto a ponto) e outros recursos e serviços essenciais.^{143,144} O aplicativo Boost da Avert, voltado para os ACSs na África, sugere que as pessoas também peçam aos vizinhos que lhes tragam suprimentos.¹⁴⁵

RECOMENDAÇÕES:

- **Recomendação:** Garantir que as famílias onde o atendimento domiciliar à COVID-19 esteja ocorrendo recebam um suprimento adequado de alimentos nutritivos. Engajar atores locais e grupos comunitários, incluindo redes religiosas, para coordenar o fornecimento e a entrega de alimentos e outros itens essenciais, como medicamentos para outras condições de saúde, tendo em mente as necessidades alimentares específicas que algumas pessoas podem ter.
- **Recomendação:** Os conselhos e orientações sobre cuidados em casa devem incluir sugestões para aliviar o estresse e promover o bem-estar, como manter contato seguro com os entes queridos (por telefone, se possível).
- **Recomendação:** Garantir que haja apoio psicossocial adicional para as pessoas que prestam ou recebem atendimento domiciliar, para amenizar sentimentos de estresse, ansiedade e exclusão. Os ACSs e outros atores que apoiam o atendimento domiciliar podem ser treinados ou incentivados a se comunicar com as famílias com empatia e compaixão e a encaminhar para serviços de apoio psicossocial apropriados localmente, quando necessário. Modelos culturais e contextuais apropriados de apoio à saúde mental baseados na comunidade que surgiram após a crise do ebola na África Ocidental devem ser adaptados aos novos desafios apresentados pela COVID-19.¹⁴⁶

4.6 Reconhecer que os cuidadores – especialmente mulheres – podem precisar de apoio multidimensional

QUESTÕES A CONSIDERAR

Os cuidadores enfrentam uma série de riscos além contrair a própria COVID-19. As orientações para atendimento domiciliar tendem a se concentrar na limitação do risco de infecção com a prescrição de medidas de PCI e EPI, e não levam em consideração as outras dimensões do risco. Embora as mulheres pareçam um pouco menos propensas a apresentar formas graves de doenças e mortalidade por COVID-19,¹⁴⁷ é provável o ônus do impacto socioeconômico seja maior.¹⁴⁸⁻¹⁵⁰ Devido aos papéis de gênero socialmente

prescritos em muitos contextos, é mais provável que as mulheres assumam o papel de cuidadora no caso de um familiar ou amigo ficar doente.¹⁵¹ Isso estará no topo de suas responsabilidades usuais de assistência não remunerada, que também são intensificadas pela pandemia. Estes podem ser, por exemplo, **cuidar de familiares com outras condições médicas que não a COVID-19 e cujas fontes externas de assistência possam ter sido interrompidas, além de cuidar de crianças (que talvez não possam frequentar a escola) e idosos. As tarefas habituais de buscar água, cozinhar, lavar roupa e limpar em casa** – a última tarefa, que é uma parte essencial da PCI e do atendimento domiciliar e deve ser praticada com mais intensidade – também não desaparece. Esse fardo pesado pode fazer com que mulheres e meninas saiam do emprego ou abandonem a escola. Algumas orientações enfatizam que as cuidadoras também devem minimizar o contato com outros familiares, mas as expectativas sociais em relação aos cuidados e às relações de poder de gênero em nível familiar podem dificultar o fato de muitas mulheres fazerem isso. Há maior probabilidade de as mulheres também serem vítimas de abuso doméstico e violência, o que está sendo exacerbado quando as pessoas ficam em casa devido à COVID-19.^{152,153} As orientações sobre PCI e atendimento domiciliar frequentemente enfatizam a necessidade de lavar roupas e lençóis dos pacientes em temperatura alta. Isso será difícil de alcançar em unidades familiares sem acesso a uma máquina de lavar e onde a água é escassa. O estresse associado a esses ônus para as mulheres cuidadoras, incluindo os imensos e inesperados desafios que podem surgir no caso de um ente querido ficar gravemente doente em casa, não deve ser subestimado. Deve haver apoio material, econômico, saúde mental e social para ajudar a aliviar esses encargos e desafios. É importante que esse apoio seja mais do que simplesmente “subsidiar as mulheres para fazer o trabalho das mulheres”, e que questões estruturais e culturais mais profundas, que sobrecarregam indevidamente as mulheres, também sejam tratadas.^{148,154}

EXPERIÊNCIA

As mulheres arcaram com o fardo de cuidados durante a crise do ebola na África Ocidental,¹⁵⁵ e, de fato, esta mão de obra grátis é a base para as respostas globais à COVID-19. As próprias mulheres estão se organizando para apoiar as famílias que precisam de ajuda extra. Na Índia, os Grupos de Autoajuda para Mulheres (GAM) se mobilizaram para criar 10.000 cozinhas comunitárias em todo o país, entregando comida preparada para as pessoas que precisam, incluindo famílias isoladas em casa.⁹⁴

RECOMENDAÇÕES:

- **Recomendação:** Promover mensagens e discussões francas sobre o trabalho de assistência que precisa ser feito em casa durante o atendimento domiciliar, incentivando outros familiares a cuidar de crianças ou idosos, para que os cuidadores possam se concentrar no paciente e na PCI associado. Incluir mulheres na criação de mensagens, discussões e na tomada de decisões nas respostas locais.
- **Recomendação:** Promover a comunicação entre pares e o apoio entre mulheres e cuidadores de maneira a minimizar os riscos de infecção. Pode ser no telefone, via grupos do WhatsApp ou, se o acesso por telefone e internet for limitado, por meio de reuniões de um número de mulheres pequeno com distanciamento físico.

- **Recomendação:** Criar sistemas para fornecer água e comida, incluindo refeições pré-cozidas em casas onde ocorre o atendimento domiciliar para a carga de cuidados para mulheres e outros cuidadores e garantir o bem-estar de todos os habitantes.
- **Recomendação:** Com atenção a PCI, considerar a possibilidade de criar um serviço de lavanderia para famílias que prestam cuidados domiciliares, para que possam lavar roupas e lençóis em uma máquina de lavar com aquecimento de água. As pessoas envolvidas na prestação deste serviço devem receber treinamento sobre PCI e EPI.
- **Recomendação:** Se for possível, seguro e aceitável para as famílias, apoiar esquemas de cuidados alternativos. Crianças e idosos podem ficar com outros parentes enquanto o atendimento domiciliar é realizado em sua casa habitual, enquanto idosos e outros familiares vulneráveis podem ser tratados em esquemas alternativos de “proteção” dentro da comunidade.⁹⁶

5. QUALIDADE E CONFIANÇA NOS CUIDADOS COMUNITÁRIOS EM INSTALAÇÕES REAPROVEITADAS E TEMPORÁRIAS

Não fizemos uma revisão detalhada das diretrizes para a operação de instalações não tradicionais. No entanto, há várias considerações importantes para cenários em que os cuidados são realizados fora de casa nessas instalações. No cerne dessas considerações estão a responsabilidade e a confiança das pessoas de que eles ou seus entes queridos serão tratados de maneira adequada e segura. Algumas dessas considerações – informadas por surtos anteriores de doenças e experiências atuais de COVID-19 – são apresentadas abaixo.

Em países onde instalações adicionais foram convertidas ou construídas para o isolamento e atendimento de pacientes com COVID-19 provável ou confirmado, há suposições sobre a aceitabilidade de tais instalações e a probabilidade de que as pessoas procurem e optem por permanecer no local. Assim como os hospitais, **as pessoas podem hesitar em procurar estas instalações em contextos em que foram historicamente excluídas pelos sistemas de saúde formais ou tiveram más experiências com serviços como não receber os cuidados necessários ou serem discriminadas** por seu status socioeconômico, minoritário religioso ou étnico, idade, gênero, orientação sexual e até mesmo estado de saúde.¹⁵⁶ Em alguns contextos, a COVID-19 pode se tornar uma condição estigmatizante, principalmente se estiver associada a comportamentos considerados tabus¹⁵⁷ ou crie situações nas quais as pessoas são excluídas das redes sociais e de subsistência.

As pessoas também podem ter medo de ir a tais instalações se forem sujas, anti-higiênica e com práticas de PCI deficientes ou inconsistentes, principalmente sem confirmação de que têm COVID-19. Seu temor de contaminação na própria unidade de saúde é compreensível. De fato, a natureza contagiosa da COVID-19 (e a transmissão por pacientes assintomáticos) apresenta maiores desafios para a PCI em instalações comunitárias do que o ebola, por exemplo, que é mais difícil de contrair. Esta realidade apresenta riscos reais para os modelos de atendimento comunitário: se as instalações forem associarem à transmissão hospitalar,

as pessoas com COVID-19 não confirmado, mas provável, podem deixar de procurar tratamento lá ou podem “fugir”. De fato, embora os pacientes não tenham COVID-19 ou não tenham confirmação, foram documentadas “fugas” nas unidades de saúde de Bangladesh,¹⁵⁸ Índia,¹⁵⁹ Nigéria¹⁶⁰ e em outros lugares onde as pessoas se queixam de condições insalubres e falta de cuidados médicos, inclusive para outros problemas de saúde que não a COVID-19. A igualdade de tratamento pode ser um problema nessas instalações, e existe o perigo de que a discriminação e o acesso com base em classe, pobreza e casta enfraqueça as instalações que atendem principalmente a grupos marginalizados ou tratamento pior para os pacientes desses grupos. Isso pode prejudicar esses grupos, não apenas em termos de qualidade da assistência, mas também contribuindo para o ressentimento e prejudicando a confiança e, assim, não incentivar a ida ou permanência nestas instalações.

A falta de transparência também pode impedir a procura de atendimento em instalações não tradicionais.

Como já sugerido, durante surtos de ebola no leste e oeste da África, muitas pessoas hesitaram em procurar os centros de tratamento de ebola ou permitir a internação de seus familiares. De fato, os casos em que as famílias não foram informadas de que seu ente querido havia morrido em um centro de tratamento de ebola ou em que os corpos não foram mostrados ou devolvidos às famílias, alimentaram ressentimentos e desconfiança, incluindo rumores de que o pessoal médico estava recolhendo partes do corpo.^{16,127} É importante que os pacientes e suas famílias possam permanecer conectados. As diretrizes para instalações de quarentena em Uganda recomendam garantir que os pacientes tenham pontos de conexão para carregar telefones ou que tenham meios de comunicação com os familiares por pelo menos 10 minutos por dia.¹⁶¹

É possível que as pessoas com casos leves ou assintomáticos ou leves não sintam a necessidade de ficar em uma unidade semelhante. Nas instalações de tratamento na Nigéria, as pessoas protestaram o confinamento apesar de se sentirem saudáveis e de receberem cuidados precários por outras condições.^{160,162} Isso ilustra uma falha na comunicação eficaz de que pessoas que não apresentam sintomas ou que apresentam apenas sintomas leves ainda podem transmitir o vírus sem saber. A falta de clareza sobre para quem são essas instalações ou não separar adequadamente os pacientes confirmados ou prováveis daqueles que estão em quarentena devido ao contato com um paciente confirmado também pode representar riscos de disseminação e danos à confiança. Enquadrar as pessoas que “fogem” destas instalações como irresponsáveis e que põem em risco a saúde de outras pessoas não enfatiza o que pode ser uma razão muito racional para querer sair. **Forçar as pessoas a frequentar instalações comunitárias, principalmente se estiverem associadas a cuidados precários, pode sair pela culatra.** A coerção pode exacerbar as más relações cidadão-estado e prejudicar a resposta ao surto em geral, provocando resistência e fomentando desconfiança.

RECOMENDAÇÕES:

- **Recomendação:** Se possível, designar espaços de assistência que inspirem confiança (como igrejas ou centros comunitários) e evitar instalações que se pareçam com “prisão.” Evitar murar ou cercar as

instalações de maneira que pareçam isoladas do mundo exterior. Promover na medida do possível a transparência. Grupos comunitários podem ajudar a identificar espaços apropriados.⁹²

- **Recomendação:** Manter os familiares informados sobre a condição de seus entes queridos, inclusive garantindo que tenham meios de se comunicar. Permitir que familiares e líderes espirituais visitem os pacientes nas instalações, se for seguro, principalmente se o paciente estiver recebendo cuidados paliativos e estiver muito grave. Se isso não for possível com segurança, facilitar as visitas virtuais.
- **Recomendação:** Manter as instalações o mais limpas possível, garantindo que a equipe tome todas as precauções necessárias e possíveis para proteger os pacientes, a si mesmos e outras pessoas, da infecção por COVID-19 e de outras ameaças à saúde.
- **Recomendação:** Manter protocolos claros para separar os pacientes com COVID-19 confirmada dos outros pacientes e que tais protocolos sejam comunicados de maneira eficaz entre todos os funcionários, voluntários e pacientes.
- **Recomendação:** Garantir que os pacientes recebam alimentação adequada, água potável e outras necessidades, incluindo segurança e privacidade. Normas sociais e culturais sobre gênero devem ser levadas em conta nas decisões sobre alocação de quartos e banheiros.

OUTROS RECURSOS ÚTEIS

Orientação relevante da OMS

*Assistência domiciliar a pacientes com COVID-19 apresentando sintomas leves e controle de seus contatos*³

[https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak)

*Assistência domiciliar a casos suspeitos e leves de COVID-19 (vídeo)*⁴⁷

<https://www.youtube.com/watch?v=YZnnnGheZJU&feature=youtu.be>

*Uso racional de equipamentos de proteção individual para a doença de coronavírus (COVID-19) e considerações durante a escassez severa*¹⁰⁸

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331695/WHO-2019-nCov-IPC_PPE_use-2020.3-eng.pdf

*Conselhos sobre o uso de máscaras na comunidade, durante o atendimento domiciliar e em serviços de saúde no contexto do novo surto de coronavírus (COVID-19)*¹⁰⁷

[https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak)

*Água, saneamento, higiene e gerenciamento de resíduos para o vírus COVID-19: Orientação provisória*⁹⁹

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331846/WHO-2019-nCoV-IPC_WASH-2020.3-eng.pdf

Orientação de atendimento domiciliar acessível para públicos alvo

*Recomendações sobre coronavírus em vídeo (Reino Unido)*⁴⁸.

<https://www.doctorsoftheworld.org.uk/coronavirus-video-advice/>

*Diretrizes para ficar em casa/ isolamento voluntário durante a COVID-19 (em 14 idiomas) (Indonésia)*⁴⁹.

<https://suaka.or.id/2020/04/20/stay-at-home-self-isolation-guidelines-during-covid-19-in-14-languages/>

*Manejo da falta de ar em casa durante o surto de COVID-19 (Reino Unido)*⁴⁰.

<https://www.kcl.ac.uk/cicelysaunders/resources/khp-gp-breathlessness-resource.pdf>

*Como cuidar do parente moribundo em casa com a COVID-19 (Reino Unido)*³⁹.

https://www.hospiceuk.org/docs/default-source/echo/covid-19-echo/covid-19_care-at-home_guide_final.pdf

Recursos para profissionais de saúde

*COVID-19: remote consultations: a quick guide to assessing patients by video or voice call (COVID-19: consultas remotas: um guia rápido para avaliar pacientes por vídeo ou chamada de voz) (BMJ)*⁵¹

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng163/resources/bmj-visual-summary-for-remote-consultations-pdf-8713904797>

*Covid-19: a remote assessment in primary care (Covid-19: uma avaliação remota em cuidados primários)*⁵²

<https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1182>

COVID-19 rapid guideline: managing symptoms (including at the end of life) in the community (Diretriz rápida da COVID-19: gerenciamento de sintomas (inclusive no final da vida) na comunidade)

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng163>

Material relevante adicional

A review on implications of home care in a biological hazard: The case of SARS-CoV-2/COVID-19²

*Considerations and principles for shielding people at high risk of severe outcomes from COVID-19 (Considerações e princípios para proteger pessoas com alto risco de resultados graves da COVID-19) (abril 2020)*⁹⁶

<https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/20.500.12413/15286/SSHAP%20COVID-19%20Brief%20Shielding.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Key considerations: COVID-19 in informal urban settlements (Considerações chave: COVID-19 em assentamentos urbanos informais) (março de 2020)

<https://www.socialscienceinaction.org/resources/key-considerations-covid-19-informal-urban-settlements-march-2020/>

APÊNDICE

País	Breve descrição da abordagem de atendimento domiciliar e/ou comunitário
África	
Argélia	Um aplicativo para consulta domiciliar para pacientes com COVID-19 foi liberado pelo governo. ⁵⁵
Egito	Atendimento em instalações reaproveitadas como hotéis, clubes sociais e dormitórios universitários. ⁶⁴ No entanto, o atendimento domiciliar está claramente ocorrendo, pois os médicos iniciaram uma plataforma de consulta para COVID-19 no Facebook. ⁵⁶
Quênia	Há diretrizes disponíveis para Assistência domiciliar para casos leves que refletem de perto as orientações da OMS. ²⁸ As máscaras N95 são recomendadas para cuidadores. Os voluntários da área de saúde da comunidade devem coletar os resíduos e descartá-lo nas unidades de saúde mais próximas.
Nigéria	Todos os casos devem ser tratados em contextos formais, incluindo instalações reaproveitadas e temporárias . Uma breve seção das diretrizes nacionais de gerenciamento clínico contém conselhos muito básicos de atendimento domiciliar, enquadrados no período anterior à admissão em um estabelecimento formal e após a alta. ⁶⁵ Nas diretrizes e no material de comunicação direcionado ao público, as pessoas com sintomas são instruídas a entrar em contato com o CDC da Nigéria para teste, orientação e colocação em um centro de tratamento . ^{164,165}
África do Sul	Assistência domiciliar , incluindo autocuidado, é sancionada para casos leves, inclusive enquanto aguarda os resultados dos testes e após os resultados confirmados. É descrito brevemente em protocolos de gerenciamento clínico. ¹⁶⁶ Uma página da web direcionada ao público explica o atendimento domiciliar em mais detalhes. ³⁴ Contatos regulares por telefone ou não são especificados, mas os pacientes devem saber com quem entrar em contato em caso de piora. Aqueles em atendimento domiciliar podem receber “pacotes de cuidados”, cujo conteúdo “pode variar”.
Uganda	A orientação de Atendimento domiciliar básico consta das diretrizes mais amplas para COVID-19 direcionadas aos profissionais de saúde. ³¹ As “responsabilidades do governo” de apoiar as pessoas em quarentena são definidas em diretrizes separadas. ¹⁶¹ Planos básicos de configuração instalações reaproveitadas ou temporárias para casos não graves, se necessário, também são descritos nas diretrizes. ³¹
Ásia	
Bangladesh	A assistência domiciliar é permitida para doença leve e moderada nas diretrizes gerais de manejo clínico direcionadas aos profissionais de saúde. ²⁴ Foi publicado um documento separado, mas breve (em bengali), específico para atendimento domiciliar, com mensagens dirigidas ao público. ²⁹ Há determinação para acompanhamento regular por telefone. Sugere-se que as pessoas queimem resíduos, como lenços usados, em vez de “queimar abertamente” e as casas devem estar próximas às unidades de saúde.
Índia	Há um conjunto de diretrizes para atendimento domiciliar independente bem como aquelas incorporadas em documentos mais amplos de gerenciamento clínico, aparentemente direcionados aos profissionais de saúde. ^{167,168} Os resíduos gerados em casa devem ser queimados ou enterrados. O atendimento comunitário também é oferecido em instalações reaproveitadas incluindo os “centros de atendimento para COVID” com médicos de medicina tradicional. ⁶⁹ Um aplicativo para apoiar o atendimento domiciliar à COVID-19 e às teleconsultas foi promovido por alguns estados e hospitais. ^{53,54}
Indonésia	Devido à pressão do sistema de saúde, a Indonésia (Jacarta) ampliou sua política de atendimento domiciliar para pessoas com suspeita de COVID-19 incluindo pessoas com doença confirmada, mas leve. O atendimento em instalações comunitárias, como hotéis, também faz parte do modelo do país. ¹⁶⁹
Malásia	Na Malásia, há determinação de que todos os casos suspeitos e confirmados de COVID-19 recebam atendimento em instalações formais de saúde, incluindo instalações comunitárias . Há uma breve menção às orientações para isolamento/assistência domiciliar, aparentemente relevante apenas no contexto da alta de uma instalação (possivelmente a ser praticada por um tempo determinado pelos profissionais de saúde). ^{63,170}
Filipinas	As disponíveis diretrizes para cuidados baseados na comunidade contêm orientações para atendimento domiciliar para casos leves (para aqueles que se qualificam) e para atendimento em instalações reaproveitadas ou temporárias . O documento se destina a profissionais de saúde e gerentes de resposta. ³⁸ O fornecimento de alimentos a pessoas e famílias em atendimento domiciliar é determinado como uma responsabilidade do governo local.
América Latina	
Brasil	A orientação para atendimento domiciliar consta de protocolos mais amplos para gerenciamento clínico e resposta ³⁷ e em orientação para isolamento em casa. ⁴³ Embora esteja implícito que um cuidador deve estar disponível, recomenda-se que os pacientes lavem suas próprias roupas e limpem o banheiro após o uso.
México	As diretrizes para atendimento domiciliar refletem amplamente as orientações da OMS e constam de um manual mais amplo de prevenção de infecções; ¹⁷¹ foram publicados também por uma grande agência de notícias nacional. ⁴⁶
Peru	As diretrizes para atendimento domiciliar refletem as diretrizes da OMS, mas são significativamente simplificadas. ³³ São prescritas máscaras “simples”, porém descartáveis, para os cuidadores. O governo também disponibiliza uma página voltada ao público, com orientações básicas de atendimento domiciliar. ¹⁷²

A tabela acima descreve os modelos de atendimento domiciliar e comunitário e as orientações para alguns PBMRs considerados nesta revisão. Também incluímos o meio em que ele existe e o público-alvo. Há uma breve menção de como as orientações podem diferir das diretrizes da OMS e dos modelos dominantes. Devido à natureza rápida desta revisão, sem dúvida alguns detalhes se perderam. Nós nos concentramos em países que já foram significativamente afetados pela COVID-19 ou onde há a probabilidade de impacto significativo em um futuro próximo, no momento da redação deste artigo. Barreiras linguísticas, limitações de tempo e falta de transparência ou presença online por parte de algumas respostas nacionais fizeram com que alguns países para os quais gostaríamos de incluir mais detalhes tivessem apenas informações breves (por exemplo, a Argélia, que teve alta taxa de mortalidade por COVID-19).

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer aos seguintes colegas por fornecerem comentários e críticas valiosas sobre este documento:

Laura Archer, Ombretta Baggio e Gwendolyn Eamer, IFRC

Yolanda Beyugo, OMS

Gerry Bloom, Institute of Development Studies

Ivy Chumo, African Health and Population Centre (APHRC) Kenya e ARISE GCRF Hub Consortium

Laura Dean, Sally Theobald and Rachel Tolhurst of the Liverpool School of Tropical Medicine e ARISE Hub Consortium

Alice Desclaux, Centre Régional de Recherche et de Formation de Fann (CRCF), Dakar, Sénégal

Nina Gobat, University of Oxford and the GOARN Research Social Science Group

Bintu Mansaray, COMAHS Sierra Leone, College of Medicine and Allied Health Sciences e ARISE Hub Consortium

Sophie Mylan, London School of Hygiene and Tropical Medicine e NHS UK

Lilian Otiso, LVCT Kenya e ARISE Hub Consortium

Melissa Parker, Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres e SSHAP

Olivia Tulloch, Anthrologica e SSHAP

CONTATO

Se você tiver um pedido direto referente à resposta à COVID-19, referente a resumos, ferramentas, conhecimento técnico adicional ou análise remota, ou se desejar ser considerado para a rede de consultores, entre em contato com a Social Science in Humanitarian Action Platform, enviando um email para [Annie Lowden \(a.lowden@ids.ac.uk\)](mailto:Annie.Lowden@ids.ac.uk) ou oliviattulloch@anthrologica.com. Os principais pontos de contato da Plataforma são: UNICEF (nnaqvi@unicef.org); IFRC (ombretta.baggio@ifrc.org) e GOARN Research Social Science Group (nina.gobat@phc.ox.ac.uk).



A Plataforma das Ciências Sociais na Ação Humanitária (*Social Science in Humanitarian Action Platform - SSHAP*) é uma parceria entre o Institute of Development Studies, Anthrologica e a London School of Hygiene and Tropical Medicine. O financiamento para apoiar a resposta da Plataforma à COVID-19 foi fornecido pelo Wellcome Trust e pelo DFID.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. (2020). *Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic: Interim Guidance*. <https://www.who.int/publications-detail/community-based-health-care-including-outreach-and-campaigns-in-the-context-of-the-covid-19-pandemic>
2. Chan, E., Gobat, N., Hung, H., MacGregor, H., & Wong, E. (2020). *A review on implications of home care in a biological hazard: The case of SARS-CoV-2/COVID-19* (No. 202001; Health-Emergency and Disaster Risk Management (Health-EDRM) Technical Brief Series). Collaborating Centre for Oxford University and CUHK for Disaster and Medical Humanitarian Response.
3. WHO. (2020). *Home care for patients with COVID-19 presenting with mild symptoms and management of their contacts*. [https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts)
4. Epidemiology Working Group for NCIP Epidemic Response, Chinese Center for Disease Control and Prevention. (2020). [The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi = Zhonghua Liuxingbingxue Zazhi*, 41(2), 145–151. <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2020.02.003>
5. Harlan, C., & Pitrelli, S. (2020, March 12). As coronavirus cases grow, hospitals in northern Italy are running out of beds. *Washington Post*. https://www.washingtonpost.com/world/europe/italy-coronavirus-patients-lombardy-hospitals/2020/03/12/36041dc6-63ce-11ea-8a8e-5c5336b32760_story.html
6. Wintour, P. (2020, March 3). 'An absolute disaster': Iran struggles as coronavirus spreads. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/03/an-absolute-disaster-iran-struggles-as-coronavirus-spreads>
7. Widiyanto, S., & Beo Da Costa, A. (2020, May 28). Coronavirus patients flood hospitals in Indonesia's second-largest city. *Reuters*. <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-indonesia-idUSKBN2341NT>
8. DW News. (n.d.). *Coronavirus puts Brazil's healthcare system on the brink of collapse* | DW News. Recuperado em 3 de maio de 2020, de <https://www.youtube.com/watch?v=vNq-x5I228c>
9. Mukherjee, I. (2020, May 16). No beds, packed morgues: Mumbai hospitals near collapse. *Agence France-Presse*. <https://www.afp.com/en/news/15/no-beds-packed-morgues-mumbai-hospitals-near-collapse-doc-1rm4qn1>
10. Zhou, Q., Gao, Y., Wang, X., Liu, R., Du, P., Wang, X., Zhang, X., Lu, S., Wang, Z., Shi, Q., Li, W., Ma, Y., Luo, X., Fukuoka, T., Ahn, H. S., Lee, M. S., Liu, E., Chen, Y., Luo, Z., & Yang, K. (2020). Nosocomial Infections Among Patients with COVID-19, SARS and MERS: A Rapid Review and Meta-Analysis. *MedRxiv*, 2020.04.14.20065730. <https://doi.org/10.1101/2020.04.14.20065730>
11. Aloisi, S., Pollina, E., & Barbaglia, P. (2020, March 23). Italy's medics at 'end of our strength' as they too fall ill. *Reuters*. <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-italy-doctors-idUSKBN21A29Z>
12. International Council of Nurses. (2020, May 6). *ICN calls for data on healthcare worker infection rates and deaths*. ICN - International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/news/icn-calls-data-healthcare-worker-infection-rates-and-deaths>
13. Aljazeera. (2020, April 7). COVID-19: Bangladesh hospitals forced to turn away patients. *Aljazeera*. <https://www.aljazeera.com/news/2020/04/covid-19-bangladesh-hospitals-forced-turn-patients-200407131633280.html>
14. NPR. (2020, April 29). *Commuting In A Pandemic: These Health Workers Are Trekking And Canoeing*. NPR.Org. <https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2020/04/29/841830595/commuting-in-a-pandemic-these-health-workers-are-trekking-and-canoeing>
15. Ryan, M. J., Giles-Vernick, T., & Graham, J. E. (2019). Technologies of trust in epidemic response: Openness, reflexivity and accountability during the 2014–2016 Ebola outbreak in West Africa. *BMJ Global Health*, 4(1), e001272. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001272>
16. Parker, M., Hanson, T. M., Vandi, A., Babawo, L. S., & Allen, T. (2019). Ebola and Public Authority: Saving Loved Ones in Sierra Leone. *Medical Anthropology*, 38(5), 440–454. <https://doi.org/10.1080/01459740.2019.1609472>
17. Hewlett, B., & Hewlett, B. (2008). *Ebola, Culture and Politics: The Anthropology of an Emerging Disease*. Thomson Wadsworth.
18. Abramowitz, S. (2017). Epidemics (Especially Ebola). *Annual Review of Anthropology*, 46(1), 421–445. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-102116-041616>
19. Churcher, S. (2013). Stigma related to HIV and AIDS as a barrier to accessing health care in Thailand: A review of recent literature. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 2(1), 12–22. <https://doi.org/10.4103/2224-3151.115829>
20. Long, N. H., Johansson, E., Diwan, V. K., & Winkvist, A. (2001). Fear and social isolation as consequences of tuberculosis in VietNam: A gender analysis. *Health Policy*, 58(1), 69–81. [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(01\)00143-9](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(01)00143-9)
21. Idris, I. K., & Jalli, N. (2020, April 28). *How blaming others dominates Indonesian and Malaysian twitterspheres during COVID-19 pandemic*. The Conversation. <http://theconversation.com/how-blaming-others-dominates-indonesian-and-malaysian-twitterspheres-during-covid-19-pandemic-136193>
22. US CDC. (2020, March 20). *Interim Guidance for Implementing Home Care of People Not Requiring Hospitalization for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-home-care.html>
23. US CDC. (2020, February 11). *Caring for someone sick at home*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/care-for-someone.html>
24. Directorate of Health Services, & Bangladesh Ministry of Health and Family Welfare. (2020). *National Guidelines on Clinical Management of Coronavirus Disease 2019 (Covid-19)*. https://dghs.gov.bd/images/docs/Guideline/COVID_Guideline.pdf
25. Brazil Ministry of Health. (2020). *Fast-track for Primary Attention in Places with Community Transmission; Version 7*. <https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/07/20200407-BOLSO-ver07.pdf>
26. NHS. (2020). *Guidance and standard operating procedures: General practice in the context of coronavirus (COVID-19)*. <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/CO485-COVID-19-Primary-Care-SOP-GP-Practice-V3-29-May-2020.pdf>
27. National Institute for Communicable Diseases (NICD), & South Africa Department of Health. (2020). *V4 Clinical management of suspected or confirmed COVID-19 disease Version 4*. <https://www.nicd.ac.za/wp-content/uploads/2020/05/Clinical-management-of-suspected-or-confirmed-COVID-19-Version-4.pdf>

28. Kenya Ministry of Health. (2020). *Coronavirus Home-Based Care Guidance*. <http://covid-19.humanitarian.digital/wp-content/uploads/2020/03/Coronavirus-Home-Based-Care-Guidance.pdf>
29. Government of Bangladesh. (2020). [*Home care for patients with COVID-19 presenting with mild symptoms*]. https://dghs.gov.bd/images/docs/Notice/21_03_2020_SOP%20home%20care%20final%202.pdf
30. India Ministry of Health and Family Welfare. (2020, May 15). *Video Guidelines for Home Isolation of very mild/ pre-symptomatic #COVID19 cases*. <https://www.youtube.com/watch?v=JMeaFYCGxVw&feature=youtu.be>
31. Uganda Ministry of Health. (2020). *National Guidelines for Management of COVID-19*. <https://www.health.go.ug/covid/document/national-guidelines-for-management-of-covid-19/>
32. South Africa National Institute for Communicable Diseases. (2020). *COVID-19 frequently asked questions: Masks*. NICD. <https://www.nicd.ac.za/diseases-a-z-index/covid-19/advice-for-the-public/covid-19-frequently-asked-questions-masks/>
33. Peru Ministry of Health. (2020). *Documento Técnico: Atención y Manejo Clínico de Casos de COVID-19*. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/574377/Documento_Te%CC%81cnico_Atencio%CC%81n_y_Manejo_Cli%CC%81nico_de_Casos_de_COVID-19.pdf
34. South Africa National Institute for Communicable Diseases. (n.d.). *What to do if I test positive for coronavirus disease and I am asked to home isolate?* NICD. Retrieved 20 May 2020, from <https://www.nicd.ac.za/diseases-a-z-index/covid-19/advice-for-the-public/what-to-do-if-i-test-positive-for-coronavirus-disease-and-i-am-asked-to-home-isolate%e2%80%8b/>
35. NHS Scotland. (2020). *Coronavirus (COVID-19): Self-care advice*. <https://www.nhsinform.scot/illnesses-and-conditions/infections-and-poisoning/coronavirus-covid-19/caring-for-a-cough-or-fever/coronavirus-covid-19-self-care-advice>
36. Republic of South Africa. (2020). *Tested positive for COVID-10 or someone in your home has? Read on*. <https://sacoronavirus.co.za/wp-content/uploads/2020/03/care-guides-4.jpg>
37. Brazil Ministry of Health. (2020). *Protocol of clinical management of coronavirus (COVID-19)*. <https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/08/20200408-ProtocoloManejo-ver07.pdf>
38. Republic of Philippines Department of Health, D. of the I. and L. G. (2020). *Guidelines on Local Isolation and General Treatment Areas for COVID-19 Cases (LIGTAS COVID) and teh Community-based Management of Mild COVID-10 Cases*. https://www.doh.gov.ph/sites/default/files/health-update/jao2020-0001_0.pdf
39. Baroness Finlay of Llandaff. (2020). *Caring for your dying relative at home with COVID-19*. https://www.hospiceuk.org/docs/default-source/echo/covid-19-echo/covid-19_care-at-home_guide_final.pdf
40. Higginson, I., Maddocks, M., Bayly, J., Brighton, L., Hutchinson, A., Booth, S., Ogden, M., Farquhar, M., & on behalf of the NIHR Applied Research Collaborative Palliative and End of Life Care Theme. (2020). *Managing breathlessness at home during the COVID-19 outbreak*. <https://www.kcl.ac.uk/cicelysaunders/resources/khp-gp-breathlessness-resource.pdf>
41. Public Health England. (2020). *Stay at home: Guidance for households with possible coronavirus (COVID-19) infection*. GOV.UK. <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-stay-at-home-guidance/stay-at-home-guidance-for-households-with-possible-coronavirus-covid-19-infection>
42. India Ministry of Health and Family Welfare. (2020). *Revised guidelines for Home Isolation of very mild/pre-symptomatic COVID-19 cases*. <https://www.mohfw.gov.in/pdf/RevisedguidelinesforHomelsofveryildpresymptomaticCOVID19cases10May2020.pdf>
43. Brazil Ministry of Health. (2020). *Coronavirus Home Isolation*. <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/24/Coronavirus--Isolamento-Domiciliar.pdf>
44. South Africa National Institute for Communicable Diseases. (2020). *What to do if I am a close contact of a person with confirmed disease and am asked to home quarantine?* NICD. <https://www.nicd.ac.za/diseases-a-z-index/covid-19/advice-for-the-public/what-to-do-if-i-am-a-close-contact-of-a-person-with-confirmed-disease-and-am-asked-to-home-quarantine/>
45. Matos, T. (n.d.). *Guia do isolamento domiciliar: Como preparar sua casa para conviver com suspeitos de infecção por coronavírus*. Globo. Retrieved 31 May 2020, from <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/03/17/guia-do-isolamento-domiciliar-como-preparar-sua-casa-para-conviver-com-suspeitos-de-infeccao-por-coronavirus.ghtml>
46. Miranda, F. (2020, March 24). *Guía básica para cuidar a un enfermo de Covid-19 en casa*. *Milenio Diario*. <https://www.milenio.com/ciencia-y-salud/coronavirus-mexico-cuidar-enfermos-covid-19-casa>
47. WHO Eastern Mediterranean Region. (2020, May 24). *Home care for suspected and mild cases of COVID-19*. <https://www.youtube.com/watch?v=YZnngGheZJU&feature=youtu.be>
48. Doctors of the World. (2020). *Coronavirus video advice*. Doctors of the World. <https://www.doctorsoftheworld.org.uk/coronavirus-video-advice/>
49. SUAKA: Indonesian Civil Society Association for Refugee Rights Protection. (2020, April 20). *Stay at Home/Self Isolation Guidelines during COVID-19 (in 14 languages)*. Suaka. <https://suaka.or.id/2020/04/20/stay-at-home-self-isolation-guidelines-during-covid-19-in-14-languages/>
50. NECN. (2020, April 16). *Doctor House Calls During COVID-19 Pandemic* [Video]. In *NECN*. NBC. <https://www.necn.com/news/health-news/doctor-house-calls-during-covid-19-pandemic/2261059/>
51. BMJ. (2020). *COVID-19: Remote consultations: A quick guide to assessing patients by video or voice call*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng163/resources/bmj-visual-summary-for-remote-consultations-pdf-8713904797>
52. Greenhalgh, T., Koh, G. C. H., & Car, J. (2020). *Covid-19: A remote assessment in primary care*. *BMJ*, 368. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1182>
53. Bora, G. (2020, April 8). *Now, coronavirus-affected and suspected patients can get virtual healthcare*. *The Economic Times*. <https://economictimes.indiatimes.com/small-biz/startups/newsbuzz/now-coronavirus-affected-and-suspected-patients-can-get-virtual-healthcare-day-to-day-health/articleshow/75041512.cms>
54. Kashyaap, S. (2020, April 30). *Coronavirus: This MIT-incubated startup built a virtual healthcare system for COVID-19 positive patients*. *YourStory.Com*. <https://yourstory.com/2020/04/coronavirus-mit-startup-daytoday-virtual-healthcare-system>
55. Scharahzed, I. (2020, April 1). *Algérie: Consulter son médecin en ligne, c'est possible avec Etabib.dz*. *Dzair Daily*. <https://www.dzairdaily.com/algerie-consultation-medecin-en-ligne-video-etabib-dz/>
56. Al-Youm, M. (2020, May 28). *Egyptian doctors launch online medical service for coronavirus consultations*. *Egypt Independent*. <https://egyptindependent.com/egyptian-doctors-launch-online-medical-service-for-coronavirus-consultations/>

57. Sundareswaran, V., & Firth-Butterfield, K. (2020, April 6). *Chatbots provide millions with COVID-19 information every day, but they can be improved—Here's how*. World Economic Forum. <https://www.weforum.org/agenda/2020/04/chatbots-covid-19-governance-improved-here-s-how/>
58. Nacoti, M., Ciocca, A., Giupponi, A., Brambillasca, P., Lussana, Pisano, M., Goisis, G., Bonacina, D., Fazzi, F., Naspro, R., Longhi, L., Cereda, M., & Montaguti, C. (2020). At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. *Catalyst Non-Issue Content*, 1(2). <https://doi.org/10.1056/CAT.20.0080>
59. Reuters. (2020, April 17). *The Italian doctors treating patients at home—Video dailymotion*. Dailymotion. <https://www.dailymotion.com/video/x7tcz9x>
60. Ruptly. (2020, March 31). *Italy: Oxygen tanks delivered at homes of COVID-19 patients near Milan*. <https://www.youtube.com/watch?v=o2OVAlxnhC8>
61. Amref Health Africa. (2020, March 23). *Coronavirus: Stop the Spread*. Amref Health Africa UK. <https://amrefuk.org/what-we-do/latest-news/coronavirus-urgent-appeal-stop-the-spread/>
62. Amref Health Africa. (2020). *Supporting the community in a pandemic: Margaret's Story*. Amref Health Africa UK. <https://amrefuk.org/what-we-do/latest-news/supporting-the-community-in-a-pandemic-margarets-story/>
63. Federal Government of Malaysia Ministry of Health. (2020). *Guidelines COVID-19 Management in Malaysia, Quarantine Station (No. 5/2020 Annex 32)*. https://www.moh.gov.my/moh/resources/Penerbitan/Garis%20Panduan/COVID19/Annex_32_Quarantine_centre_22032020.pdf
64. Egypt Today. (2020, May 3). Egypt puts strategy to curb rise in COVID-19 cases. *Egypt Today*. <http://www.egypttoday.com/Article/1/85344/Egypt-puts-strategy-to-curb-rise-in-COVID-19-cases>
65. Nigeria CDC. (2020). *National Interim Guidelines for Clinical Management of COVID-19, VERSION 2, MAY 2020*. <https://covid19.ncdc.gov.ng/media/files/COVID19ClinicalCaseMgt.pdf>
66. Chen, S., Zhang, Z., Yang, J., Wang, J., Zhai, X., Bärnighausen, T., & Wang, C. (2020). Fangcang shelter hospitals: A novel concept for responding to public health emergencies. *The Lancet*, 395(10232), 1305–1314. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30744-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30744-3)
67. Times of India. (n.d.). 5,200 rail coaches ready as Covid care centres | India News—Times of India. *The Times of India*. Retrieved 17 May 2020, from <https://timesofindia.indiatimes.com/india/5200-rail-coaches-ready-as-covid-care-centres/articleshow/75613194.cms>
68. NHS England, & NHS Improvement. (2020). *COVID-19 Clinical homeless sector plan: Triage – assess – cohort – care*. <https://www.healthylondon.org/wp-content/uploads/2020/04/COVID-19-Homeless-Sector-Plan.pdf>
69. The Economic Times. (2020, April 7). Government classifies health facilities into 3 categories for COVID-19 patient care. *The Economic Times*. <https://economictimes.indiatimes.com/news/politics-and-nation/government-classifies-health-facilities-into-3-categories-for-covid-19-patient-care/articleshow/75033608.cms>
70. ARISE. (2020, April 15). Barriers to health care related to disability and COVID-19. *Arise*. <http://www.ariseconsortium.org/barriers-to-health-care-related-to-disability-and-covid-19/>
71. Armitage, R., & Nellums, L. B. (2020). The COVID-19 response must be disability inclusive. *The Lancet Public Health*, 5(5), e257. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30076-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30076-1)
72. Translators without Borders. (2020). *Do you speak COVID-19?* https://translatorswithoutborders.org/wp-content/uploads/2020/04/TWB_PolicyBrief-COVID19.pdf
73. Abramowitz, S. A., McLean, K. E., McKune, S. L., Bardosh, K., Fallah, M., Monger, J., Tehoungue, K., & Omidian, P. A. (2015). Community-Centered Responses to Ebola in Urban Liberia: The View from Below. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 9(4), e0003706. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0003706>
74. Wilkinson, A., & Fairhead, J. (2017). Comparison of social resistance to Ebola response in Sierra Leone and Guinea suggests explanations lie in political configurations not culture. *Critical Public Health*, 27(1), 14–27. <https://doi.org/10.1080/09581596.2016.1252034>
75. Alif, A. (2020, March 19). Coronavirus: Frustration rising over inadequate hotline services. *Dhaka Tribune*. <https://www.dhakatribune.com/bangladesh/dhaka/2020/03/19/coronavirus-hotline-numbers-haphazard>
76. Osho Oluwatosin, S. (2020, May 13). *Referred to the General Hospital*. <https://www.justempower.org/coronadiaries>
77. Kimani, J. (n.d.). The Hard Nut Of Cracking Who Is Vulnerable In Our Communities In The Context Of Covid-19. *Adobe Spark*. Retrieved 28 May 2020, from <https://spark.adobe.com/page/18i5rTz3NfZl/>
78. Bangkok Post. (2020, May 7). Hotline clears Covid-19 barriers. <https://www.bangkokpost.com/thailand/general/1913772/hotline-clears-covid-19-barriers>
79. Xinhua. (2020, April 22). *Feature: Visually-impaired get information about COVID-19 on braille*. http://www.xinhuanet.com/english/2020-04/22/c_138999389.htm
80. UNICEF. (2020, May 21). *UNICEF reaches nearly 150 million people with information on COVID-19 across the Middle East and North Africa*. <https://www.unicef.org/mena/press-releases/unicef-reaches-150-million-people-information-covid-19-middle-east-north-africa>
81. Farm Radio International. (2020, April 17). *Supporting radio journalism in the time of COVID-19*. Farm Radio International. <https://farmradio.org/supporting-radio-journalism-during-covid-19/>
82. Vota, W. (2019, February 13). *Why Does South Asia Have the World Largest Mobile Phone Gender Gap?* ICT Works. <https://www.ictworks.org/south-asia-mobile-phone-gender-gap/>
83. Broom, D. (2020, April). Coronavirus has exposed the digital divide like never before. *World Economic Forum Coronavirus*. <https://www.weforum.org/agenda/2020/04/coronavirus-covid-19-pandemic-digital-divide-internet-data-broadband-mobility/>
84. Tech Desk. (2020, March 30). COVID-19 lockdown: Vodafone, Jio offer double data, free internet to help you work from home. *The Indian Express*. <https://indianexpress.com/article/technology/techook/covid-19-lockdown-vodafone-jio-offer-double-data-to-help-you-work-from-home-6338633/>
85. ProshareNG. (n.d.). *MTN Floats Y'ello Hope Package To Support Virus Containment Efforts*. COVID-19: MTN Floats Y'ello Hope Package To Support Virus Containment Efforts. Retrieved 14 May 2020, from <https://www.proshareng.com/news/World-of-Business/COVID-19-MTN-Floats-Y-ello-Hope-Package-To-Support-Virus-Containment-Efforts/50394>
86. BBC Media Action, & Translators without Borders. (n.d.). COVID-19: Older Rohingya community. *What Matters Humanitarian Feedback Bulletin*, 34. Recuperado em 14 de maio de 2020, de <https://app.box.com/s/539lre83v137blggbt88b5w8l8l484m0>

87. Manivannan, A. (2015, June 15). Gender Inequalities in Access to Information about Ebola as Gender-Based Violence. *Harvard Human Rights Journal*. <https://harvardhrj.com/2015/06/gender-inequalities-in-access-to-information-about-ebola-as-gender-based-violence/>
88. IFRC, WHO, & UNICEF. (n.d.). *Risk Communication and Community Engagement (RCCE) Action Plan Guidance COVID-19 Preparedness and Response*. Retrieved 29 May 2020, from [https://www.who.int/publications-detail/risk-communication-and-community-engagement-\(rcce\)-action-plan-guidance](https://www.who.int/publications-detail/risk-communication-and-community-engagement-(rcce)-action-plan-guidance)
89. Farrington, M., & Santos, R. F. D. (2020). *Community Engagement During Covid-19: A guide for community facing staff*. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/gd-covid-19-oxfam-community-engagement-guide-270420-en.pdf>
90. IFRC. (2019). *Radio tackling rumours and misinformation in DRC's deadliest Ebola outbreak*. <https://www.youtube.com/watch?v=vTFqUFdGEjY>
91. Yenka Africa. (2020). *How one journalists' association is responding to COVID-19*. <https://www.yenkasa.org/how-one-journalists-association-is-responding-to-covid-19/>
92. Muungano. (2020, May 14). *UPDATED Coronavirus response: Possible isolation areas – maps*. Muungano Wa Wanavijiji. <https://www.muungano.net/browseblogs/2020/4/27/coronavirus-response-possible-isolation-areas-maps>
93. The Business Standard. (2020, March 24). BRAC producing masks, plans PPE production to battle coronavirus. *The Business Standard*. <https://tbsnews.net/coronavirus-chronicle/coronavirus-bangladesh/brac-producing-masks-plans-ppe-production-battle>
94. World Bank. (2020). *In India, women's self-help groups combat the COVID-19 (Coronavirus) pandemic*. World Bank. <https://www.worldbank.org/en/news/feature/2020/04/11/women-self-help-groups-combat-covid19-coronavirus-pandemic-india>
95. Dahab, M., van Zandvoort, K., Warsame, A., Spiegel, P., Waldman, R., & Checchi, F. (2020). *COVID-19 control in low-income settings and displaced populations: What can realistically be done?* LSHTM. <https://www.lshtm.ac.uk/newsevents/news/2020/covid-19-control-low-income-settings-and-displaced-populations-what-can>
96. Butler, N., & Rohan, H. (2020). *Considerations and principles for shielding people at high risk of severe outcomes from COVID-19 (April 2020)*. Social Science in Humanitarian Action (SSHAP). <https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/20.500.12413/15286/SSHAP%20COVID-19%20Brief%20Shielding.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
97. UNICEF. (2020). *Everything you need to know about washing your hands to protect against coronavirus (COVID-19)*. <https://www.unicef.org/bangladesh/en/everything-you-need-know-about-washing-your-hands-protect-against-coronavirus-covid-19>
98. Farha, L. (2020). *COVID-19 Guidance Note: Protecting Residents of Informal Settlements (28 March 2020) - World*. <https://reliefweb.int/report/world/covid-19-guidance-note-protecting-residents-informal-settlements-28-march-2020>
99. WHO. (2020). *Water, sanitation, hygiene, and waste management for the COVID-19 virus: Interim guidance*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331846/WHO-2019-nCoV-IPC_WASH-2020.3-eng.pdf
100. Ghanaian Times. (2020, March 19). Akpeteshie not substitute to sanitiser in COVID-19 prevention. *Ghanaian Times*. <https://www.ghanaiantimes.com.gh/akpeteshie-not-substitute-to-sanitiser-in-covid-19-prevention/>
101. Andrew, A., Armand, A., Augsburg, B., & Taveras, I. K. (2020, March 30). *Challenges of adopting coronavirus precautions in low-income countries*. <https://www.ifs.org.uk/publications/14779>
102. South China Morning Post. (n.d.). *Hong Kong cage home resident finds space too small for self-quarantine amid coronavirus outbreak*. Retrieved 19 May 2020, from <https://www.youtube.com/watch?v=Nbqv4hjGEUk>
103. Leung, H. (2020, April 20). Why Singapore, Once a Model for Coronavirus Response, Lost Control of Its Outbreak. *Time*. <https://time.com/5824039/singapore-outbreak-migrant-workers/>
104. Sharma, M., & Scarr, S. (2020, May 22). How migrant worker outbreaks supercharged coronavirus spread in Singapore. *Reuters*. <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-singapore-clusters-idUSKBN22Y29U>
105. Voice of America. (2020, May 10). *Singapore's Coronavirus Outbreak Sends Malaysia Scrambling to Test Migrant Workers | Voice of America—English*. <https://www.voanews.com/covid-19-pandemic/singapores-coronavirus-outbreak-sends-malaysia-scrambling-test-migrant-workers>
106. Channel News Asia. (2020, April 10). In full: PM Lee appeals to older Singaporeans to stay at home during COVID-19 'circuit breaker' period. *CNA*. <https://www.channelnewsasia.com/news/singapore/covid-19-pm-lee-address-elderly-stay-at-home-workers-dormitories-12630842>
107. WHO. (2020). *Advice on the use of masks in the community, during home care and in healthcare settings in the context of the novel coronavirus (COVID-19) outbreak*. [https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak)
108. WHO. (2020). *Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331695/WHO-2019-nCov-IPC_PPE_use-2020.3-eng.pdf
109. Martineau, F., Wilkinson, A., & Parker, M. (2017). Epistemologies of Ebola: Reflections on the Experience of the Ebola Response Anthropology Platform. *Anthropological Quarterly*, 90(2), 475–494. <https://doi.org/10.1353/anq.2017.0027>
110. Cohen, E. (2014, September 26). Woman saves three relatives from death. *CNN*. <https://www.cnn.com/2014/09/25/health/ebola-fatu-family/index.html>
111. TechnoChic. (2020, March 24). *DIY Face Shield Made with 2 Headbands, a Hair Tie, Transparency Film, Duct Tape, and Hot Glue*. <https://www.youtube.com/watch?v=fsU3wylELLI>
112. Hope Healthcare and Hospice. (2020, March 21). *How to Make and Put On Personal Protective Equipment (PPE)*. <https://www.youtube.com/watch?v=ty1mhzcIOjE>
113. Dr Tajay. (2020, March 29). *How to make COVID 19 PPE at home*. <https://www.youtube.com/watch?v=HGqwa0B8iOs>
114. Lewis, D., & Harding Giahue, J. (2014, October 20). Home care kits highlight gaps in West Africa's Ebola response. *Reuters*. <https://www.reuters.com/article/us-health-ebola-kits-idUSKCN01928220141020>
115. Islamic Relief Worldwide. (2020). *You can save lives with our Coronavirus hygiene kits appeal*. <https://www.islamic-relief.org/coronavirus-appeal/>

116. WIEGO. (2020). *Waste pickers: Essential service providers at high risk*. <https://www.wiego.org/waste-pickers-essential-service-providers-high-risk>
117. Wu, Y., Guo, C., Tang, L., Hong, Z., Zhou, J., Dong, X., Yin, H., Xiao, Q., Tang, Y., Qu, X., Kuang, L., Fang, X., Mishra, N., Lu, J., Shan, H., Jiang, G., & Huang, X. (2020). Prolonged presence of SARS-CoV-2 viral RNA in faecal samples. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 5(5), 434–435. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(20\)30083-2](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30083-2)
118. Quilliam, R. S., Weidmann, M., Moresco, V., Purshouse, H., O'Hara, Z., & Oliver, D. M. (2020). COVID-19: The environmental implications of shedding SARS-CoV-2 in human faeces. *Environment International*. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2020.105790>
119. Ng, S. C., & Tilg, H. (2020). COVID-19 and the gastrointestinal tract: More than meets the eye. *Gut*, 69(6), 973–974. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2020-321195>
120. Balasubramaniam, P., Forsberg, B., Bloom, G., Awor, P., Gautham, M., Lakew, D., Tsevelvaanchig, U., & El Jardali, F. (2020, May 27). *A Voice From the Front Line: Reaching out of the box to engage private non-state healthcare actors in LMICs to combat COVID-19*. <http://blogs.ishtm.ac.uk/hppdebated/2020/05/27/voices-from-the-front-line-reaching-out-of-the-box-to-engage-private-non-state-healthcare-actors-in-lmics-to-combat-covid-19/>
121. Ahmed, S. M., Hossain, M. A., & Chowdhury, M. R. (2009). Informal sector providers in Bangladesh: How equipped are they to provide rational health care? *Health Policy and Planning*, 24(6), 467–478. <https://doi.org/10.1093/heapol/czp037>
122. Suah Shilue, J., & Fotouma, F. (n.d.). Liberia: Indigenous Health Practitioners as Community-based Allies. *Elrha*. Retrieved 28 May 2020, from <https://www.elrha.org/project-blog/liberia-indigenous-health-practitioners-as-community-based-allies/>
123. Perry, H. B., Dhillon, R. S., Liu, A., Chitnis, K., Panjabi, R., Palazuelos, D., Koffi, A. K., Kandeh, J. N., Camara, M., Camara, R., & Nyenswah, T. (2016). Community health worker programmes after the 2013–2016 Ebola outbreak. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(7), 551–553. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.164020>
124. Sabina, N., Zakir Hussain, A., & Villar Uribe, M. (2020, April 28). Bangladesh should use its community health workers to respond to the Covid-19 pandemic. *Dhaka Tribune*. <https://www.dhakatribune.com/feature/2020/04/28/bangladesh-should-use-its-community-health-workers-to-respond-to-the-covid19-pandemic>
125. Manguvo, A., & Mafuvadze, B. (2015). The impact of traditional and religious practices on the spread of Ebola in West Africa: Time for a strategic shift. *The Pan African Medical Journal*, 22(Suppl 1). <https://doi.org/10.11694/pamj.supp.2015.22.1.6190>
126. Taremwa, A. (2019). *Traditional healers in the fight to keep Uganda free of Ebola*. UNICEF. <https://www.unicef.org/uganda/stories/traditional-healers-fight-keep-uganda-free-ebola>
127. Hewlett, B. S., & Amola, R. P. (2003). *Cultural Contexts of Ebola in Northern Uganda—Volume 9, Number 10—October 2003—Emerging Infectious Diseases journal—CDC*. <https://doi.org/10.3201/eid0910.020493>
128. Cyranoski, D. (2020). China is promoting coronavirus treatments based on unproven traditional medicines. *Nature*. <https://doi.org/10.1038/d41586-020-01284-x>
129. DW News, D. (2020, May 5). WHO cautions against the use of traditional herbs in Africa. *DW.COM*. <https://www.dw.com/en/covid-19-who-cautions-against-the-use-of-traditional-herbs-in-africa/a-53341901>
130. Butler, N. (2020). *Key considerations: Online information, mis- and disinformation in the context of COVID-19*. Social Science in Humanitarian Action (SSHAP). <https://www.socialscienceinaction.org/wp-content/uploads/2020/03/SSHAP-Brief.Online-Information.COVID-19.pdf>
131. Rosoff, P. M. (2010). Should palliative care be a necessity or a luxury during an overwhelming health catastrophe? *The Journal of Clinical Ethics*, 21(4), 312–320.
132. Matzo, M., Wilkinson, A., Lynn, J., Gatto, M., & Phillips, S. (2009). Palliative care considerations in mass casualty events with scarce resources. *Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy, Practice, and Science*, 7(2), 199–210. <https://doi.org/10.1089/bsp.2009.0017>
133. Etkind, S. N., Bone, A. E., Lovell, N., Cripps, R. L., Harding, R., Higginson, I. J., & Sleeman, K. E. (2020). The Role and Response of Palliative Care and Hospice Services in Epidemics and Pandemics: A Rapid Review to Inform Practice During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Pain and Symptom Management*. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.029>
134. Brown, N., & Beasley, D. (2020, April 9). From fine to flailing—Rapid health declines in COVID-19 patients jar doctors, nurses. *Reuters*. <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-usa-deaths-idUSKCN21Q36V>
135. Pappas, S. (2020). *'Silent hypoxia' may be killing COVID-19 patients. But there's hope*. Livescience.Com. <https://www.livescience.com/silent-hypoxia-killing-covid-19-coronavirus-patients.html>
136. Ripoll, Santiago. (2020). *Key Considerations: Dying, Bereavement and Mortuary and Funerary Practices in the Context of COVID-19*. Social Science in Humanitarian Action (SSHAP). <https://www.socialscienceinaction.org/resources/key-considerations-dying-bereavement-mortuary-funerary-practices-context-covid-19/>
137. Oosterhoff, P., Mokuwa, E. Y., & Wilkinson, A. (2015). *Community-Based Ebola Care Centres*. Ebola Anthropology Response Platform. http://www.ebola-anthropology.net/case_studies/community-based-ebola-care-centres-a-formative-evaluation/
138. Parpia, A. S., Ndeffo-Mbah, M. L., Wenzel, N. S., & Galvani, A. P. (2016). Effects of Response to 2014–2015 Ebola Outbreak on Deaths from Malaria, HIV/AIDS, and Tuberculosis, West Africa. *Emerging Infectious Diseases*, 22(3), 433–441. <https://doi.org/10.3201/eid2203.150977>
139. NZ Herald. (2020, March 24). Covid-19 coronavirus: New Zealanders who live alone can have a 'buddy system' for lockdown. *NZ Herald*. https://www.nzherald.co.nz/lifestyle/news/article.cfm?c_id=6&objectid=12319577
140. Cooper, J. L. (2015). Mental health and psychosocial support in the face of Ebola in Liberia: The personal and professional intersect. A personal account. *Intervention*, 13(1), 9.
141. WHO. (2020). *Coping with stress during the 2019-nCoV outbreak*. https://www.who.int/docs/default-source/searo/bangladesh/2019-ncov/coping-with-stress.pdf?sfvrsn=1bff513d_6
142. WHO. (2020, March). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_2
143. Brighton Cooking Club. (2020). *Brighton Cooking Club*. <https://www.brightoncookingclub.com/>
144. Samuel, S. (2020, March 24). *How to help people during the pandemic, one Google spreadsheet at a time*. Vox. <https://www.vox.com/future-perfect/2020/3/24/21188779/mutual-aid-coronavirus-covid-19-volunteering>

145. Avert. (n.d.). *Boost—A new mobile resource for community health workers*. Retrieved 19 May 2020, from <https://boost.avert.org/slideshow/covid-19>
146. Knight Raskin, M. (2018, November 12). In Liberia, Survivors of Ebola and Civil War Now Struggle With Mental Illness. *Pulitzer Center*. <https://pulitzercenter.org/reporting/liberia-survivors-ebola-and-civil-war-now-struggle-mental-illness>
147. Jin, J.-M., Bai, P., He, W., Wu, F., Liu, X.-F., Han, D.-M., Liu, S., & Yang, J.-K. (2020). Gender Differences in Patients With COVID-19: Focus on Severity and Mortality. *Frontiers in Public Health*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00152>
148. Oxfam International. (2020, April 1). *¿Quién cuida a las que nos cuidan del Coronavirus?* Medium. <https://medium.com/@Oxfam/qui%C3%A9n-cuida-a-las-que-nos-cuidan-del-coronavirus-3003c75829e7>
149. Promundo. (2020, March 18). COVID-19 demands that we pay attention to who does the care work – and how we support them. *Promundo*. <https://promundoglobal.org/covid-19-demands-that-we-pay-attention-to-who-does-the-care-work-and-how-we-support-them/>
150. Wenham, C., Smith, J., & Morgan, R. (2020). COVID-19: The gendered impacts of the outbreak. *The Lancet*, 395(10227), 846–848. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30526-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30526-2)
151. Smith, J. (2020). *Gender matters in responding to major disease outbreaks like Ebola*. The Conversation. <http://theconversation.com/gender-matters-in-responding-to-major-disease-outbreaks-like-ebola-120524>
152. Pasquali, M. (2020, March 30). *Growth of domestic violence and sexual abuse reports during the COVID-19 lockdown in selected Latin American countries as of April 2020*. Statista. <https://www.statista.com/statistics/1113975/gender-violence-growth-coronavirus-latin-america/>
153. Usher, K., Bhullar, N., Durkin, J., Gyamfi, N., & Jackson, D. (2020). Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support. *International Journal of Mental Health Nursing*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1111/inm.12735>
154. Jabola-Carolus, K. (2020, March 17). Column: Ease heavy burden of women affected by COVID-19 pandemic. *Honolulu Star-Advertiser*. <https://www.staradvertiser.com/2020/03/17/editorial/island-voices/column-ease-heavy-burden-of-women-affected-by-covid-19-pandemic/>
155. Harman, S. (2016). Ebola, gender and conspicuously invisible women in global health governance. *Third World Quarterly*, 37(3), 524–541. <https://doi.org/10.1080/01436597.2015.1108827>
156. Nyblade, L., Stockton, M. A., Giger, K., Bond, V., Ekstrand, M. L., Lean, R. M., Mitchell, E. M. H., Nelson, L. R. E., Sapag, J. C., Siraprasiri, T., Turan, J., & Wouters, E. (2019). Stigma in health facilities: Why it matters and how we can change it. *BMC Medicine*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2>
157. Carew Kraft, J. (2016, November 22). Cultural factors complicate Zika prevention in American Samoa. *NBC News*. <https://www.nbcnews.com/news/asian-america/american-samoa-cultural-factors-could-make-zika-worse-n686781>
158. The New Nation. (2020, May 17). Covid-19 patients continue to escape from hospital. *The New Nation*. <http://m.thedailynewnation.com/news/253654/covid-19-patients-continue-to-escape-from-hospital>
159. Times Now News. (2020, April 29). *Shocking negligence as COVID-19 patient escapes from the centre in Pune*. <https://www.timesnownews.com/videos/times-now/india/shocking-negligence-as-covid-19-patient-escapes-from-the-centre-in-pune/59879>
160. Channels Television. (2020, May 5). *COVID-19 Patients Flee, Protest At Gombe Isolation Facility*. <https://www.youtube.com/watch?v=5U7Lk0zLvy8>
161. Uganda Ministry of Health. (2020). *Guidelines on Quarantine of Individuals in Uganda*. <https://www.health.go.ug/covid/document/guidelines-on-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-of-coronavirus-disease-covid-19-in-uganda/>
162. Andula Agency. (2020, May 6). *Nigeria: COVID-19 patients protest over 'ill treatment'*. <https://www.aa.com.tr/en/africa/nigeria-covid-19-patients-protest-over-ill-treatment/1830966>
163. Wilkinson, A. (2020). *Key considerations: COVID-19 in informal urban settlements (March 2020)* [Brief]. Social Science in Humanitarian Action (SSHAP). https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/20.500.12413/15185/SSHAP_COVID-19_Key_Considerations_Informal_Settlements_final.pdf?sequence=3&isAllowed=y
164. Nigeria CDC. (2020). *Self Isolation and Quarantine Guide*. https://covid19.ncdc.gov.ng/media/files/SelfIsolation_QuarantineGuide_mHv8tpr.pdf
165. Nigeria CDC. (2020). *NCDC Coronavirus COVID-19 FAQs*. <https://covid19.ncdc.gov.ng/faq/>
166. South Africa National Department of Health, & National Institute for Communicable Diseases. (2020). *Clinical Management of COVID-19 disease Version-3*. https://www.nicd.ac.za/wp-content/uploads/2020/03/Clinical-Management-of-COVID-19-disease_Version-3_27March2020.pdf
167. India Ministry of Health and Family Welfare. (2020). *Guidelines for Home Isolation of very mild presymptomatic COVID19 cases*. <https://www.mohfw.gov.in/pdf/GuidelinesforHomelIsolationofverymildpresymptomaticCOVID19cases.pdf>
168. India Ministry of Health and Family Welfare. (2020). *Guidance document on appropriate management of suspect/confirmed cases of COVID-19*. <https://www.mohfw.gov.in/pdf/FinalGuidanceonMangementofCovidcasesversion2.pdf>
169. The Jakarta Post. (2020, March 20). Dozens of COVID-19-positive people are in home-isolation in Jakarta. How does it work? *The Jakarta Post*. <https://www.thejakartapost.com/news/2020/03/20/dozens-of-covid-19-positive-people-are-in-home-isolation-in-jakarta-how-does-it-work.html>
170. Federal Government of Malaysia Ministry of Health. (2020). *Guidelines COVID-19 Management in Malaysia, Management of Person Under Investigation (No. 5/2020 Annex 2)*. http://covid-19.moh.gov.my/garis-panduan/garis-panduan-kkm/Annex_2_Management_of_PUI_22032020_.pdf
171. Government of Mexico. (2020). *Proceso de prevencion de infecciones para las personas con covid-19*.
172. Peru Ministry of Health. (n.d.). *Cuidar a un paciente sospechoso de haber contraído coronavirus (COVID-19)*. Retrieved 26 May 2020, from <https://www.gob.pe/8733>