

ORIENTAÇÃO

NÚMERO: 020/2020

DATA: 03/04/2020

ASSUNTO: **COVID-19: FASE DE MITIGAÇÃO**

Cuidados de Reabilitação e Respiratórios Domiciliários

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19, Coronavírus, Cuidados de Reabilitação; Cuidados Respiratórios Domiciliários

PARA: Sistema de Saúde

CONTACTOS: normas@dgs.min-saude.pt

A COVID-19 foi declarada pela Organização Mundial de Saúde como pandemia, no dia 11 de março de 2020. Neste seguimento várias medidas têm sido adotadas para conter a expansão da doença. Com fundamento na verificação de uma situação de calamidade pública, foi decretado o Estado de Emergência Nacional, nos termos do Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020 de 18 de março.

Atendendo ao alargamento progressivo da expressão geográfica da pandemia COVID-19 em Portugal, urge planear as medidas que garantam uma resposta adequada, atempada e articulada de todo o sistema de saúde. Assim, o modelo de abordagem do utente com suspeita ou infeção por SARS-CoV-2 no SNS, nos termos da Norma 004/2020 da DGS, será também aplicável às unidades de reabilitação de todo o sistema de saúde.

Prevenir a infeção deve ser a prioridade visando reduzir o elevado impacto nos setores de resposta urgente¹ do Sistema de Saúde ponderando os seguintes aspetos:

- Muitos doentes em situação de internamento hospitalar, devido a várias condições clínicas terão alta precoce, de forma a maximizar a resposta das unidades hospitalares para a COVID-19;
- Caso se verifique o encerramento das unidades que prestam cuidados de reabilitação, outras necessidades de saúde urgentes continuarão a ocorrer;
- A ausência total de cuidados de reabilitação poderá ter impacto negativo a curto/médio prazo para aqueles doentes com elevado risco de diminuição da sua capacidade funcional/estado de saúde.

Nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde emite a seguinte Orientação:

¹ Boldrini, P., Bernetti, A., Fiore, P., & SIMFER, E. C. (2020). Impact of COVID-19 outbreak on rehabilitation services and Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) physicians' activities in Italy. An official document of the Italian PRM Society (SIMFER). European journal of physical and rehabilitation medicine.

I. Unidades de Reabilitação

Cada Unidade de Reabilitação deve seguir as medidas definidas no seu Plano de Contingência interno. O objetivo deste documento é ajudar a evitar, diminuir ou limitar o impacto da COVID-19 nas unidades que prestam cuidados de reabilitação e não colide com a responsabilidade de implementação de ações adicionais que sejam tidas como localmente necessárias e justificadas e suportadas pelas recomendações da DGS.

1. Todas as pessoas que desenvolvam quadro respiratório agudo de tosse (persistente ou agravamento de tosse habitual) ou febre (temperatura $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$) ou dispneia / dificuldade respiratória, são considerados suspeitos de COVID-19 devendo para o efeito ser encaminhadas de acordo com a norma 004/2020 da DGS.
2. À direção das unidades que prestam cuidados de reabilitação compete:
 - a. Fornecer aos utentes e cuidadores toda a informação sobre etiqueta respiratória, lavagem das mãos (Norma 007/2019) e outras precauções básicas de controlo de infeção (PBCI);
 - b. Garantir que toda a equipa tem acesso e formação adequada para o uso correto do Equipamento de Proteção Individual (EPI);
 - c. Garantir que a avaliação/intervenção dos profissionais de saúde seja realizada, com a utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI) de acordo com o nível de cuidados a prestar, em conformidade com a Norma 007/2020 da DGS.
 - d. Cancelar ou adiar consultas e procedimentos terapêuticos que possam ser supridos via telefónica ou outro meio de comunicação não presencial;
 - e. Supervisionar o reforço de higienização dos espaços e equipamentos e ventilação dos espaços, de acordo com Orientação nº 014/2020 da DGS;
 - f. Supervisionar os circuitos de armazenamento, recolha e processamento de resíduos clínicos de acordo com a Orientação nº 012/2020 da DGS.
3. A unidade de reabilitação deve ter uma sala dedicada destinada ao tratamento individualizado de caso suspeito e/ou utente a quem se aplique isolamento após contacto com doente com COVID-19 que, por critérios clínicos e de urgência, necessite fazer sessões de reabilitação na unidade de reabilitação, seguindo a norma 001/2020 da DGS.

II. Funcionamento da Unidade de Reabilitação

1. É prioritária a avaliação de capacidade de resposta das Unidades face ao previsível aumento de utentes suspeitos de infeção por SARS-CoV-2 ou doentes assintomáticos:
 - a. Garantindo postos disponíveis, recursos humanos, adaptabilidade e criação de área de isolamento;

- b. Prevendo realocação de utentes no domicílio com um plano de cuidados de reabilitação adequado ao contexto ambiental do utente;
 - c. Prevendo reservas de EPI e equipamentos a alocar no domicílio;
 - d. Antecipando escassez de recursos humanos e técnicos.
2. Realizar a triagem e isolamento rápidos de utentes com sintomas suspeitos de COVID-19 ou de outra infeção respiratória (por exemplo, febre, tosse), mantendo sempre um elevado nível de suspeição.
3. Na sequência do ponto anterior, para a avaliação clínica dos utentes realiza-se, em cumprimento da Norma nº 007/2020 da DGS, os seguintes procedimentos:
 - a. Reforçar medidas de etiqueta respiratória;
 - b. Higienização das mãos;
 - c. Colocar máscaras cirúrgicas se a pessoa apresentar sintomas respiratórios;
 - d. Avaliar a temperatura corporal.
4. O profissional que detete um caso suspeito de COVID-19 deve:
 - a. Seguir a Norma nº 007/2020 da DGS, relativamente ao Equipamento de Proteção Individual adequado à situação;
 - b. Fornecer ao doente uma máscara cirúrgica, desde que a sua condição clínica o permita, que a colocará sob orientação do profissional (ver procedimento na Norma 007/2020 da DGS);
 - c. Encaminhar o doente para a área de isolamento, evitando o contacto direto;
 - d. Solicitar, de imediato, avaliação médica pelo médico da unidade, para encaminhamento. Em situações de emergência contactar 112.

III. Cuidados de Reabilitação a Assegurar

1. Avaliação das necessidades individuais de todos os utentes de forma a reduzir o número de contactos presenciais ao mínimo possível.
2. Prestação de cuidados multidisciplinares que estejam relacionados com gestão da dor, desconforto, mobilidade, autocuidado e funcionalidade, de forma a privilegiar os direitos humanos².
3. Avaliação médica e da equipa multidisciplinar, urgente ou inadiável em situações clínicas geradoras de défices e incapacidades:
 - a. Patologias respiratórias (em idade pediátrica e adulta);

² (<https://www.who.int/bulletin/volumes/95/2/15-157024/en/>)

Mills, J. A., Durham, J., & Packirisamy, V. (2017). Rehabilitation services in disaster response. Bulletin of the World Health Organization, 95(2), 162

- b. Lesões encefálicas, medulares e neurológicas periféricas com limitação funcional severa;
 - c. Pós-operatório ortopédico, situações pós trauma (incluindo acidentes de trabalho);
 - d. Pós-operatório de cirurgia torácica ou abdominal alta em fase pós-hospitalar (com limitação funcional relevante);
 - e. Amputações;
 - f. Doenças neuromusculares com grave descondicionamento funcional, cardiovascular e respiratório;
 - g. Condições subagudas ou crónicas agudizadas que cursem com agravamento de disfagia;
 - h. Situações de patologias oncológicas médicas ou pós cirúrgicas em fase subaguda ou de agudização.
4. Adequação do plano de cuidados de reabilitação, sempre que possível sem contacto direto com o doente, por meio de ensino de exercícios terapêuticos ou através de sistemas de monitorização e acompanhamento por videochamada (regime híbrido associado a sistemas de telemedicina, tele saúde e *e-health*).
5. Nas situações de patologia musculo-esquelética não cirúrgica a intervenção deve ser criteriosamente triada, nomeadamente através das seguintes orientações:
- a. Utentes que apresentem grave comprometimento funcional devido a dor intensa ou outro sinal/ sintoma de lesão aguda resultante de trauma, cirurgia recente ou agudização de outra condição conhecida em que:
 - i. A ausência de plano de cuidados de reabilitação pode potenciar o agravamento do estado de saúde e o desenvolvimento de sequelas potencialmente irreversíveis;
 - ii. O plano de cuidados não possa ser realizado, em tempo útil.
6. Nas situações de patologia neuromotora devem ser assegurados cuidados de reabilitação a todos os que estejam em risco de irreversibilidade em caso de privação dos cuidados, tendo em consideração os princípios da neuroplasticidade e reabilitação motora³. Nesta categoria consideram-se:
- a. Pessoas com lesão neurológica aguda/recente de qualquer tipo, etiologia e idade, devendo os cuidados restringir-se à frequência mínima de intervenção;
 - b. Pessoas inseridas na comunidade, sem apoio familiar e com lesão neurológica que necessitem de serviços de reabilitação para continuidade da mobilidade e funcionalidade e que mostrem risco de regressão do seu quadro clínico;
 - c. Pessoas com lesão neurológica e comprometimento da função respiratória e disfagia associados.

³Lee, K. B., Lim, S. H., Kim, K. H., Kim, K. J., Kim, Y. R., Chang, W. N., ... & Hwang, B. Y. (2015). Six-month functional recovery of stroke patients: a multi-time-point study. *International journal of rehabilitation research. Internationale Zeitschrift fur Rehabilitationsforschung. Revue internationale de recherches de readaptation*, 38(2), 173

7. Nas situações de patologia cardíaca/respiratória, todos os cuidados de reabilitação presenciais a pessoas em situação estável, devem ser suprimidos, à exceção de:
 - a. Algumas situações consideradas “prioritárias/urgentes”, com risco de agravamento e/ou perda significativa da condição clínica/funcional (ex. doentes respiratórios com risco de agudização e necessidade de ida ao serviço de urgência hospitalar; condições cirúrgicas pós-alta hospitalar);
 - b. Cuidados respiratórios domiciliários.

8. Na fase de mitigação, em doentes com patologia respiratória os procedimentos geradores de aerossóis (PGA) deverão ser abolidos, nomeadamente:
 - a. Técnicas manuais ou mecânicas geradoras de tosse e/ou produção de expetoração;
 - c. Uso de dispositivos respiratórios de pressão positiva, ex. in-exsufador;
 - d. Qualquer mobilização ou terapia que resulte em tosse ou produção de expetoração.

9. Caso seja imprescindível a realização de PGA, estes só poderão ser efetuados⁴:
 - a. Em doentes COVID-19 após ponderação do risco / benefício e em utentes suspeitos de COVID-19, desde que apresentem duas análises negativas realizadas com espaçamento de 24 horas;
 - b. Em quarto isolado com pressão negativa;
 - c. Com o mínimo de profissionais presentes;
 - d. Utilização de EPI completo com respirador FFP2 ou FFP3 (se SARSCoV-2 positivo) e viseira ou óculos, bata, luvas e proteção de calçado.

IV. Cuidados Respiratórios Domiciliários

1. Os Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRD), por se destinarem a doentes respiratórios crónicos graves (que necessitam de oxigenoterapia, ventilação ou meios mecânicos de higiene brônquica), deverão continuar a possibilitar e garantir o acompanhamento telefónico 24h aos doentes e, em caso de alteração do quadro clínico do doente, o médico assistente deverá decidir se é prioritário o encaminhamento para cuidados hospitalares.

2. A atuação em CRD em contexto de pandemia de COVID-19 por parte dos prestadores segue as seguintes prioridades:
 - a. O início/adaptação aos equipamentos de CRD é sempre efetuado em ambiente hospitalar;
 - b. O início/instalação de oxigenoterapia deve contemplar preferencialmente o recurso ao concentrador convencional;

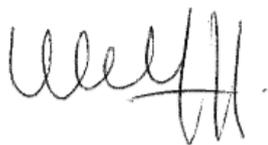
⁴(<https://www.acprc.org.uk/resources/covid-19-information/physiotherapy-guidance-for-clinicians-and-managers>)
Association of Chartered Physiotherapists in Respiratory Care

- c. O início de ventiloterapia dirigido à síndrome de apneia obstrutiva do sono deve ser diferido para o período pós fase de mitigação COVID-19, excetuando situações de elevado risco/gravidade;
 - d. Aerossolterapia por nebulização, para administração de broncodilatadores, não deve ser efetuada, salvo em situações excecionais e devidamente fundamentadas;
 - e. Todas as outras formas de aerossolterapia devem seguir as indicações da Norma nº 21/2011 atualizada em 11-09-2015;
 - f. A manutenção/seguimento dos CRD deve obedecer aos seguintes requisitos:
 - i. Assegurar a substituição por avaria de equipamentos e dispositivos médicos;
 - ii. Garantir a reposição de consumíveis;
 - iii. Garantir a manutenção dos equipamentos;
 - iv. Assegurar equipamentos adjuvantes como aspirador de secreções, in-exsufador, monitor cardiorrespiratório com capnografia e oximetria integrados.
 - g. As visitas domiciliárias para manutenção de equipamentos e reposição de consumíveis devem manter a sua periodicidade no caso dos doentes com ventilação superior a 16 horas;
 - h. Devem ser privilegiados equipamentos que permitam a telemonitorização;
 - i. Nos casos em que seja impossível a correção por telemonitorização, os médicos assistentes podem solicitar visitas domiciliárias para ajustes na ventiloterapia.
3. Dadas as características da prestação dos CRD, os profissionais deverão utilizar Equipamento de Proteção Individual (EPI) de acordo com a Norma nº 007/2020 da DGS.

V. Profissionais de saúde

1. Os profissionais de saúde devem realizar auto monitorização diária por forma a identificar precocemente sintomas sugestivos de COVID-19, de acordo com o definido na Orientação 013/2020.
 - a. Caso surjam sintomas sugestivos de infeção (tosse, febre ou dificuldade respiratória) ou se tiver conhecimento de contacto com caso confirmado de COVID-19, o profissional deve comunicar de imediato ao seu superior hierárquico e ao Serviço de Saúde e Segurança no Trabalho, não deve iniciar a jornada de trabalho. Deverá ficar em isolamento até à realização de teste diagnóstico e obtenção do resultado laboratorial para a confirmação do diagnóstico de COVID-19. Deve cumprir a determinação emanada pela Autoridade de Saúde territorialmente competente e manter-se em confinamento até à cura.
2. Caso ocorra contacto com caso confirmado de COVID-19 devem ser seguidos os procedimentos definidos na Orientação nº 013/2020.

Sempre que a evolução epidemiológica e científica demonstre a necessidade de implementação de novas medidas a presente Orientação é atualizada.



Graça Freitas
Diretora-Geral da Saúde

GRUPO DE ELABORAÇÃO DA ORIENTAÇÃO

A elaboração deste documento teve a colaboração das seguintes entidades: Associação Portuguesa de Fisioterapeutas; Associação Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação; Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais; Associação Portuguesa de Terapia da Fala; Colégio de Medicina Física e Reabilitação da Ordem dos Médicos; Comissão Instaladora da Ordem dos Fisioterapeutas; Programa de Saúde Prioritário para as Doenças Respiratórias; Ordem dos Enfermeiros; Sociedade Portuguesa de Medicina Física e Reabilitação.