

Considerações sobre a reabilitação durante o surto de COVID-19

Coronavirus

www.paho.org/coronavirus

Noncommunicable Diseases and Mental Health

www.paho.org/nmh

Rehabilitation

<https://www.paho.org/en/topics/rehabilitation>

COVID-19

Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou como uma pandemia o surto de uma nova doença por coronavírus (COVID-19), causada pelo coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2). Na Região das Américas, todos os países e territórios notificaram casos de COVID-19. A OMS, a OPAS e autoridades de saúde pública de todo mundo estão tomando medidas para conter a propagação da COVID-19 e gerir o seu impacto. Embora a maioria das pessoas desenvolva formas leves da doença ou não tenham complicações relacionadas à COVID-19, estima-se que aproximadamente 14% apresentem infecção respiratória aguda grave (IRAG) e possam precisar de hospitalização e suporte com oxigênio, e 5% precisem ser internadas em uma unidade de terapia intensiva (UTI).¹ Os primeiros estudos feitos na China indicaram períodos de internação medianos (amplitude interquartis, AIQ) de 8,0 (4,0-12,0)² e 8,0 (4,0-11,0)³ dias entre pacientes hospitalizados em UTIs com COVID-19.

A reabilitação melhora os resultados de saúde de pacientes com casos graves de COVID-19 e beneficia os serviços de saúde das seguintes maneiras:

- **Melhores resultados de saúde e funcionalidade:** A reabilitação pode reduzir a frequência de complicações associadas à internação em uma UTI, como a síndrome pós-terapia intensiva (SPTI);⁴ ela visa otimizar a recuperação de um paciente e reduzir a ocorrência de incapacidade. As intervenções de reabilitação podem ajudar a resolver muitas das consequências da COVID-19 grave, incluindo deficiências físicas, cognitivas e relacionadas à deglutição, além de fornecer apoio psicossocial. Pacientes mais idosos, e aqueles com problemas de saúde preexistentes, podem ser mais vulneráveis aos efeitos da doença grave, e a reabilitação pode ser particularmente benéfica para manter o seu nível anterior de independência.
- **Facilitação da alta precoce:** Quando há uma grande demanda por leitos hospitalares, os pacientes podem precisar ter alta mais rapidamente que o normal. A reabilitação é particularmente importante para preparar os pacientes para a alta, coordenar altas hospitalares complexas e garantir a continuidade do cuidado.
- **Redução do risco de reinternação:** A reabilitação ajuda a garantir que os pacientes não se deterioreem após a alta e precisem ser reinternados, o que é essencial num contexto de escassez de leitos hospitalares.

COVID-19

Os profissionais de reabilitaçãoⁱ são profissionais da saúde da linha de frente, devendo ser envolvidos no atendimento de pacientes que apresentam casos graves de COVID-19. Pacientes que desenvolvem casos graves de COVID-19 passam por diversas fases de atendimento. A reabilitação deve ser incluída em todas as fases: como parte da fase aguda, nas unidades de terapia intensiva; durante a fase subaguda, em uma enfermaria hospitalar ou unidade de atenção subaguda;ⁱⁱ e durante a fase de longo prazo, como quando os pacientes retornam para casa e ainda estão em recuperação.

Os profissionais de reabilitação prestam cuidados essenciais a alguns grupos de pacientes que não apresentam COVID-19. Há evidências de que a retirada ou indisponibilidade de reabilitação pode envolver riscos e resultados de saúde adversos para alguns grupos de pacientes.⁵⁻⁹ Por isso, os serviços de reabilitação para esses grupos devem ser considerados serviços essenciais e continuar a ser prestados durante todo o período do surto epidêmico.

A reabilitação deve ser integrada ao planejamento nacional de saúde de emergência para a COVID-19, inclusive dentro das equipes médicas de emergência (EMEs) implantadas. Isto deve ocorrer na primeira oportunidade e deve envolver especialistas em reabilitação e/ou associações profissionais e instituições nacionais de reabilitação. Um mecanismo prático para alcançar esse objetivo é a inclusão de um representante focal do setor da reabilitação nas estruturas nacionais e institucionais de gestão e coordenação da saúde. O planejamento dos serviços de reabilitação deve considerar as necessidades das pessoas afetadas pela COVID-19, bem como os grupos prioritários de pacientes sem COVID-19.

As evidências sobre a reabilitação no contexto da COVID-19 continuam a surgir e incluem diretrizes que estão sendo desenvolvidas por associações profissionais internacionais e nacionais de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e fisioterapia, tanto para o tratamento clínico de pacientes com COVID-19 como para as opções de prestação de serviços não relacionados à COVID-19.

-
- i Profissionais de reabilitação potencialmente envolvidos no tratamento de pacientes com casos graves de COVID-19 podem incluir médicos fisiatras (especialistas em medicina física e reabilitação), fisioterapeutas, terapeutas respiratórios, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e psicólogos.
 - ii Uma unidade de atenção subaguda é uma instalação para pacientes internados estabelecida para aumentar a capacidade do sistema hospitalar de atender a picos de demanda, descongestionando a atenção aguda nos hospitais e evitando altas prematuras. Estas unidades prestam atenção subaguda provisória a pacientes clinicamente estáveis, estando fortemente integradas a serviços de reabilitação. As instalações podem ser construídas ao lado de centros para o atendimento de pacientes com infecção respiratória aguda grave (IRAG) ou pela conversão de instalações de saúde existentes (tais como hospitais comunitários, centros de reabilitação e instituições de longa permanência).

COVID-19

1

O papel da reabilitação no tratamento de pacientes com COVID-19 grave

Mensagens principais

Os casos graves de COVID-19 envolvem necessidades de reabilitação relacionadas com as consequências do suporte ventilatório, da imobilização prolongada e do repouso no leito. Estas podem incluir:

- Função pulmonar prejudicada;
- Descondicionamento físico e fraqueza muscular;
- Confusão mental (delirium) e outras deficiências cognitivas;
- Dificuldades de deglutição e comunicação; e
- Transtornos de saúde mental e necessidades de apoio psicossocial.

As necessidades de reabilitação podem ser ampliadas por doenças subjacentes e pelos problemas de saúde associados ao envelhecimento,

Os profissionais de reabilitação desempenham um papel importante na facilitação da alta hospitalar precoce, o que é essencial no contexto da escassez de leitos hospitalares.

Pessoas com COVID-19 grave apresentam necessidades de reabilitação durante as fases aguda, subaguda e de longo prazo dos cuidados de saúde; os profissionais de reabilitação devem estar presentes em UTIs, enfermarias hospitalares, unidades de atenção subaguda e na comunidade.

Particularmente na fase aguda, as intervenções de reabilitação para pacientes com COVID-19 grave que precisam de suporte ventilatório geralmente requerem um conjunto particular de competências adquiridas através de formação especializada.

COVID-19

1.1 Necessidades de reabilitação de pacientes com COVID-19 grave

Os pacientes com COVID-19 grave necessitam de internação e suporte com oxigênio. Aqueles cuja doença seja complicada pela síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), sepse e choque séptico, ou falência de múltiplos órgãos, incluindo lesão renal, hepática e cardíaca, tipicamente precisarão de ventilação mecânica invasiva em uma UTI.^{1 2 10-12} Como a COVID-19 é uma doença nova, as previsões sobre as suas consequências a curto e longo prazo para os pacientes que apresentam a doença grave e precisam de internação na UTI se baseiam nos conhecimentos adquiridos com a população geral submetida a terapia intensiva, particularmente pacientes com SDRA. A ventilação mecânica, associada à sedação e/ou paralisia, bem como repouso e imobilização potencialmente prolongados no leito, podem ter muitos efeitos musculoesqueléticos prejudiciais¹³, incluindo redução da força muscular e da função física.^{14 15} Outros efeitos podem incluir deficiências na função respiratória, estado cognitivo, deglutição e comunicação, podendo ainda ocorrer confusão mental (delirium). A longo prazo, os aspectos multifacetados da síndrome pós-terapia intensiva,⁴ que podem persistir por muitos meses ou anos após a alta hospitalar, também podem se manifestar como uma menor capacidade de fazer exercício, menor independência nas atividades da vida diária e menor qualidade de vida relacionada à saúde.¹⁶⁻²⁸

Pacientes com COVID-19 grave que não recebem ventilação mecânica invasiva, seja pela indisponibilidade de recursos ou porque a gravidade da doença não o justifica, também podem apresentar algum grau de comprometimento da função física e respiratória, bem como dificuldades psicossociais, como resultado da doença e da hospitalização. As necessidades de reabilitação associadas à COVID-19 grave podem ser ampliadas por doenças subjacentes e pela idade avançada. O fato de uma pessoa se ver isolada das suas redes de apoio, como resultado das medidas de contenção relacionadas à pandemia, também pode exacerbar muitos desses problemas durante o período de recuperação da COVID-19.

1.2 Intervenções de reabilitação para pacientes com COVID-19 grave

O papel dos profissionais de reabilitação no tratamento de pacientes com COVID-19 grave, além da forma como as intervenções são distribuídas entre as disciplinas, varia segundo o contexto. Portanto, estas orientações devem ser interpretadas e aplicadas com base na distribuição local de papéis e escopos da prática clínica. As orientações para esta tabela foram compiladas através de contribuições de especialistas de todo o mundo na área da reabilitação respiratória e da revisão de evidências relevantes ligadas à COVID-19 e à reabilitação.

COVID-19

Fase da atenção	Intervenções de reabilitação	Ambiente típico da intervenção
Aguda	<p>Enquanto os pacientes com COVID-19 grave recebem suporte ventilatório, os profissionais de reabilitação podem ser envolvidos para apoiar o manejo respiratório agudo²⁹ e para manter e melhorar a funcionalidade, a fim de facilitar a recuperação precoce. Profissionais especializados em reabilitação podem realizar intervenções que ajudam a melhorar a oxigenação, desobstruir as vias aéreas e facilitar o desmame ventilatório,²⁹⁻³¹ podendo também desempenhar um papel na promoção da nutrição³² e na prevenção da pneumonia aspirativa, especialmente pós-intubação e/ou em pacientes com traqueostomia.³³</p>	<p>Unidades de terapia intensiva, unidades de atenção subaguda (inclusive centros para pacientes com IRAG)</p>
Subaguda	<p>No período de recuperação inicial, uma vez que os pacientes tenham retornado a uma enfermaria ou a uma unidade de atenção subaguda, ou para pacientes cuja gravidade não justifique a internação em uma unidade de terapia intensiva e que tenham sido tratados em uma enfermaria hospitalar, as intervenções de reabilitação podem se concentrar no tratamento de deficiências persistentes na mobilidade, função respiratória, cognição, deglutição, nutrição e comunicação.³⁴⁻³⁵ As intervenções durante esse período visam ainda promover a independência nas atividades da vida diária e dar apoio psicossocial. Os profissionais de reabilitação também contribuem significativamente para a preparação e planejamento da alta, o que pode ser particularmente complexo em pacientes mais idosos e com comorbidades.³⁶</p>	<p>Enfermarias hospitalares, instalações de atenção subaguda (inclusive centros para pacientes com IRAG)</p>
Longo prazo	<p>Após a alta, os profissionais de reabilitação podem promover a realização de exercícios progressivos, a educação sobre conservação de energia e alterações do comportamento, modificação da casa e produtos assistivos, bem como fazer o trabalho de reabilitação para qualquer deficiência específica. Durante a recuperação a longo prazo da COVID-19 grave, os pacientes podem se beneficiar de intervenções de reabilitação pulmonar, voltadas a deficiências físicas e respiratórias, que incluem uma combinação de exercícios progressivos, educação, atividades da vida diária e apoio psicossocial.³⁷</p> <p>Em muitos contextos, em razão de restrições relacionadas à pandemia (distanciamento físico, escassez de recursos humanos e transporte público limitado) e ao risco de infecção, a telessaúdeⁱⁱⁱ provavelmente será necessária após a alta hospitalar. Ela poderia ser estendida para incluir exercícios à distância (como a orientação e exercícios em “grupos virtuais”) e o apoio entre pares por parte de pacientes que tiveram COVID-19 e receberam o treinamento apropriado. Os serviços de reabilitação localizados nas comunidades locais muitas vezes estão numa melhor posição para prestar cuidados de longo prazo.</p>	<p>Centros de reabilitação, programas ambulatoriais, serviços domiciliares, serviços móveis, telessaúde.</p>

iii A telessaúde é o uso de telecomunicações e tecnologia virtual para a prestação de cuidados de saúde aos pacientes, incluindo a reabilitação.

COVID-19

2

Considerações para a continuidade dos serviços de reabilitação para pacientes sem COVID-19

Mensagens principais

As necessidades de reabilitação de pacientes sem COVID-19 continuarão a existir durante o surto epidêmico. Alguns serviços de reabilitação são essenciais e precisarão continuar a funcionar durante toda a duração da pandemia.

A falta de acesso a serviços de reabilitação pode comprometer os resultados de saúde, prolongar a internação e resultar em internações hospitalares evitáveis devido a complicações de saúde.

As decisões relativas à continuidade dos serviços de reabilitação devem considerar as implicações para diferentes grupos de pacientes e para a prestação de serviços de saúde como um todo, bem como o risco de infecção para os pacientes e profissionais de reabilitação.

Em razão do surto de COVID-19 e seu impacto nos sistemas de saúde, as autoridades de saúde devem tomar decisões sobre em que medida os serviços de reabilitação precisam continuar a funcionar e como é possível garantir ao máximo a continuidade dos serviços. Essas decisões devem refletir os riscos associados à interrupção ou redução dos serviços para diferentes grupos de pacientes e para a prestação de serviços de saúde. Os riscos de infecção também devem ser considerados, juntamente com fatores locais que influenciam a viabilidade e adequação de formas alternativas de prestação de serviços, como a telessaúde.

2.1 Riscos de infecção para pacientes e profissionais de reabilitação

Assim como ocorre em outros serviços de saúde, a reabilitação presencial representa um risco de infecção que deve ser balanceado com os riscos ligados à interrupção ou redução da reabilitação, que afetarão os resultados de saúde e os próprios serviços. As decisões sobre a forma de prestação de serviços de reabilitação durante a epidemia devem ter como objetivo minimizar a exposição dos pacientes — especialmente os que tem mais risco de sofrer COVID-19 grave devido à sua idade ou problemas de saúde

COVID-19

preexistentes — e dos profissionais de reabilitação. O grau de risco dependerá da disponibilidade de equipamentos de proteção individual (EPIs) e outras medidas de controle de infecções, que podem variar de acordo com o ambiente de prestação dos serviços. Se a prestação de serviços for continuada, os serviços devem seguir as diretrizes da OMS e da OPAS sobre prevenção e controle de infecções^{iv}. As decisões também devem refletir a viabilidade de modos alternativos de prestação de serviços de reabilitação, como a telessaúde, que pode ser adequada para certos tipos de intervenções de reabilitação, especialmente as que se baseiam em educação e aconselhamento. A viabilidade da telessaúde depende da infraestrutura local de telecomunicações e dos custos do acesso à internet para diferentes grupos socioeconômicos, entre outros fatores locais.

2.2 Impacto da interrupção ou redução dos serviços de reabilitação sobre os resultados de saúde

Alguns serviços de reabilitação para pacientes sem COVID-19 devem ser considerados serviços de saúde essenciais, continuando a funcionar durante a epidemia de COVID-19. Há evidências de que em alguns grupos de pacientes (como os que sofreram queimaduras, lesões de medula espinhal ou acidente vascular cerebral), a interrupção ou redução da reabilitação pode comprometer seriamente a saúde e a funcionalidade e aumentar a mortalidade. Os grupos de pacientes cujo acesso à reabilitação deve ser mantido ao longo do surto epidêmico incluem os que recentemente sofreram lesões significativas (como queimaduras, lesões de medula espinhal, lesões encefálicas traumáticas e fraturas), acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio ou que passaram por grandes cirurgias. Uma lista mais completa desses grupos de pacientes está incluída na Seção 4.5.

Nos casos em que os serviços de reabilitação forem temporariamente interrompidos, reduzidos ou transferidos para outro local, será necessário priorizar os pacientes considerando os riscos associados à interrupção dos seus cuidados. Os serviços de reabilitação devem identificar para quais pacientes as seguintes opções de serviço são mais adequadas:

1. Alta dos cuidados de reabilitação com um programa domiciliar abrangente e ciência sobre as potenciais complicações ou indicações para cuidados de seguimento.
2. Manutenção da reabilitação através de serviços hospitalares, ambulatoriais, domiciliares ou de telessaúde, muitas vezes com modificações na prática da reabilitação (ver Seção 4.6).
3. Interrupção temporária do programa de reabilitação (muitas vezes com um programa domiciliar e educativo provisório), com um método estabelecido e sistemático de seguimento após a retomada dos serviços de reabilitação (por

^{iv} Os documentos técnicos mais recentes da OPAS encontram-se em: <https://www.paho.org/es/documentos-tecnicos-ops-enfermedad-por-coronavirus-covid-19> (em espanhol)

COVID-19

exemplo, uma base de dados de serviços de reabilitação codificada, com dados de contato atualizados).

4. À medida que a epidemia progredir ao longo do tempo, certos países podem ser capazes de retomar alguns serviços de reabilitação para pacientes com necessidades prioritárias nos quais a COVID-19 tenha sido descartada ou que tenham se recuperado (como em unidades de reabilitação menores, fora dos hospitais principais).

2.3 Impacto da interrupção ou redução da reabilitação sobre a prestação de serviços de saúde

Devem ser feitos esforços para manter o funcionamento dos serviços de reabilitação que contribuam para promover a alta hospitalar rápida e segura, para pacientes com e sem COVID-19. Tais serviços podem ser essenciais para dar aos hospitais a capacidade de responder a picos de demanda, o que exige a rápida circulação de pacientes pelo sistema de atenção para casos agudos. A falta de acesso à reabilitação pode resultar em maiores períodos de internação, e a reabilitação mal planejada ou mal coordenada pode provocar complicações e reinternações evitáveis. A disponibilidade de serviços de seguimento da reabilitação para além do ambiente hospitalar pode ser uma pré-condição para uma alta rápida e segura; portanto, qualquer decisão sobre os serviços de reabilitação que devem continuar a funcionar deve considerar os serviços tanto no ambiente hospitalar como na comunidade. Os grupos de pacientes que mais provavelmente necessitarão de acompanhamento são os que apresentam maior risco de resultados negativos, como descrito acima e detalhado na Seção 4.5.

Durante e após o surto de COVID-19, os serviços de saúde observarão mudanças no perfil da demanda por serviços de reabilitação. Por exemplo, os serviços de reabilitação associados a cirurgias eletivas serão reduzidos, e novas necessidades de reabilitação poderão surgir devido a exacerbações nos problemas de saúde resultantes das medidas de contenção da COVID-19. Além disso, a interrupção ou redução de alguns serviços durante o surto levará inevitavelmente a um acúmulo de necessidades de reabilitação que terão que ser atendidas quando as medidas de contenção começarem a ser suspensas. Essas mudanças na carga de reabilitação precisam ser consideradas nos planos de resposta e recuperação contra a COVID-19.

COVID-19

3

Ações para os governos ao nível nacional e subnacional

Mensagens principais

Com ajustes na prestação de serviços, os cuidados de reabilitação podem ser mantidos durante o surto, inclusive através da telessaúde.

Para otimizar a recuperação dos casos graves de COVID-19, será preciso ampliar as unidades de atenção subaguda que proporcionam serviços de reabilitação. Essas instalações permitem a alta precoce de ambientes de atenção aguda quando há escassez de leitos.

Haverá um aumento na demanda por profissionais de reabilitação que trabalham em ambientes agudos e intensivos, e é preciso tomar medidas para assegurar que as necessidades em termos de recursos humanos sejam atendidas. Haverá também um aumento da demanda por reabilitação especializada de longa duração, especialmente para pessoas idosas, que frequentemente precisarão desses serviços.

Durante o planejamento, o governo deve atuar em proximidade com entidades ligadas à reabilitação, incluindo associações profissionais, prestadores de serviços e profissionais de reabilitação.

3.1 Incluir a reabilitação no planejamento de saúde para a COVID-19 e fazer os ajustes necessários no financiamento da saúde

- Considerar a inserção de um representante de entidades de reabilitação nas estruturas de gestão e coordenação das emergências em saúde, como os Centros de Operações para Emergências de Saúde.
- Considerar o planejamento da reabilitação tanto em termos das necessidades de reabilitação das pessoas afetadas pela COVID-19 quanto das necessidades habituais de reabilitação na população.
- Incluir a reabilitação nas decisões sobre quais serviços de saúde são essenciais ou não essenciais. Estas decisões devem levar em conta os riscos de retirar o acesso à reabilitação para diferentes grupos populacionais e o

COVID-19

risco de infecção para pacientes e profissionais de reabilitação. Também é preciso considerar fatores locais, como a viabilidade da telessaúde, os recursos humanos para a reabilitação e o acesso a EPIs.

- Integrar a reabilitação nas diretrizes clínicas e nos protocolos para pessoas com COVID-19, incluindo a sua atenção aguda, subaguda e de longo prazo. Quando apropriado, trabalhar com associações profissionais relevantes.
- Planejar e financiar uma maior demanda por serviços de reabilitação associados à COVID-19, especialmente para os casos graves. Assegurar que as pessoas com necessidades de reabilitação relacionadas à COVID-19, inclusive as que precisem de produtos assistivos, não encontrem obstáculos financeiros no acesso aos serviços.
- Prever um possível aumento nas necessidades habituais de reabilitação na população uma vez que as restrições ligadas à COVID-19 sejam reduzidas e a prestação regular de serviços de saúde seja retomada.

3.2 Reforçar os recursos humanos dos serviços de reabilitação

- Trabalhar com as instituições para coordenar a movimentação dos profissionais de reabilitação em todos os níveis dos serviços de saúde, de modo que haja uma distribuição ideal de competências para atender às necessidades da população.
- Trabalhar com entidades ligadas à reabilitação, tais como associações profissionais, para facilitar a rápida qualificação de profissionais de reabilitação no que diz respeito às necessidades de atendimento dos pacientes com COVID-19, incluindo as necessidades físicas, cognitivas e psicossociais. É fundamental que os profissionais de reabilitação trabalhem somente dentro do seu escopo de atuação.
- Implementar medidas provisórias para agilizar o registro e/ou licenciamento profissional, bem como a cobertura pelos seguros de saúde para profissionais de reabilitação recém recrutados e voluntários. Reduzir os entraves burocráticos ao recrutamento, mas preservar os mecanismos de qualidade e segurança.
- Assegurar que os profissionais de reabilitação tenham acesso a orientação ou treinamento para trabalhar através de serviços de telessaúde.

3.3 Promover o acesso contínuo à reabilitação pela manutenção de serviços selecionados e expandir a prestação de serviços de telessaúde e serviços domiciliares para pacientes sem COVID-19

- Considerar a ideia de reservar algumas instalações de saúde e reabilitação especificamente para pacientes sem COVID-19.
- Explorar o potencial de terceirização de alguns serviços de reabilitação para o setor privado.

COVID-19

- Fazer os ajustes administrativos e financeiros necessários para apoiar a prestação de serviços de reabilitação através da telessaúde. Assegurar que os mecanismos de financiamento da saúde (tais como seguros ou descontos) incluam a prestação de serviços de reabilitação via telessaúde; isto pode ser mantido por um período determinado, de acordo com a duração do surto. Quando apropriado, permitir que os profissionais de reabilitação trabalhem em ambulatorios, clínicas privadas ou de casa para prestar serviços de telessaúde.
- Quando outras opções não estiverem disponíveis, apoiar a reabilitação domiciliar, quando apropriado (considerando os riscos de infecção), para pacientes com problemas de saúde subjacentes que aumentem o seu risco de desenvolver formas graves de COVID-19, e nos casos em que possam ocorrer resultados de saúde adversos se a reabilitação for interrompida e outras opções, como a telessaúde, não forem apropriadas ou não estiverem disponíveis.

3.4 Expandir a capacidade das unidades de atenção subaguda para pacientes com COVID-19, integrando a reabilitação, para permitir a alta precoce de ambientes de atenção aguda no contexto da escassez de leitos hospitalares

- Identificar locais adequados que possam ser rapidamente convertidos em unidades de atenção subaguda para pacientes com COVID-19. Se forem criados centros para pacientes com IRAGs, integrar as instalações de atenção subaguda para COVID-19 nestes centros. Se isso não for possível, estabelecer unidades de atenção subaguda em locais próximos, para facilitar a transição.
- Assegurar que as unidades de atenção subaguda sejam acessíveis, incluindo os lavatórios e os locais para a higienização das mãos.
- Identificar a composição adequada das equipes que integrarão os serviços de atenção subaguda.
- Identificar os equipamentos de reabilitação necessários para os grupos de pacientes que utilizarão esses serviços. Quando forem criadas novas unidades, considerar a possibilidade de transferir equipamentos de espaços hospitalares de reabilitação que tenham sido fechados, ou emprestá-los ou comprá-los de clínicas privadas, se necessário.
- Desenvolver critérios e roteiros claros de encaminhamento e assegurar uma comunicação eficaz entre eles.
- Assegurar que as instalações de atenção subaguda tenham estoques suficientes dos produtos assistivos necessários, de modo a apoiar a funcionalidade e acelerar a alta.
- Trabalhar em estreita colaboração com os serviços comunitários e fortalecê-los. Isto inclui os serviços que oferecem apoio social para permitir que os pacientes sejam atendidos em casa, quando for seguro fazê-lo.

COVID-19

3.5 Explorar a possibilidade de estabelecer clínicas satélite, móveis ou em locais separados, bem como equipes multidisciplinares móveis, para facilitar o acesso à reabilitação e ao acompanhamento ambulatorial em ambientes comunitários para pacientes com COVID-19 que tenham necessidades de reabilitação persistentes.

- Identificar locais adequados, separados dos ambientes de atenção aguda, que possam facilitar o acesso dos pacientes à reabilitação na comunidade.
- Assegurar que esses locais tenham a infraestrutura e os equipamentos necessários para a prevenção e controle de infecções, bem como para realizar a reabilitação.
- Considerar o desenvolvimento de novas equipes multidisciplinares móveis e remotas dedicadas à atenção de pacientes com COVID-19, que prestem serviços de reabilitação em ambientes comunitários e apoiem as transições de pacientes complexos que precisem de apoio adicional — por exemplo, os que estejam se ajustando à oxigenoterapia em casa.
- Considerar o estabelecimento de novos programas ambulatoriais de reabilitação pulmonar, ou a expansão dos já existentes.
- Desenvolver critérios e roteiros claros de encaminhamento para esses serviços e assegurar que sejam claramente comunicados e apoiados com a infraestrutura e a capacidade administrativa necessárias.

3.6 Preparar os serviços de saúde, sociais e comunitários para o aumento da demanda associada às necessidades de alguns pacientes após casos graves de COVID-19 (especialmente na população mais idosa)

- Algumas pessoas idosas, pessoas com deficiência e pessoas com comorbidades podem ter necessidades importantes de reabilitação, saúde e atenção social a longo prazo depois de sofrerem uma forma grave de COVID-19. Essas pessoas podem enfrentar dificuldades ao retornarem ao seu ambiente familiar ou comunitário anterior e precisarem de maior cuidado e apoio a longo prazo.
- Os serviços de saúde, sociais e comunitários (tais como organizações não-governamentais e grupos de defesa) que apoiam pessoas idosas e pessoas com problemas de saúde preexistentes devem trabalhar em conjunto para aumentar a capacidade dos serviços de atenção para pacientes afetados pela COVID-19.
- Trabalhar com entidades de saúde e atenção social para assegurar o acesso de pacientes com COVID-19 a produtos assistivos. Fazer planos adequados para um aumento da demanda, inclusive por meio da estocagem de produtos.

COVID-19

4

Ações para os prestadores de serviços (tais como hospitais, centros de reabilitação, clínicas particulares)

Mensagens principais

Os prestadores de serviços devem tomar providências para aumentar a capacidade de suas equipes para atender a picos de demanda, particularmente nas áreas de terapia intensiva e atenção subaguda.

Medidas de prevenção e controle de infecções e o acesso a EPIs são essenciais para a continuidade dos serviços de reabilitação.

Os prestadores de serviços devem realizar diversas ações caso a reabilitação seja reduzida, como a priorização dos pacientes que receberão atendimento contínuo, processos de apoio para a alta precoce e o desenvolvimento de mecanismos sistemáticos de acompanhamento.

Será necessário modificar a forma como a reabilitação é executada para garantir o controle de infecções, o que pode incluir mudanças nas estruturas, funções e métodos de comunicação nas equipes.

4.1 Manter informações atualizadas sobre a situação do surto e sobre todas as diretrizes regionais e/ou nacionais relacionadas à COVID-19

- Desenvolver e manter canais de comunicação com órgãos de coordenação nacionais relevantes que trabalhem com a COVID-19 e redes locais de coordenação da atenção.
- Compilar, difundir e assegurar a aplicação das diretrizes e protocolos para a COVID-19, incluindo as últimas diretrizes da OMS e da OPAS.
- Comunicar-se frequentemente com pacientes e difundir informações pertinentes, especialmente para grupos de alto risco (pessoas com mais de 70 anos, que sofram de doenças não transmissíveis e/ou outras condições que provoquem imunossupressão, ou que tenham mobilidade e/ou função pulmonar reduzida).

COVID-19

Em ambientes nos quais haja escassez de recursos e alta densidade populacional, ou onde o distanciamento social seja difícil (tais como campos de refugiados), trabalhar com os serviços de saúde para promover práticas que protejam os pacientes de alto risco. Uma possibilidade é a de demarcar um cômodo em uma casa especificamente para pessoas de alto risco, ou reservar uma casa inteira para ser usada por pessoas de alto risco de famílias vizinhas.³⁸

4.2 Integrar a reabilitação nas medidas de Prevenção e Controle de Infecções (PCI) e assegurar que os profissionais utilizem EPIs adequados, segundo o seu nível de exposição.

Estabelecer protocolos de PCI, definindo a quem, quando e como se aplicam e assegurando que reflitam o nível de risco. Ter em consideração os profissionais de reabilitação envolvidos na realização de procedimentos geradores de aerossóis (PGAs) de alto risco, como a liberação das vias aéreas, e providenciar os EPIs essenciais necessários para essas situações²⁹.

- Facilitar o acesso prioritário a testes para COVID-19 aos profissionais de reabilitação e pessoas que vivam em seu domicílio.
- Assegurar o pronto acesso a treinamento sobre prevenção e controle de infecções. Oferecer sessões de treinamento presenciais e online, considerar medidas de verificação e controle de qualidade (conforme o treinamento da OMS^v).
- Assegurar um suprimento adequado de EPIs para os profissionais de reabilitação, incluindo os que trabalham em ambientes ambulatoriais e comunitários.
- Estabelecer orientações claras sobre quando e como envolver os profissionais de reabilitação no atendimento presencial de pacientes com ou sem COVID-19.

4.3 Aumentar a capacidade dos profissionais de reabilitação de atender a picos de demanda e promover o bem-estar

- Trabalhar com organismos governamentais relevantes e outros serviços de saúde para enfrentar rapidamente a escassez de mão-de-obra, especialmente no contexto do manejo respiratório agudo, de acordo com a carga de casos prevista.
- Considerar a contratação de profissionais de reabilitação aposentados (estas pessoas devem estar em boa saúde e não podem pertencer a um grupo de alto risco para COVID-19), estagiários, acadêmicos, clínicas particulares, profissionais de serviços profissionalizantes e educacionais).

COVID-19

- Implementar sistemas de treinamento baseado em competências, capacitação e supervisão para profissionais de reabilitação que estejam reingressando na força de trabalho ou modificando a sua área de atuação para atender a picos de demanda.
- Otimizar a produtividade da força de trabalho existente através de medidas como o adiamento de férias, a modificação dos turnos de trabalho (de modo a oferecer cobertura 24 horas por dia quando necessário) e a transformação de contratos de trabalho de meio período em contratos de tempo integral.
- Identificar os profissionais da saúde de alto risco e definir condições claras para a sua atuação.
- Apoiar o bem-estar dos profissionais no contexto de uma carga de trabalho constantemente intensiva e capaz de provocar altos níveis de estresse:
 - Monitorar e tomar providências para prevenir o esgotamento profissional.
 - Garantir o acesso a serviços de apoio psicossocial.

4.4 Obter os equipamentos adicionais necessários para um aumento da demanda por reabilitação relacionada aos pacientes com COVID-19, incluindo produtos assistivos

- Obter equipamento médico, como oxímetros de pulso, e equipamentos de reabilitação, como guinchos/gruas (quando relevantes), lonas de transferência, dispositivos auxiliares de locomoção, dispositivos de apoio à alimentação e nutrição e equipamentos utilizados durante a reabilitação respiratória/pulmonar, como bicicletas ergométricas.
- Obter produtos assistivos adicionais que apoiem a alta precoce, tais como bengalas, cadeiras sanitárias, colchões e produtos de transferência.

4.5 Quando os serviços de reabilitação forem temporariamente interrompidos, reduzidos ou transferidos para outro local, tomar diversas medidas para apoiar a alta e priorizar os pacientes que receberão reabilitação e acompanhamento contínuos

- Adotar diretrizes claras que considerem os riscos clínicos relacionados à interrupção da reabilitação; identificar os pacientes prioritários que devem continuar o programa de reabilitação. Alguns dos grupos de pacientes com riscos clínicos são (lista não exaustiva):
 - Pacientes com novas lesões agudas, tais como queimaduras ou lesões da medula espinhal e musculoesqueléticas, que podem desenvolver complicações graves evitáveis.
 - Pacientes em recuperação de cirurgia.
 - Pacientes com problemas de saúde que corram o risco de apresentar uma recuperação abaixo da ideal, como os que estão se recuperando de um

COVID-19

acidente vascular cerebral ou infarto do miocárdio ou complicações perinatais.

- Pacientes que precisem de reabilitação a longo prazo em hospitais, instituições de longa permanência ou ambientes comunitários, que possam sofrer perda de função ou desenvolver complicações.
- Pacientes que não possam ter alta de forma segura, ou que retornem a um ambiente que esteja muito distante do serviço de reabilitação, limitando o seu acesso futuro.
- Quando for necessária a alta precoce facilitada de um hospital ou serviço de reabilitação, assegurar o acesso a:
 - Máxima educação do paciente e de seus cuidadores, autogerenciamento e programas de exercícios domiciliares, quando seguro e apropriado.
 - Produtos assistivos, equipamentos adaptativos e orientações para a sua utilização.
 - Orientações claras sobre complicações, bem como informações de contato (números de telefone e linhas diretas) e instruções sobre quando telefonar em caso de preocupação.
 - Serviços de telessaúde que incluam a avaliação e o tratamento remoto por telefone ou chamada de vídeo, quando seguro e apropriado.
 - Planos de tratamento padronizados prescritos individualmente por e-mail, aplicativo, serviço postal ou de telessaúde, quando seguro e apropriado.
- Se for necessário interromper a reabilitação temporariamente, desenvolver métodos sistemáticos, como bases de dados que permitam rastrear pacientes com ou sem COVID-19 que precisem de acompanhamento. Também é preciso organizar os serviços para a retomada dos cuidados de saúde o mais rápido possível.

4.6 Adaptar a conduta clínica da reabilitação para pacientes com COVID-19

- Desenvolver (com base nas melhores evidências disponíveis) ou adotar (quando forem estabelecidas orientações nacionais) diretrizes clínicas e protocolos de atenção relacionados aos pacientes com COVID-19.
- Desenvolver recursos de reabilitação adaptáveis aos pacientes com COVID-19 que sofram descondicionamento respiratório e físico persistente. Esses recursos podem incluir programas domiciliares de exercícios progressivos, modificação do comportamento, orientações sobre posicionamento e reconhecimento de sinais de alerta, como a deterioração clínica.
- Desenvolver sistemas para rastrear os pacientes com COVID-19 e assegurar o acompanhamento remoto.

COVID-19

- Desenvolver roteiros de encaminhamento e listas de contatos para os serviços requeridos pelos pacientes com COVID-19, incluindo a possível internação em unidades de atenção subaguda, equipes móveis ou remotas, atenção comunitária e serviços de apoio social.

4.7 Modificar as práticas de reabilitação para o controle de infecções

- Desenvolver e implementar protocolos para a gestão dos equipamentos de reabilitação e produtos assistivos a fim de minimizar o risco de infecção.
- Preparar os profissionais de reabilitação para o impacto dos EPIs na prática, tais como o tempo necessário para vestir/retirar os equipamentos, o calor e o impacto sobre a relação com o paciente.
- Planejar o trabalho em diferentes equipes/estruturas modulares para reduzir a exposição entre os profissionais da saúde e os clientes.
- Preparar os profissionais para mudanças no atendimento causadas pelo controle de infecções, o que pode exigir alterações no escopo típico da prática clínica e uma maior prática trans/interdisciplinar para reduzir o contato dos pacientes com diversos profissionais.
- Planejar o trabalho em equipe multidisciplinar com menos contato presencial (por exemplo, realizar reuniões usando sistemas de comunicação virtual).
- Utilizar a telessaúde tanto quanto apropriado e possível; eliminar as barreiras à telessaúde existentes no local de trabalho, como problemas ligados a tecnologia, dispositivos, redes e custos.
- Para ambientes de internação hospitalar, considerar agrupar os leitos de pacientes por grupos/coortes e otimizar o espaçamento entre eles para minimizar o risco de infecção.
- Procurar restringir as sessões de reabilitação ao espaço do leito do paciente, a fim de limitar a movimentação dos pacientes no ambiente hospitalar. Evitar o uso de espaços terapêuticos compartilhados, como salas de reabilitação; implementar restrições de acordo com o estado do surto e os riscos associados.
- Desenvolver/rever e modificar os protocolos de alta para aumentar ao máximo a disponibilidade de leitos para a atenção aguda e minimizar o tempo de permanência do paciente em uma unidade de saúde.

4.8 Reforçar o acesso dos pacientes aos serviços de apoio psicossocial e suporte comunitário

- Quando ocorrerem níveis elevados de ansiedade ou depressão em pacientes com COVID-19 e suas famílias, assegurar o acesso à atenção psicossocial e ao apoio de que precisam durante o processo de reabilitação (veja as

COVID-19

orientações da OMS sobre saúde mental^{vi}).

- Identificar os casos em que as redes normais de apoio familiar ou social de um paciente possam ter sido perturbadas pelo surto de COVID-19 e facilitar o acesso a serviços de apoio, incluindo a comunicação com familiares. No momento da alta, considerar que os pacientes podem ficar ainda mais isolados; desenvolver mecanismos de apoio psicossocial e realizar o acompanhamento adequado.
- Capacitar os profissionais de reabilitação para que adquiram competências de primeiros socorros psicológicos, proporcionando acesso a treinamento e recursos quando necessário.^{vii}
- Facilitar ao máximo os mecanismos de apoio entre pares (de forma presencial ou remota) enquanto as medidas de prevenção e controle de infecções estiverem em vigor.

vi https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_2 (em inglês)

vii https://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/es/ (em espanhol)

COVID-19

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. Interim Guidance, v1.2. 2020; Número de referência da OMS: WHO/2019-nCoV/clinical/2020.4
2. Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet* 2020;395(10229):1054-62. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30566-3
3. Chen J, Fan H, Zhang L, et al. Retrospective Analysis of Clinical Features in 101 Death Cases with COVID-19. *medRxiv* 2020; Publicação pré-impressão:2020.03.09.20033068. doi: 10.1101/2020.03.09.20033068
4. Needham DM, Davidson J, Cohen H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med* 2012;40(2):502-09.
5. Puhan MA, Scharplatz M, Troosters T, et al. Respiratory rehabilitation after acute exacerbation of COPD may reduce risk for readmission and mortality – a systematic review. *Respiratory Research* 2005;6(1):54. doi: 10.1186/1465-9921-6-54
6. Robison J, Wiles R, Ellis-Hill C, et al. Resuming previously valued activities post-stroke: who or what helps? *Disabil Rehabil* 2009;31(19):1555-66. doi: 10.1080/09638280802639327
7. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012(9) doi: 10.1002/14651858.CD007146.pub3
8. Silow-Carroll S, Edwards J, Lashbrook A. Reducing Hospital Readmissions: Lessons from Top-Performing Hospitals, The Commonwealth Fund, abril de 2011.
9. Nas K, Yazmalar L, Sah V, et al. Rehabilitation of spinal cord injuries. *World Journal of Orthopedics* 2015;6(1):8-16.
10. ICNARC report on COVID-19 in critical care (27 de março de 2020). 2020;Intensive Care National Audit and Research Centre, Londres, Reino Unido
11. Guan W-j, Ni Z-y, Hu Y, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med* 2020;Publicação pré-impressão doi: 10.1056/NEJMoa2002032
12. Yang X, Yu Y, Xu J, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respiratory Medicine* 2020;Publicação pré-impressão doi: 10.1016/S2213-2600(20)30079-5
13. Brower RG. Consequences of bed rest. *Crit Care Med* 2009;37(10 Suppl):S422-8. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181b6e30a.00003246-200910001-00019 [pii] [Publicação online: 2010/02/06]
14. Parry SM, El-Ansary D, Cartwright MS, et al. Ultrasonography in the intensive care setting can be used to detect changes in the quality and quantity of muscle and is related to muscle strength and function. *J Crit Care* 2015;30(5):1151.e9-51.e14. doi: 10.1016/j.jcrc.2015.05.024

COVID-19

15. Gandotra S, Lovato J, Case D, et al. Physical Function Trajectories in Survivors of Acute Respiratory Failure. *Annals of the American Thoracic Society* 2019;16(4):471-77. doi: 10.1513/AnnalsATS.201806-375OC
16. Dinglas V, Friedman L, Colantuoni E, et al. Muscle Weakness and 5-Year Survival in Acute Respiratory Distress Syndrome Survivors. *Critical Care Medicine March* 2017;45(3):446-53.
17. Herridge MS, Tansey CM, Matté A, et al. Functional Disability 5 Years after Acute Respiratory Distress Syndrome. *N Engl J Med* 2011;364(14):1293-304. doi: doi:10.1056/NEJMoa1011802
18. Hopkins R, Suchyta M, Kamdar B, et al. Instrumental Activities of Daily Living after Critical Illness: A Systematic Review. *Annals of the American Thoracic Society* 2017;14(8):1332-43. doi: 10.1513/AnnalsATS.201701-059SR
19. Hopkins RO, Weaver LK, Collingridge D, et al. Two-Year Cognitive, Emotional, and Quality-of-Life Outcomes in Acute Respiratory Distress Syndrome. *Am J Respir Crit Care Med* 2005;171(4):340-47. doi: 10.1164/rccm.200406-763OC
20. Huang M, Parker AM, Bienvenu OJ, et al. Psychiatric Symptoms in Acute Respiratory Distress Syndrome Survivors: A 1-Year National Multicenter Study. *Crit Care Med* 2016;44(5):954-65. doi: 10.1097/ccm.0000000000001621
21. Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC, et al. Long-Term Cognitive Impairment after Critical Illness. *N Engl J Med* 2013;369(14):1306-16. doi: doi:10.1056/NEJMoa1301372
22. Brodsky M, Huang M, Shanholtz C, et al. Recovery from Dysphagia Symptoms after Oral Endotracheal Intubation in Acute Respiratory Distress Syndrome Survivors. A 5-Year Longitudinal Study. *Annals of the American Thoracic Society* 2017;14(3):376-83. doi: 10.1513/AnnalsATS.201606-455OC
23. Pfoh E, Wozniak A, Colantuoni E, et al. Physical declines occurring after hospital discharge in ARDS survivors: a 5-year longitudinal study. *Intensive Care Med* 2016;42(10):1557-66.
24. Cuthbertson B, Roughton S, Jenkinson D, et al. Quality of life in the five years after intensive care: a cohort study. *Critical Care* 2010;14(1):R6.
25. Needham DM, Feldman DR, Kho ME. The Functional Costs of ICU Survivorship: Collaborating to Improve Post-ICU Disability. *Am J Respir Crit Care Med* 2011;183(8):962-64. doi: 10.1164/rccm.201012-2042ED
26. Oeyen SG, Vandijck DM, Benoit DD, et al. Quality of life after intensive care: a systematic review of the literature. *Crit Care Med* 2010;38(12):2386-400. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181f3dec5 [Publicação online: 2010/09/15]
27. Dijkstra-Kersten SMA, Kok L, Kerckhoffs MC, et al. Neuropsychiatric outcome in subgroups of Intensive Care Unit survivors: Implications for after-care. *J Crit Care* 2020;55:171-76. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2019.11.006>
28. Mikkelsen ME, Shull WH, Biester RC, et al. Cognitive, mood and quality of life impairments in a select population of ARDS survivors. *Respirology* 2009;14(1):76-82. doi: 10.1111/j.1440-1843.2008.01419.x
29. Thomas P, Baldwin C, Bissett B, et al. Physiotherapy management for COVID-19 in the acute hospital setting: clinical practice recommendations. *Journal of Physiotherapy* 2020;Publicação pré-impressão doi: <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.03.011>

COVID-19

30. Main E, Denehy L. Cardiorespiratory Physiotherapy: Adults and Paediatrics: Fifth Edition. *Elsevier* 2016
31. Pathmanathan N, Beaumont N, Gratrix A. Respiratory physiotherapy in the critical care unit. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain* 2014;15(1):20-25. doi: 10.1093/bjaceaccp/mku005
32. Terblanche E. The role of dietitians in critical care. *Journal of the Intensive Care Society* 2019;20(3):255-57. doi: 10.1177/1751143718774715
33. McRae J, Montgomery E, Garstang Z, et al. The role of speech and language therapists in the intensive care unit. *Journal of the Intensive Care Society* 2019; Publicação pré-impressão doi: 10.1177/1751143719875687
34. Held N, Moss M. Optimizing Post-Intensive Care Unit Rehabilitation. *Turkish Thoracic Journal* 2019;20(2):147-52.
35. Griffiths RD, Jones C. Seven lessons from 20 years of follow-up of intensive care unit survivors. *Current Opinion in Critical Care* 2007;13(5):508-13. doi: 10.1097/MCC.0b013e3282efae05
36. Holm SE, Mu K. Discharge Planning for the Elderly in Acute Care: The Perceptions of Experienced Occupational Therapists. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics* 2012;30(3):214-28. doi: 10.3109/02703181.2012.719601
37. Bolton CE, Bevan-Smith EF, Blakey JD, et al. British Thoracic Society guideline on pulmonary rehabilitation in adults: accredited by NICE. *Thorax* 2013;68(Suppl 2):ii1-ii30. doi: 10.1136/thoraxjnl-2013-203808
38. COVID-19 control in low-income settings and displaced populations: what can realistically be done? *London School of Hygiene and Tropical Medicine*. Disponível em inglês em: <https://www.lsh.ac.uk/newsevents/news/2020/covid-19-control-low-income-settings-and-displaced-populations-what-can> 2020

COVID-19

Agradecimentos

Nós agradecemos aos autores desse documento: Pauline Kleinitz, Jody-Anne Mills (ambas da OMS), Bronwen Connolly, Peter Skelton, Gaëlle Smith and Zoe Clift (todos da UKEMT).

Também agradecemos as contribuições dos especialistas em reabilitação e dos colegas da OMS que revisaram e contribuíram para a elaboração do documento: Helen Barrett, Wouter DeGrouete, Linda Denehy, Yasaman Etimadi, Rik Gosslink, Debbie Grey, Brooke Hallowell, Peter Lim, Elanie Marks, Satish Mishra, Larry Molt, Sheila Purves, Reuben Samuel, Vanessa Seijas Bermudez, Toby Smith, Alexandra Rauch, Cheryl Xavier, Mauro Zampolini.

O documento foi preparado para a OPAS/OMS por Antony Duttine e a versão em Língua Portuguesa foi revisada por Vinícius Delgado Ramos.