

Estamos olhando para os indivíduos pós-COVID como deveríamos?

Are we looking at post-COVID patients as we should?

Christiane Riedi Daniel¹ 

Marina Pegoraro Baroni² 

João Afonso Ruaro³ 

Andersom Ricardo Fréz⁴ 

¹⁻³Universidade Estadual do Centro-Oeste (Guarapuava). Paraná, Brasil. criedi@unicentro.br, marinapegoraro@hotmail.com, joaoruaro@gmail.com

⁴Autor para correspondência. Universidade Estadual do Centro-Oeste (Guarapuava). Paraná, Brasil. andersom_frez@yahoo.com.br

Desde que a pandemia pelo coronavírus se instalou, muito se tem falado e pesquisado a respeito das manifestações clínicas da COVID-19, cujas apresentações variam de assintomáticos, sintomáticos leves, moderados e graves. As principais manifestações são febre, tosse e fadiga podendo evoluir com quadro de pneumonia e síndrome do desconforto respiratório agudo¹⁻³.

O padrão de gravidade estudado até o momento subdivide estes indivíduos na seguinte terapêutica: isolamento domiciliar para assintomáticos e sintomáticos leves, internamento nas enfermarias dos hospitais para sintomáticos moderados e suporte ventilatório e cuidados intensivos para sintomáticos graves⁴.

As manifestações clínicas mais estudadas estão voltadas principalmente para a forma mais grave da doença, que envolve internação em unidade de terapia intensiva (UTI), necessidade de suporte ventilatório, altas doses de sedativos,

tempo prolongado de hospitalização e alta mortalidade⁵, variando de 50 a 97% para pacientes que necessitaram de ventilação mecânica⁶. Ainda, 70% dos indivíduos internados em UTI podem desenvolver diversas outras complicações associadas à internação, as quais impactam no sistema respiratório, cardiovascular, neurológico e musculoesquelético⁷.

Além da gravidade destes pacientes, tem-se observado que muitas vezes indivíduos acometidos pela COVID-19 apresentam sintomas persistentes mesmo após serem considerados recuperados. Na Itália, um acompanhamento pós-COVID de indivíduos não hospitalizados, demonstrou que 87,4% dos indivíduos avaliados 60 dias após serem considerados curados ainda apresentavam sintomas persistentes. Destes, 53,1% indicaram a fadiga como sintoma mais frequente, seguido da dispneia (43,4%) e dor articular (27,3%), que levaram à uma piora na qualidade de vida em 44,1% das pessoas⁸.

Baseando-se na literatura de reabilitação cardiopulmonar em outras doenças respiratórias⁹, estes sintomas de fadiga e dispneia apresentados pelos indivíduos pós-COVID é indicado ao programa de reabilitação cardiopulmonar precoce pós-COVID¹⁰. Além disso, para alguns indivíduos também pode ser necessário incluir componentes da reabilitação neuromuscular⁴. Neste contexto, é necessário ampliarmos a visão do cuidado no âmbito da avaliação multidimensional e intervenção para os indivíduos pós-COVID e questionarmos: Os sintomas pós-COVID estão sendo monitorados? O que de fato está sendo feito para minimizar estes sintomas? Quais protocolos estão sendo implementados para estes cuidados? Como estes pacientes estão sendo encaminhados para os serviços de reabilitação?

A reabilitação de pacientes críticos após alta hospitalar de outras doenças já é realizada em todo mundo, justamente para tentar minimizar os efeitos deletérios da internação prolongada, o impacto funcional, econômico, social e laboral a médio e longo prazo⁷. No entanto, orientações sobre a necessidade do manejo em pacientes pós-COVID são escassas na literatura¹¹, porém esta discussão se faz necessária e é urgente visto que já se sabe que a COVID-19 resulta em alta incapacidade e morbidade, principalmente nos grupos de risco¹². No Brasil, a Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva (ASSOBRAFIR) auxiliou na capacitação dos fisioterapeutas para atuarem junto aos pacientes acometidos pela COVID-19. Além disso, a ASSOBRAFIR teve a iniciativa de criar o Comitê COVID-19 para produzir documentos norteadores, especialmente as relacionadas à atuação fisioterapêutica¹³.

O monitoramento, avaliação, reabilitação e reavaliação periódica dos indivíduos com pneumonia pós-COVID, síndrome do desconforto respiratório agudo pós-COVID ou aqueles cujos sintomas permanecem mesmo após serem considerados curados da COVID-19 são necessários e imprescindíveis para garantir o retorno pleno do indivíduo às suas funções laborais e sociais com qualidade^{7,14}. Mas, para isto, como está sendo realizado este monitoramento pós-COVID? O que tem sido feito para os indivíduos cujos sintomas respiratórios e neuromusculares persistem?

Os governos estão organizados de forma a criar redes de acompanhamento e assistência a estes indivíduos? Os serviços de reabilitação estão estruturados para receber, avaliar, tratar e acompanhar pacientes pós-COVID?

Esta organização para o período pós-pico da pandemia é necessária para minimizar a sobrecarga dos serviços de saúde, os quais já acumulam atendimentos eletivos, e principalmente evitar afastamentos do trabalho por incapacidades, com impacto econômico ainda maior^{11,15}. Iniciativas internacionais para avaliação e acompanhamento das repercussões funcionais apresentadas por pacientes acometidos pela COVID-19 já podem ser identificadas na literatura¹⁶.

A reabilitação destes indivíduos é primordial e deve ser centrada no paciente e adaptada às suas necessidades¹⁴, pautada na redução dos sintomas respiratórios, ganho da força, funcionalidade e qualidade de vida⁴. Deve ainda ser constituída por medidas educativas^{4,11} para o entendimento da doença, dos efeitos secundários gerados por ela e para proporcionar condições e estratégias para que o paciente seja protagonista na sua recuperação⁴.

Como a reabilitação deve ser fundamentada na funcionalidade, ações voltadas para atividade e participação social também devem ser consideradas. Para isso, o protocolo de reabilitação deve envolver componentes respiratórios, cardiovasculares, musculoesqueléticos, neurológicos e cognitivo-emocionais¹² por meio de exercícios de força muscular respiratória e periférica, flexibilidade, exercícios aeróbios, treino de marcha e equilíbrio¹⁷. Além destas, outras estratégias de reabilitação também podem ser necessárias para alcançar uma menor restrição na participação social, como a reabilitação psicológica⁴. A modalidade da reabilitação pode ser ofertada de diferentes formas, seja pelo atendimento presencial para pacientes com maiores incapacidades, seja por telerreabilitação para indivíduos com menor comprometimento e maior acesso às tecnologias de informação e comunicação (TICs) ou ainda por um modelo híbrido, o qual combine as modalidades¹⁸.

Neste momento de pandemia, a telerreabilitação tem sido amplamente utilizada e isto não poderia ser diferente com pacientes pós-COVID-19. Sua utilização permite a assistência de um maior número de pessoas mesmo com o número reduzido de profissionais, minimiza a sobrecarga de assistência presencial no serviço público, não necessita aguardar o retorno da assistência eletiva à saúde, extingue o risco de contágio e disseminação da COVID-19, e viabiliza um serviço sem a necessidade do deslocamento dos pacientes permitindo assim uma maior segurança a todos¹⁴. Porém, ainda existem algumas barreiras em relação ao uso da telerreabilitação, como falta de familiaridade dos

pacientes com as tecnologias e muitas vezes falta de recursos financeiros para adquiri-las. Contudo, esse tipo de reabilitação é promissor e deve ser incentivado por iniciativas governamentais considerando os potenciais benefícios que pode trazer.

Como em todo processo de reabilitação, a adesão ao tratamento é fundamental e as estratégias adotadas pelo profissional impactam diretamente no sucesso da reabilitação. Por isso é necessário que os serviços de reabilitação e os profissionais envolvidos se reestruturem, desenvolvam protocolos e rotinas bem estabelecidas, respeitando a individualidade de cada paciente e pautando-se nas melhores ferramentas de avaliação e intervenção, visando proporcionar um impacto positivo na reabilitação funcional e qualidade de vida dos indivíduos pós-COVID. E que assim possamos refletir: Estamos mesmo olhando para os indivíduos pós-COVID como deveríamos?

Referências

1. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J Autoimmun.* 2020;109:102433. doi: [10.1016/j.jaut.2020.102433](https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433)
2. Dong X, Cao YY, Lu XX, Zhang JJ, Du H, Yan YQ et al. Eleven faces of coronavirus disease 2019. *Allergy.* 2020;75(7):1699-1709. doi: [10.1111/all.14289](https://doi.org/10.1111/all.14289)
3. Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus disease 2019 basics. [Internet]. 2020. [accessed 2020 set 29]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/faq.html#Coronavirus-Disease-2019-Basics>.
4. Barker-Davies RM, O'Sullivan O, Senaratne KPP, Baker P, Cranley M, Dharm-Datta S et al. The Stanford Hall consensus statement for post-COVID-19 rehabilitation. *Br J Sports Med.* 2020;54(16):1-11. doi: [10.1136/bjsports-2020-102596](https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102596)
5. Bajwah S, Wilcock A, Towers R, Constantini M, Bausewein C, Simon ST al. Managing the supportive care needs of those affected by COVID-19. *Eur Respir J.* 2020;56(4). doi: [10.1183/13993003.00815-2020](https://doi.org/10.1183/13993003.00815-2020)
6. Auld SC, Caridi-Scheible M, Blum JM, Robichaux C, Kraft C, Jacob JT et al. ICU and Ventilator Mortality Among Critically Ill Adults With Coronavirus Disease 2019. *Crit Care Med.* 2020;48(9):e799-e804. doi: [10.1097/CCM.0000000000004457](https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004457)
7. Smith JM, Lee AC, Zeleznik Het, Scott JPC, Fatima A, Needham DM et al. Home and community-based physical therapist management of adults with post-intensive care syndrome. *Phys Ther.* 2020;100(7):1062-1073. doi: [10.1093/ptj/pzaa059](https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa059)
8. Carfi A, Bernabei R, Landi F. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *Jama.* 2020;324(6):603-605. doi: [10.1001/jama.2020.12603](https://doi.org/10.1001/jama.2020.12603)
9. McCarthy B, Casey D, Devane D, Murphy K, Murphy E, Lacasse Y. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;23(2):Cd003793. doi: [10.1002/14651858.CD003793.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003793.pub3)
10. Grigoletto I, Cavalheri V, Lima FF, Ramos EMC. Recovery after COVID-19: The potential role of pulmonary rehabilitation. *Braz J Phys Ther.* 2020. doi: [10.1016/j.bjpt.2020.07.002](https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2020.07.002)
11. Stam HJ, Stucki G, Bickenbach J. Covid-19 and post intensive care syndrome: a call for action. *J Rehabil Med.* 2020;52(4):jrm00044. doi: [10.2340/16501977-2677](https://doi.org/10.2340/16501977-2677)
12. Candan SA, Elibol N, Abdullahi A. Consideration of prevention and management of long-term consequences of post-acute respiratory distress syndrome in patients with COVID-19. *Physiother Theory Pract.* 2020;36(6):663-668. doi: [10.1080/09593985.2020.1766181](https://doi.org/10.1080/09593985.2020.1766181)
13. Matte DL, Mesquita R, Furlanetto KC, Karsten M. ASSOBRAFIR reforça sua missão no enfrentamento à pandemia da COVID-19. *ASSOBRAFIR Ciência.* 2020;11(Supl 1):11-13. doi: [10.47066/2177-9333.AC20.covid19.001](https://doi.org/10.47066/2177-9333.AC20.covid19.001)
14. Gonzalez-Gerez JJ, Bernal-Utrera C, Anarte-Lazo E, Garcia-Vidal JA, Botella-Rico JM, Rodriguez-Blanco C. Therapeutic pulmonary telerehabilitation protocol for patients affected by COVID-19, confined to their homes: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2020;21:588. doi: [10.1186/s13063-020-04494-w](https://doi.org/10.1186/s13063-020-04494-w)
15. Polastri M, Nava S, Clini E, Vitacca M, Gosselink R. COVID-19 and pulmonary rehabilitation: preparing for phase three. *Eur Respir J.* 2020;55(6):2001822. doi: [10.1183/13993003.01822-2020](https://doi.org/10.1183/13993003.01822-2020)
16. Klok FA, Boon GJAM, Barco Set al, Geelhoed M, Knauss S, Rezek SA et al. The Post-COVID-19 Functional Status scale: a tool to measure functional status over time after COVID-19. *Eur Respir J.* 2020;56(1):2001494. doi: [10.1183/13993003.01494-2020](https://doi.org/10.1183/13993003.01494-2020)
17. Chinese Association of Rehabilitation Medicine; Respiratory Rehabilitation Committee of Chinese Association of Rehabilitation Medicine; Cardiopulmonary Rehabilitation Group of Chinese Society of Physical Medicine and Rehabilitation. [Recommendations for respiratory rehabilitation of coronavirus disease 2019 in adult]. *Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi.* 2020;43(4):308-314. doi: [10.3760/cma.j.cn112147-20200228-00206](https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112147-20200228-00206)
18. Cacao LAP, Mesquita R, Furlanetto KC, Borges DLS, Forgiarini Junior LA, Maldaner V et al. Avaliação e intervenção para a reabilitação cardiopulmonar de pacientes recuperados da COVID-19. *ASSOBRAFIR Ciência.* 2020;11(Supl 1):183-193. doi: [10.47066/2177-9333.AC20.covid19.018](https://doi.org/10.47066/2177-9333.AC20.covid19.018)