

Enferm Bras 2020;19(4Supl):S3-S5
<https://doi.org/10.33233/eb.v19i4.4378>

OPINIÃO

COVID-19 no idoso: qual seria o momento ideal para iniciar atividade física no âmbito hospitalar?

Marco Antônio Orsini Neves¹, Mauricio de Sant Anna Jr², Marco Antônio Alves Azizi³, Renata Rodrigues Teixeira Castro⁴, Janie Kelly Fernandes do Nascimento⁵, Nicolle dos Santos Moraes Nunes⁵, Jacqueline Stephanie Fernandes do Nascimento⁵

¹Médico, Professor Titular da Universidade Iguazu - UNIG-RJ, Nova Iguazu/RJ, Brasil, Professor Titular da Universidade de Vassouras – USS-RJ, Vassouras/RJ, Brasil, ²Fisioterapeuta, Professor Adjunto do Instituto Federal do Rio de Janeiro (IFRJ), ³Médico, Professor Titular da Universidade Iguazu UNIG-RJ, Nova Iguazu/RJ, ⁴Médica, Professor Titular da Universidade Iguazu - UNIG-RJ, Nova Iguazu/RJ, ⁵Graduanda da escola de medicina da Universidade Iguazu, Universidade Iguazu- UNIG-RJ, Nova Iguazu/RJ, Brasil

Recebido 15 de julho de 2020; aceito 15 de agosto de 2020.

Correspondência: Mauricio de Sant Anna Jr, Rua Prof. Carlos Wenceslau, 343 Realengo 21715-000 Rio de Janeiro RJ.

Marco Antônio Orsini Neves: orsinimarco@hotmail.com
Mauricio de Sant Anna Jr: mauricio.junior@ifrj.edu.br
Marco Antônio Alves Azizi: marcoazizimed@gmail.com
Renata Rodrigues Teixeira de Castro: castrortt@gmail.com
Janie Kelly Fernandes do Nascimento: janiekelly@hotmail.com
Nicolle dos Santos Moraes Nunes: nicolle.nunes_@hotmail.com
Jacqueline Stephanie Fernandes do Nascimento: jac.fn@hotmail.com

A datar do início da pandemia da COVID-19, muito se dedicou a conter a transmissão viral. No entanto, já ocorre uma tendência também em se preocupar com os pacientes sobreviventes à infecção da SARS-CoV-2. Isso se dá pelo fato de que a moléstia desenvolve um forte embate na saúde física, mental e psicossocial, independentemente da gravidade pela qual o paciente foi submetido, podendo manifestar, cronicamente, fraqueza muscular, dor, disfunção pulmonar, ansiedade, depressão e redução da qualidade de vida. Para resolução dessa temática, a reabilitação pulmonar se mostrou como o meio terapêutico mais benéfico ao qual tais pacientes possam ser submetidos [1,2].

As manifestações clínicas da COVID-19 são muito variáveis, porém, é sabido que os infectados possuem uma grande probabilidade de desenvolver distúrbios respiratórios, como a síndrome do desconforto respiratório agudo e a hipoxemia, que podem desencadear a falência múltipla de órgãos. Dependendo do curso clínico da doença, deve-se lançar mão de oxigenioterapia, ventilação mecânica não invasiva, cateter de alto fluxo, quando necessário em casos mais graves e refratários, intubação orotraqueal e internação em unidade de terapia intensiva [3].

Pacientes portadores de síndrome coronária, insuficiência cardíaca e que possuem revascularização miocárdica prévia são candidatos à reabilitação cardíaca. Para tanto, alguns critérios devem ser seguidos, conforme a Associação de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular impõem: mudança no estilo de vida, práticas desportivas, terapia para transtornos mentais e psicológicos, visando melhorias na qualidade de vida, redução da morbimortalidade e possibilidade de retorno a atividades laborais [4].

Ao que se concerne às alterações musculoesqueléticas, sabe-se que os pacientes que necessitaram de suporte ventilatório em UTI obtiveram maior chance de desenvolver fraqueza, hipotrofias e polineuropatia associada a doenças críticas. Dentre esses, a mais temida é osteonecrose induzida por altas doses de corticosteroides. Alguns estudos comprovaram que pacientes submetidos a internação em unidade de terapia intensiva por tempo prolongado,

podem manifestar um conjunto de distúrbios físicos, psicológicos e cognitivos, caracterizados pela Síndrome pós-cuidados intensivos (PICS) [4,5].

Dentro desse contexto, a reabilitação pulmonar é amplamente difundida, sendo entendida como uma ingerência multidisciplinar que objetiva um tratamento individualizado, atendendo às necessidades impostas pelo paciente, a fim de se obter êxito na condição física, psíquica e social dos pacientes que sofreram afecções respiratórias. Os objetivos propostos pelas diretrizes que advogam a reabilitação pulmonar visam, a curto prazo, aliviar os sintomas de dispneia, como também a ansiedade e a depressão. Já nos objetivos a longo prazo, o foco se dirige a preservação da função pulmonar, otimização da qualidade de vida e reintrodução do paciente em seu meio de convívio [4,6].

Pesquisas com nível de alta propriedade descreveram que a reabilitação pulmonar é favorável para pacientes que se encontram hospitalizados, ambulatoriais e em domicílio. Ainda assim, é válido ressaltar que a transição entre a fase de hospitalar e a transferência para um serviço voltado para a reabilitação deve ser paulatina. Além disso, não se deve iniciar precocemente a reabilitação, na fase aguda, que deve ser bem conduzida quanto a sua intensidade, frequência e duração para que possa ser bem tolerada [7,8].

Segundo recomendações impostas pela Itália e China, não se deve iniciar precocemente a conduta de reabilitação respiratória, pois, paradoxalmente, é possível que haja deterioração respiratória e dispersão viral. Logo, na fase aguda, é importante que se tenha atenção quanto a utilização de técnicas que promovam aerossol em especial higiene brônquica, além de se evitar o aumento do consumo de oxigênio [9,10].

Assim que se atingir a fase pós-aguda, a reabilitação respiratória deve ser instituída, com monitorização adequada a fim de se evitar sobrecargas ao sistema respiratório ou desencadear uma angústia respiratória aguda. A partir do começo da conduta de reabilitação, estes pacientes devem ser monitorados após a fase aguda da moléstia, mesmo quando se trata de pacientes mais jovens, é possível que desenvolvam alguns distúrbios respiratórios, como a SARS e a hipoxemia, gerando repercussões hemodinâmica com curso clínico bastante duvidoso [9,11,12].

Para a realização do procedimento seguro, deve-se levar em consideração a condição física do indivíduo, como doenças de base, sinais vitais e contraindicações, associado a questões psíquicas e nutricionais. Dessa maneira, ao introduzir a reabilitação, também deve ser levado em conta a proteção que este procedimento confere ao paciente, devendo ser imediatamente interrompida se o paciente apresentar sinais de descompensação, sudorese, angina ou dispneia. Se a condição clínica do paciente for leve a moderada, o procedimento de reabilitação deve ser prontamente administrado, porém, em casos graves, este só pode ser implementado quando o paciente se encontrar estável hemodinamicamente [7,13].

A reabilitação pulmonar em pacientes que sofreram com SARS, segundo evidências, é extremamente importante. Isso porque foi comprovado que muitos doentes que obtiveram alta médica após tratamento para COVID-19 ainda podem manifestar sintomas pulmonares, como distúrbios restritivos, e dispneia ao realizarem esforços, afetando negativamente suas atividades laborais, além da qualidade de vida. Admite-se que esta problemática advinha de um longo repouso, efeitos colaterais do tratamento medicamento e possível resíduo da moléstia, como alveolite persistente, fibrose, atelectasia e níveis variáveis de disfunção, gerando uma cronicidade a incapacidade funcional pulmonar após 1 ano de alta hospitalar. A partir disso, fica claro o benefício da implementação da reabilitação pulmonar como meio de se minimizar tais efeitos tão adversos [14,15].

Referências

1. Klok FA, Boon GJAM, Barco S, Endres M, Geelhoed JJM, Knauss S et al. The Post COVID-19 Functional Status (PCFS) Scale: a tool to measure functional status overtime after COVID-19. *Eur Respir J* 2020;56:2001494. <https://doi.org/10.1183/13993003.01494-2020>
2. Simpson R, Robinson L. Rehabilitation following critical illness in people with COVID-19 infection. *Am J Phys Med Rehabil* 2020. <https://doi.org/10.1097/phm.0000000000001443>
3. Kiekens C, Boldrini P, Andreoli A, Avesani R, Gamna F, Grandi M et al. Rehabilitation and respiratory management in the acute and early post-acute phase. "Instant Paper From the Field" on Rehabilitation Answers to the Covid-19 Emergency. *Eur J Phys Rehabil Med* 2020. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.20.06305-4>

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;54:949-59. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102596>
5. Griffith JF. Musculo skeletal complications of severe acute respiratory syndrome. *Semin Musculoskelet Radiol* 2011;15:554-60. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1293500>
6. Hill NS. Pulmonary rehabilitation. *Proc Am Thorac Soc* 2006;3:66-74. <https://doi.org/10.1513/pats.200511-121JH>
7. Yang LL, Yang T. Pulmonary rehabilitation for patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Chronic Diseases and Translational Medicine* 2020;6(2):79-86. <https://doi.org/10.1016/j.cdtm.2020.05.002>
8. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med* 2013;188:e13ee64
9. Sheehy LM. Considerations for post acute rehabilitation for survivors of COVID-19. *JMIR Public Health Surveill* 2020;6(2):e19462. <https://doi.org/10.2196/19462>
10. Chinese Association of Rehabilitation Medicine. Respiratory Rehabilitation Committee of Chinese Association of Rehabilitation Medicine. Cardiopulmonary Rehabilitation Group of Chinese Society of Physical Medicine Rehabilitation Recommendations for respiratory rehabilitation of COVID-19 in adult. 2020;3(43):e029. <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112147-20200228-00206>
11. Lazzeri M, Lanza A, Bellini R, Bellofiore A, Cecchetto S, Colombo A et al. Respiratory physiotherapy in patients with COVID-19 infection in acute setting: a position paper of the Italian Association of Respiratory Physiotherapists (ARIR). *Monaldi Arch Chest Dis* 2020;26;90(1):1285. <https://doi.org/10.4081/monaldi.2020.1285>
12. Zhao H, Xie Y, Wang C. Recommendations for respiratory rehabilitation in adults with COVID-19. *Chin Med J* 2020. <https://doi.org/10.1097/CM9.0000000000000848>
13. Healthy China Initiative (2019-2030). The People's Republic of China: National Health Commission of the People's Republic of China 2019. <http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s3585u/201907/e9275fb95d5b4295be8308415d4cd1b2.shtml>
14. Lee N, Hui D, Wu A et al. A major outbreak of severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *N Engl J Med* 2003;348:1986-994. <https://doi.org/10.1056/nejmoa030685>
15. Herridge MS, Cheung AM, Tansey CM et al. One-year outcomes in survivors of the acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med* 2003;348:683-93. <https://doi.org/10.1056/nejmoa022450>