

ESTUDO DE CASO EM UMA FAMÍLIA NA TERCEIRA IDADE EM TEMPOS DE PANDEMIA: gestão de resíduos domiciliares com característica de resíduos de serviços de saúde

Ana Paula Sousa Cardoso Portela¹

Maricília Conceição Cardoso de Arruda²

Fábio Gomes Portela dos Santos³

Cristina Maria Dacach Fernandez Marchi⁴

RESUMO

A Covid-19 revelou problemas históricos e as fragilidades das políticas públicas no atendimento às populações especiais e vulneráveis, como os idosos. O presente estudo de caso teve como objetivo apresentar a realidade do atendimento domiciliar emergencial à saúde, em uma família com três pessoas idosas com comorbidades pré-existentes, durante a pandemia, visando assegurar a integridade e a qualidade de vida desses indivíduos, bem como o manejo adequado dos resíduos domiciliares com características de resíduos de serviços de saúde. A metodologia teve uma abordagem do método qualitativo de estudo de caso informal e descritivo, estabelecendo como parâmetros para a avaliação do estado de saúde, dos idosos implicados, a coleta de dados por anamnese, o exame físico e verificação de sinais vitais, realizados por médicos, via teleconsultas e, presencialmente, por uma enfermeira intensivista, à semelhança do preconizado no Programa de Saúde da Família. O gerenciamento dos resíduos de saúde gerados no domicílio, seguiu as recomendações da legislação vigente. Os procedimentos do atendimento domiciliar emergencial de saúde aos três idosos, ofereceram respostas rápidas, assegurando o tratamento eficaz, evitando-se a exposição dos mesmos aos riscos de contaminação em função da pandemia. Sobre o gerenciamento de resíduos, ainda há alguns aspectos relacionados aos RSS de origem domiciliar que precisam ser discutidos e, que representam grande desafio para o atendimento à saúde, de portadores de comorbidades e em tratamento domiciliar.

Palavras-chave: COVID-19 e o Idoso. Envelhecimento e Família. Gestão Ambiental e Sustentabilidade. Saúde do Idoso na Pandemia. Responsabilidade Social e Bem-Estar do Idoso.

¹Mestranda no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu - Mestrado Profissional em Planejamento Ambiental. Universidade Católica do Salvador. ana.portela@ucsal.br

²Professora Pesquisadora Autônoma. D.Sc. em Biologia Molecular. Servidora Pública Aposentada da Universidade do Estado de Mato Grosso-MT. maricilia_arruda@unemat.br.

³Advogado. Esp. em Direito Processual Civil. Advogado Unipessoal: Portela Advocacia. fabiogomesportela@gmail.com.

⁴Professora Pesquisadora. D.Sc. em Geologia. Docente no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu, em Planejamento Ambiental e Planejamento Territorial. Universidade Católica do Salvador. cristina.marchi@pro.ucsal.br.

1. INTRODUÇÃO

Atividades humanas intencionais e/ou acidentais têm contribuído para o aumento de contaminações, riscos à saúde e impactos ambientais, por agentes químicos, físicos e biológicos, além do avanço desordenado de desmatamentos, com a invasão de fronteiras em ambientes naturais comprometendo, severamente, a manutenção destes ambientes, a dinâmica dos serviços ecossistêmicos, a proteção pela cobertura vegetal, o equilíbrio das espécies endêmicas em seus processos de coevolução, a sobrevivência da frágil biodiversidade e, ameaçando de extinção inúmeras espécies. O planeta Terra vive, hoje, a sua sexta extinção de espécies e, enquanto as outras cinco anteriores foram causadas por eventos estocásticos, esta última é de exclusiva responsabilidade humana (KOLBERT, 2015).

Doenças infecciosas emergentes, como as virais, cujos reservatórios são animais silvestres, representam uma grande ameaça à saúde pública pelo potencial tropismo viral, porque possibilita novos arranjos, para que otimização de ligações moleculares entre diferentes células hospedeiras surjam, como tem acontecido nas infecções como zika (arbovírus Zika), chikungunya (arbovírus CHIKV), dengue (arbovírus DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4), febre amarela (arbovírus do gênero Flavivirus) e as SARS (coronavírus zoonóticos SARS-CoV, MERS-CoV e SARS-CoV-2). Apesar dos intensos esforços de pesquisas científicas, como, quando e onde novas doenças aparecem, ainda são a fonte de considerável incerteza (WU *et al.*, 2020).

Considerando-se desde os primeiros anos do século XXI, o novo coronavírus, SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) já é a terceira introdução de coronavírus zoonótico na população humana, estabelecendo-se como a primeira pandemia causada por este grupo viral, com distribuição em larga escala, baixo poder de patogenicidade, com a taxa de letalidade de menor expressão, entre 2% a 4%, mas acometendo com severidade pessoas com baixa imunidade, com patologias pré-existentes, portadores de comorbidades silenciosas e idosos (GUO *et al.*, 2020), que demandam atenção especial por apresentarem alto risco de declínio funcional ou morte, devido à vulnerabilidade associada a componentes biofisiológicos (MAIA *et al.* 2012).

No Brasil, não há políticas públicas claras para as populações suscetíveis e mais atingidas pela doença de coronavírus 2019 (COVID-19), ficando sob a

responsabilidade das famílias ou de si mesmas. Há de se levar em consideração o número de idosos que residem sozinhos em suas casas, em plena epidemia, e sem quaisquer assistências ou suporte de apoios, há também aqueles que vivem em instituições de longa permanência, que, pela alta vulnerabilidade no estado de saúde, correm significativo risco de ocorrência de um contágio em massa (MAIA *et al.* 2012), nas referidas instituições.

Medidas de saúde e enfrentamento diante da COVID-19 mostram com amplitude a fragilidade das políticas públicas existentes para lidar com as populações específicas em situação de vulnerabilidade, principalmente, pelo sistema de saúde e a fragmentação das estruturas de saúde, que não dialogam entre si. É necessário desenvolver novos parâmetros de políticas públicas que diminuam a desigualdade de atendimento, desenvolvendo ações e julgamentos assertivos para valorização da vida e toda coletividade. Neste sentido, a assistência domiciliar já implementada pode ser uma vital estratégia de cuidado em saúde, por apresentar propostas que incorporam a preocupação com a humanização dos cuidados prestados à saúde (REHEM; TRAD, 2005) e, também, como uma medida para operacionalizar a desospitalização, imprescindível em situação crítica de pandemia, principalmente, para o atendimento de populações especiais e vulneráveis.

Outro aspecto a ser considerado é a rápida disseminação do vírus em todo o mundo, o que trouxe novos desafios para sistemas governamentais, de gestão de saúde, aos profissionais de saúde, pesquisadores e, à população mundial, principalmente, para famílias em situações de vulnerabilidade, como os idosos (LI *et al.* 2020). Há uma preocupação crescente devido à virulência e rotas de transmissão do vírus, via aerossóis de saliva, à manutenção e permanência do SARS-CoV-2 no ar, em diferentes tipos de superfícies, bem como o potencial de risco para a saúde humana decorrente do contato com os resíduos de saúde hospitalares e, também, dos domiciliares, ainda sem uma legislação específica (KAMPF *et al.* 2020).

Por conta desse caráter de essencialidade das COVID-19, é indispensável assegurar a efetividade das medidas de biossegurança na prevenção da transmissão do coronavírus, bem como de outras doenças e endemias, decorrentes do acúmulo e má gestão de resíduos domiciliares com características de resíduos de serviços de saúde, com potencial risco de afetar a imunidade pessoal e de toda uma coletividade, considerando-se a cadeia produtiva de geração,

acondiçãoamento, coleta e destino final desses resíduos domiciliares, de conteúdos epidêmicos e pandêmicos.

Diante do exposto, o presente estudo de caso teve como objetivo apresentar os procedimentos de atendimento emergencial à saúde, no domicílio, em uma família com três pessoas idosas com comorbidades pré-existentes, assegurando a integridade e a qualidade de vida dos indivíduos, bem como o manejo adequado dos resíduos domiciliares com características de resíduos de serviços de saúde, atendendo às recomendações da legislação vigente para gestão de resíduos, garantindo a proteção da saúde pública, dos profissionais envolvidos, dos recursos naturais, do ambiente, prevenindo a disseminação de agentes etiológicos das doenças, durante a situação de pandemia .

2. METODOLOGIA

A pesquisa realizada utilizou-se do método qualitativo de estudo de caso informal e, portanto, não fornece base de dados estatístico-científica, mas um estudo descritivo, que segundo Minayo (2004, p. 11) apresenta ferramentas capazes de *“incorporar questões inerentes aos atos, as relações e as estruturas sociais, tomadas como advento na sua transformação, como construção humanas significativas”*.

Os dados qualitativos são referentes ao aprofundamento de uma situação familiar emergencial de atendimento à saúde, no período dos meses de junho a julho, do corrente ano, em situação pandemia. A coleta dos dados foi realizada em domicílio constituída por três idosos, em situação de vulnerabilidade, residentes na cidade de Salvador, Bahia.

A família é constituída por três idosos, com comorbidades pré-existentes e com concepção pautada no modelo curativista. Seus nomes estão preservados, no sigilo de pesquisa, sendo identificados como: indivíduo 1 com 89 anos portador de diabetes, cardiopatia, hipertensão e glaucoma; indivíduo 2 com 85 anos portador de doença de Parkinson, dinapenia e depressão e, indivíduo 3 com 60 anos portador de deficiência mental, epilepsia, aplasia medular severa com quadro de pancitopenia, diabetes e obesidade mórbida. Estas três pessoas foram consideradas como uma unidade individual de estudo (UIE), para demonstrar e esclarecer decisões tomadas de atendimento à saúde domiciliar, no período crítico de pandemia da COVID-19.

Como parâmetros para a avaliação do estado de saúde da UIE foram utilizados: anamnese, exame físico e verificação de sinais vitais. A anamnese foi realizada através de uma entrevista com perguntas direcionadas para as principais queixas apresentadas pelos idosos, buscando lembrar de todos os fatos relacionados com o quadro apresentado. Esta avaliação foi realizada por uma enfermeira especialista em terapia intensiva, parente dos idosos e voluntária, com a intenção de ser o ponto inicial na identificação das doenças. À luz do entendimento de Potter e Perry (2009), a anamnese e o exame físico consistem-se no elemento fundamental para que o enfermeiro realize seu plano de cuidados individualizado, através da avaliação dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente, em busca de anormalidades que sugiram problemas na saúde destes indivíduos.

A prática assistencial de enfermagem seguiu as recomendações padrões de rotina (TEIXEIRA *et al.* 2015), com o exame físico de maneira sistematizada e minuciosa, no sentido céfalo-podalico, com a aplicação das técnicas propedêuticas (inspeção, palpação, percussão e ausculta), com a finalidade primordial de analisar características do corpo do examinado que irão subsidiar os cuidados que serão destinados a esse indivíduo (SILVA; TEIXEIRA, 2011). Neste sentido, os dados coletados no exame físico realizado nos três idosos, foi direcionado e conduzido com base nas queixas apresentadas pelos mesmos.

Os sinais vitais (SSVV), considerados como os principais indicadores do estado de saúde de um indivíduo, foram os parâmetros fundamentais para identificação precoce de potenciais eventos adversos, na assistência aos idosos, uma vez que estes apresentam labilidade no estado de saúde física, psicossocial e cognitiva podendo interferir na qualidade do cuidado prestado (TEIXEIRA *et al.*, 2015). Neste contexto, a aferição dos sinais vitais nos idosos estudados correspondeu a verificação da pressão arterial, pulso periférico, saturação de oxigênio e a frequência respiratória, através de um oxímetro portátil e temperatura axilar, foi pautada nos parâmetros estabelecidos para normalidade, conforme o Ministério da Saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2015).

O diagnóstico clínico dos três idosos foi realizado por dois médicos: um oftalmologista e um intensivista/cirurgião geral (amigo da família), através das observações relatadas pela enfermeira e com base nos dados da anamnese, exame físico e sinais vitais coletados pela profissional, por meio de teleconsultas, no período da COVID-19, conforme dispõe a Resolução Nº 363, de 26 de março de

2020 (DOU, 2020). Desta forma, a conduta e tratamento prescritos foram estabelecidos tendo como base as alterações no estado de saúde de cada um dos idosos e como uma UIE.

A gestão dos gerados seguiu as recomendações para resíduos sólidos de saúde (RSS) conforme a RDC Nº 222/2018 Comentada, com base na classificação em grupos: A (resíduos potencialmente infectantes); B (resíduos químicos); C (resíduos radioativos); D (resíduos comuns) e E (resíduos perfurocortantes). O gerenciamento dos resíduos seguiu as etapas: segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário, tratamento, armazenamento externo, coleta e transporte externos e disposição final, segundo CONAMA (2005).

3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Em 01/06/2020 o indivíduo 1 apresentou uma irritação severa no olho esquerdo (OE). Esse olho foi acometido por um derrame na mácula há 21 anos, comprometendo a visão. Em função do quadro de irritação associado a queixas de dor, ardência e sensação de areia, o oftalmologista, que acompanha o idoso, no último ano, foi contactado. O médico identificou um provável aumento da pressão intraocular (PIO), uma vez que o idoso deixou de usar os colírios para glaucoma, por conta própria há quatro anos. O oftalmologista solicitou que a enfermeira realizasse um teste para verificar a consistência dos olhos. O olho irritado tinha uma consistência rígida, bem diferente do olho direito, confirmando a PIO elevada, sendo prescrito cloridrato de pilocarpina 1% e Maxidex® ambos três vezes por dia, porém o cloridrato de pilocarpina 1% não foi encontrado nas farmácias, sendo comunicado ao oftalmologista, que alterou a prescrição para cloridrato de pilocarpina 2% duas vezes ao dia.

No dia 17/06 o indivíduo 1 apresentou piora da inflamação no OE, com presença de secreção amarelada e edema palpebral e quadro febril, sendo contactado um médico intensivista/cirurgião geral, amigo da família, em função da febre. O médico solicitou que mantivesse o idoso em observação para acompanhar a evolução dos sintomas e administrasse antitérmico para combater a febre. Neste mesmo dia, o indivíduo 2 caiu no banheiro após sentir uma tontura súbita, porém

não apresentou trauma na cabeça e nem quaisquer lesões aparentes, mantendo a funcionalidade dos membros.

Em 18/06 foi contactado novamente o oftalmologista em função da piora do quadro no OE do indivíduo 1, o referido médico sugeriu que poderia se tratar de uma conjuntivite, prescrevendo colírio lubrificante, compressas frias de soro fisiológico (SF) 0,9% e higiene com shampoo neutro, mantendo os colírios, anteriormente prescritos. No dia seguinte, o idoso apresentou episódio de febre (38,5°C) e calafrios, novamente o oftalmologista foi contactado. Ao inspecionar o olho do idoso, por teleconsulta, o referido médico comentou com a enfermeira que não gostou do aspecto da córnea, com quadro sugestivo de úlcera de córnea, suspendendo o cloridrato de pilocarpina e prescrevendo Cilodex® 4/4 horas

Nos dias que se seguiram os idosos permaneceram em observação, sem piora no estado de saúde. Em 21/06, o indivíduo 1 apresentou hiperemia e edema nas pernas, observadas no período da noite. Em 22/06 o médico intensivista/cirurgião geral foi contactado. Com base nos dados coletados pela enfermeira, o indivíduo 1 foi diagnosticado pelo médico como acometido por erisipela, sendo prescrito tratamento com esquema de benzilpenicilina benzantina de 1.200.000 UI, evoluindo com melhora dos sintomas, nos dias subsequentes.

Em 27/06, o indivíduo 3 acordou com desorientação auto e alopsíquica e hipertermia 39,6°C. Foi identificado pela enfermeira que o indivíduo 3 não tomou água/líquidos no dia anterior e, por ser portadora de aplasia medular, com quadro de pancitopenia grave, a desorientação poderia estar associada a desidratação, além do processo fisiológico de retenção de água pelos músculos, causando a pouca disponibilidade de água, em pessoas idosas. Foram administrados antitérmicos para controle da temperatura e iniciada hidratação oral intensiva com soro caseiro, repositores hidroeletrólitos, suco e água. O indivíduo 3 apresentou melhora do estado de desorientação, porém manteve a hipertermia mesmo com o rodízio de antitérmicos 4/4 horas. O médico intensivista/cirurgião geral foi contactado e com base no histórico de saúde da idosa e dos dados de exame físico e sinais vitais coletados pela enfermeira, sugeriu que poderia se tratar de um quadro de neutropenia febril, o qual deveria ser investigado e tratado com antibioticoterapia (Bellesso et al. 2010). Porém, em função da pandemia e a grande vulnerabilidade pelas comorbidades pré-existentes, devido ao histórico de imunossupressão do indivíduo 3, foi administrado benzilpenicilina benzantina de 1.200.000 UI e mantido

esquema de antitérmicos, com melhora do quadro nas 24 horas seguintes. Entretanto, o quadro clínico do indivíduo 3 evoluiu no dia 03/07 com as mesmas manifestações sintomáticas de hiperemia e edema em membros inferiores, semelhantes aos apresentados pelo indivíduo 1, sugerindo quadro clínico de erisipela. Contactado com o médico intensivista/cirurgião geral, que confirmou o diagnóstico e orientou seguir o mesmo protocolo que estava sendo aplicado ao indivíduo 1. É possível que o indivíduo 3, neste presente estudo, demorou a manifestar a infecção bacteriana por apresentar obesidade mórbida, ocasionando o isolamento e a concentração de bactérias nos vasos linfáticos, neste tecido adiposo (Bellesso et al. 2010), aliado à imunossupressão decorrente do quadro de pancitopenia, causado pela aplasia medular.

Tanto no indivíduo 1 como no indivíduo 3, tratados com antibioticoterapia, a resposta ao tratamento demonstrou eficácia, podendo-se inferir a ocorrência um processo bacteriano, provavelmente, por *Streptococcus* β hemolítico, que causou a manifestação dos sintomas de erisipela nos membros inferiores que acometeu os dois idosos, na UIE familiar. Segundo estudos realizados por Okajima, Freitas e Zaitz (2004) esse sintoma correspondeu a 74% dos casos investigados, em suas pesquisas.

Nos procedimentos metodológicos, foram consideradas as características do fenômeno, identificação de variáveis específicas para explicar características complexas dos problemas e comportamentos, com coleta de dados por observações, relatos e sinais clínicos (RICHARDSON, 2008), que contribuíram eficazmente com o comportamento de atendimento emergencial à saúde dos idosos, que contribuíram para as tomadas de decisões.

Durante todos os procedimentos de atendimento aos idosos, deste estudo, foram gerados resíduos de saúde classificados no Grupo A: algodão com secreção ocular e algodão com resíduos de sangue; no Grupo B: fitas reagentes para testes de glicemia capilar, frascos-ampolas de medicamentos e frascos vazios de medicamentos-colírios e no Grupo E: agulhas e lancetas retrateis. Os RSS do Grupo A foram desinfestados e tratados com solução de hipoclorito de sódio 2% a 2,5%, antes de serem descartados; os do Grupo B, foram acondicionados em embalagens resistentes e identificado como de risco químico e do Grupo E foram tratados com solução de hipoclorito de sódio 2% a 2,5%, acondicionados em garrafas do tipo PET e, cuidadosamente, recolhidos por uma profissional de enfermagem com

treinamento em terapia intensiva. Todos os RSS, produzidos no período da pandemia da COVID-19, foram encaminhados ao sistema de coleta pública de lixo, por causa do isolamento social e pela ausência de políticas públicas específicas, direcionadas para este tipo de resíduos domiciliares com características de resíduos de serviços de saúde.

A realidade observada no descarte dos RSS, gerados durante o atendimento domiciliar, por uma profissional treinada e com competência na área, no presente estudo de caso, mostrou que, apesar do avanço da legislação RDC Nº 222/2018 COMENTADA e CONAMA (2005) sobre o gerenciamento de resíduos, ainda há alguns aspectos relacionados aos RSS de origem domiciliar, seja por usuários, cuidadores e/ou membros da família, que precisam ser discutidos e, que representam grande desafio para o atendimento à saúde, de portadores de comorbidades e em tratamento domiciliar.

Como ocorrem os procedimentos e gerenciamentos de RSS gerados em domicílios, por pessoas que prestam o atendimento na família? Os cuidados tomados no gerenciamento dos RSS, no domicílio, relatados neste presente estudo, despertam para a necessidade das responsabilidades públicas e cívicas, o cumprimento das medidas, no âmbito da biossegurança e a proposição de políticas públicas diferenciadas para os RSS gerados em domicílios. O gerenciamento destes resíduos por familiares, na ausência de profissionais de saúde treinados, clama pela urgência de programas de educação e treinamento em saúde para os cuidadores informais (familiares) e para o esclarecimento à população sobre normas e recomendações de resíduos domiciliares com características de resíduos de saúde.

4. CONCLUSÃO

A situação de pandemia levantou aspectos importantes de assistência às populações especiais e em vulnerabilidade, como os idosos, e a necessidade de atendimento destes grupos em isolamento social. Os resultados deste estudo de caso demonstraram a eficiência dos procedimentos médicos e de enfermagem na unidade familiar de três idosos com comorbidades pré-existentes, garantindo a segurança e permanência dos três indivíduos, no domicílio, à semelhança do preconizado no Programa de Saúde da Família e atendimento pré-hospitalar. É de fundamental importância repensar a relação de cuidados nesses programas para um

atendimento com equidade, humanização, respeito e valorização da vida, com foco na saúde preventiva, desconstruindo o paradigma do modelo curativista com políticas públicas, ações educativas e informativas à população.

Faz-se necessário discutir o manejo de resíduos gerados em domicílios com características de resíduos de serviços de saúde, que ainda não estão categorizados e nem contemplados na legislação vigente, bem como estabelecer um novo regramento específico que contribuirá para a prevenção e atenuação dos possíveis impactos à saúde das pessoas, dos profissionais envolvidos e do ambiente.

REFERÊNCIAS

BELLESO, M., COSTA, S. F., CHAMONE, D. A. F., DORLHIAC-LLACE, P. E. Triagem para o tratamento ambulatorial da neutropenia febril. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, 32(5):402-408. 2010.

BRASIL. Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia. Resolução Nº 363, de 26 de março de 2020. Dispõe sobre a assistência médica a partir de ferramentas de telemedicina, durante estado de calamidade pública que determina isolamento, quarentena e distanciamento social. **DOU – Diário Oficial da União**. Publicado em: 30/03/2020. Edição: 61. Seção: 1. p.: 253.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. Conselho Nacional do Meio Ambiente. Resolução CONAMA nº 358, de 2005. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final de resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 04 de maio, 2005.

GUO, Y.R., CAO, Q. D., HONG, Z. S., TAN, Y.Y., CHEN, S.D., JIN, H.J., TAN, K.S., WANG, D.Y., YAN, Y. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak - an update on the status. **Mil Military Medical Research** 7(1):11. 2020. doi: 10.1186/s40779-020-00240-0. PMID: 32169119; PMCID: PMC7068984.

KAMPF, G., TODT, D., PFAENDER, S., STEINMANN, E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agentes. **Journal of Hospital Infection** 104 (3):246-251. 2020.

KOLBERT, E. **A sexta extinção: uma história não natural**. Elizabeth Kolbert; tradução Mauro Pinheiro. 1. ed. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2015. 336 p. : il.

LI ,R.; PEI, S., CHEN, B., SONG, Y.; ZHANG T., YANG, W., SHAMAN J. et al. Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV2). **Science**. DOI: 10.1126/science.abb3221.

MAIA, F. O. M., DUARTE, Y. A. O., SECOLI, S. R., SANTOS, J. L. F., LEBRÃO, M. L. CROSS-Cultural Adaptation of the Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): Helping in the Identification of Vulnerable Older People. **Revista da Escola de Enfermagem. USP**. 46(Esp):116-22. 2012.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

POTTER, P.; PERRY, A. **Fundamentos de enfermagem**. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2009.

REHEM, T. C. M. S. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. Leny Alves Bomfim, trad. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl., p. 231-242, set./dez. 2005.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3ª. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

SILVA CMC, TEIXEIRA ER. Exame físico e sua integralização ao processo de enfermagem na perspectiva da complexidade. **Esc Anna Nery** (impr.) 2011 out-dez; 15 (4):723-729.

TEIXEIRA, C. C, BOAVENTURA R. P., SOUZA A. C. S., PARANAGUÁ TTB, BEZERRA ALQ, BACHION MM, et al. Aferição de sinais vitais: um indicador do cuidado seguro em idosos. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2015 Out-Dez; 24(4): 1071-8.

WU, F., ZHAO, S., YU B., CHEN Y. M., WANG, W., SONG, Z. G. et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. **Nature**. 2020. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2008-3> [Epub ahead of print].