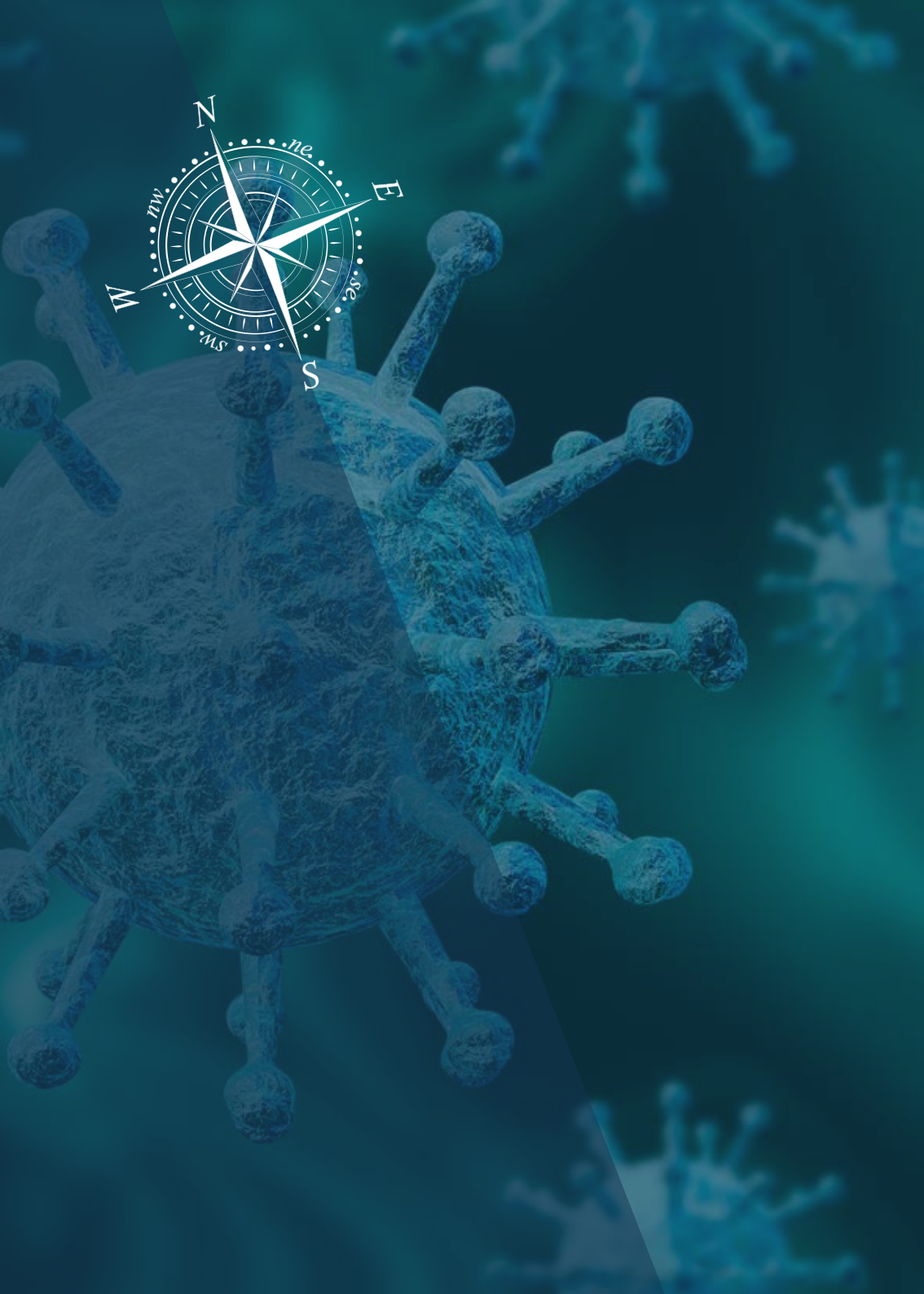


# DIRETRIZES DE REABILITAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA SÍNDROME PÓS-COVID-19





**CONSELHO REGIONAL  
DE FISIOTERAPIA E  
TERAPIA OCUPACIONAL  
DA 4ª REGIÃO (CREFITO-4 MG)**

MINAS GERAIS · 2021

# SUMÁRIO

<b>1. PRINCIPAIS SEQUELAS DA COVID-19</b>	<b>3</b>
<b>2. QUANDO INICIAR O PROGRAMA DE REABILITAÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>3. O PROGRAMA DE REABILITAÇÃO DEVE INCLUIR PREFERENCIALMENTE</b>	<b>5</b>
<b>4. FREQUÊNCIA E DURAÇÃO DA PRÁTICA DOS EXERCÍCIOS</b>	<b>6</b>
<b>5. INTESIDADE DOS EXERCÍCIOS</b>	<b>7</b>
<b>6. CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS</b>	<b>7</b>
<b>7. CRITÉRIOS PARA INTERRUPTÃO DOS EXERCÍCIOS</b>	<b>7</b>
<b>8. IMPORTANTE</b>	<b>8</b>



## REABILITAÇÃO PÓS-COVID-19

Com o objetivo de orientar e direcionar os profissionais sobre intervenções terapêuticas a serem adotadas em paciente com sequelas pós-COVID-19, o Comitê de Acompanhamento das Ações de Prevenção e Enfrentamento do novo coronavírus do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 4ª Região (CREFITO-4 MG) elaborou as Diretrizes de Reabilitação Fisioterapêutica na síndrome pós-COVID-19.

Os objetivos principais do Fisioterapeuta na reabilitação de pacientes com sequelas da COVID-19 devem ser: promover alívio de sintomas, tratar e prevenir complicações respiratórias, cardiovasculares, musculoesqueléticas e neurológicas, proporcionar res-

tabelecimento da qualidade de vida e retorno às atividades laborais, sociais e esportivas.

Embora as sequelas pós-COVID-19 sejam mais comuns em pacientes que desenvolveram a forma grave, indivíduos que apresentaram a forma moderada da doença e que não necessitaram de hospitalização também podem ter algum grau de comprometimento funcional.

O SARS-COV2 pode afetar múltiplos órgãos e sistemas do corpo e as sequelas são variadas. Portanto, uma avaliação individualizada que contemple aspectos físicos, funcionais e de participação é fundamental para definição do plano terapêutico.



# 1. PRINCIPAIS SEQUELAS DA COVID-19:

- Função pulmonar prejudicada;
- Fadiga;
- Fraqueza muscular;
- Limitação da mobilidade e da capacidade de realizar atividades diárias;
- Delírio e alterações cognitivas;
- Desordens mentais e psicológicas.

A avaliação deve ser centrada nas demandas do paciente e a coleta de dados sistematizada. Informações devem ser objetivas e quantitativas, tornando possível a identificação do estado físico e funcional do paciente no momento inicial do tratamento e o acompanhamento de sua progressão.

<b>Problemas Clínicos</b>	<b>Avaliação Sugerida</b>
<b>Estrutura e função corporal</b>	
Redução da tolerância ao exercício	- Teste de Caminhada de 6 minutos. - Step test.
Redução da força muscular esquelética	- Dinamômetro manual; - Teste de força com esfigmomanômetro; - Teste de 1RM.
Redução da flexibilidade	- Teste de dedo ao solo para membros inferiores; - Teste do banco de Wells para membros inferiores; - Teste Backscratch para membros superiores.
Alteração do equilíbrio	- Marcha Tandem ou Semi-Tandem; - Escala de Equilíbrio de Berg.
Alteração de mobilidade	- Teste de velocidade de marcha; - Timed Up and Go (TUG).
Alterações Respiratórias	- Coleta da história, início e evolução dos sintomas; - Manovacuometria (avaliação da força muscular respiratória); - Pico de fluxo expiratório; - Oximetria de pulso.
<b>Atividade e Participação</b>	
Incapacidades	- Questionário Disabilities of the arm, shoulder and hand (DASH); - Questionário Lower extremity functional scale (LEFS); - Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional -20 (IVCF-20).
Sintomas de dispneia e fadiga	Escala de percepção subjetiva do esforço (Escala de BORG); Escala de dispneia MRC (Medical Research Council).
Qualidade de vida diminuída	Coleta da história; Questionário para avaliação Qualidade de vida relacionada à saúde.

## 2. QUANDO INICIAR O PROGRAMA DE REABILITAÇÃO

- a) 7 dias sem a presença de todos os sintomas iniciais da COVID-19;
- b) Se o paciente apresentar frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial e saturação periférica de oxigênio dentro dos limites de normalidade.

A prescrição de exercícios deve ser **individualizada**, tendo como base as alterações **físicas funcionais** identificadas na avaliação, respeitando as possíveis **comorbidades** e sequelas decorrentes da **COVID-19**.



## 3. O PROGRAMA DE REABILITAÇÃO DEVE INCLUIR PREFERENCIALMENTE:

- a) Exercícios aeróbicos para pacientes com acometimento cardiopulmonar e que apresentem descondiçionamento físico;
- b) Exercícios de fortalecimento para pacientes que apresentem fraqueza muscular periférica;
- c) Exercícios de flexibilidade;
- d) Exercícios respiratórios;
- e) Treino de força e/ou resistência da musculatura respiratória;
- f) Exercícios de equilíbrio e controle neuromuscular;
- h) Aconselhar acompanhamento e suporte de equipe de saúde mental quando for necessário.



## 4. FREQUÊNCIA E DURAÇÃO DA PRÁTICA DOS EXERCÍCIOS

É importante que, antes dos exercícios principais, seja realizado aquecimento musculoesquelético. Para o final da prática indica-se relaxamento.

Grau de deficiência	Frequência	Duração
Pacientes com sintomas leves	3 a 5 vezes/semana	20 a 30 minutos
Pacientes com sintomas acentuados de fadiga	2 a 3 vezes/semana	20 minutos de prática diária com pausa entre os exercícios de 2 minutos ou mais conforme necessidade do paciente.

Para pacientes com fraqueza muscular generalizada, recomenda-se que o número de repetições de cada exercício seja prescrito de forma individualizada, mas sugere-se iniciar com 8 a 12 repetições.



## 5. INTESIDADE DOS EXERCÍCIOS

Para monitorar a percepção de esforço durante a prática de exercício físico recomenda-se o uso da Escala de Borg Modificada que gradua a percepção da dificuldade de execução do esforço físico entre 0 e 10 e é considerada um auxiliar da monitorização da frequência cardíaca. Esta avaliação deve ser realizada no início, meio e ao final do atendimento.

Sugere-se que o índice 3 na Escala de Borg (esforço moderado) seja tomado como uma referência para segurança nos exercícios realizados sem monitoramento, em ambiente domiciliar ou em fase inicial da reabilitação.

Recomenda-se utilizar a oximetria de

pulso junto à escala de BORG para monitorização do paciente tanto em repouso quanto durante o esforço. Em alguns casos o paciente pode apresentar hipoxemia silenciosa e alteração da percepção do esforço.

Para realização de exercícios resistidos sugere-se iniciar com cargas leves (20 a 50% de 1RM).

Recomenda-se que a cada 7 dias o paciente seja reavaliado pelo Fisioterapeuta e, caso seja possível, a intensidade e a duração dos exercícios devem ser aumentadas gradualmente de modo a manter o esforço em um nível confortável e seguro até que seja atingido o objetivo desejado.

## 6. CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS

- Doença sistêmica aguda ou febre;
- Frequência cardíaca de repouso menor que 50 e maior que 100 batimentos por minuto;
- Saturação de oxigênio menor que 88%;
- Sinais de desconforto respiratório em repouso;
- Hipertensão não controlada – ou seja, pressão arterial sistólica (PAS) durante o repouso > 180 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) durante o repouso > 110 mmHg;
- Arritmia não controlada;
- Miocardite ativa;
- Diabetes mellitus descompensada.

## 7. CRITÉRIOS PARA INTERRUPTÃO DOS EXERCÍCIOS

Caso o paciente apresente algum dos sintomas listados abaixo os exercícios devem ser interrompidos e, se persistirem, o paciente deve ser encaminhado a um serviço médico.

- a. Náusea ou sensação de enjoo;
- b. Tontura;
- c. Falta de ar e/ou fadiga intensa;
- d. Queda de 4% da saturação de oxigênio em relação ao valor de repouso e valores menores que 88%;
- e. Sudorese excessiva;
- f. Crise de ansiedade;
- g. Palpitações;
- h. Dor ou sensação de aperto no peito.



## 8. IMPORTANTE

- Não se esqueça de usar os **EPI**, realizar a **lavagem das mãos sempre** antes e após os atendimentos.
- Muito importante que o profissional esteja atento para ocorrência de **queda da saturação** e/ou outros sinais de **descompensação** que **surgirem durante a prática dos exercícios**, garantindo assim uma **execução segura**.
- O paciente e seus familiares são **partes ativas no processo de reabilitação**. O fisioterapeuta deve fornecer orientações por meio de **cartilhas** e/ou **relatórios** que auxiliem na promoção de educação em saúde. Deve-se também orientar pacientes e familiares sobre o **autogerenciamento** do desempenho das atividades de vida diária.
- Nos **casos graves da doença**, com comprometimento **cardiovascular e/ou pulmonar**, uma **avaliação médica** deve ser realizada antes de iniciar um programa de reabilitação.
- Pacientes que apresentem **comprometimento cognitivo** e/ou **mental** devem ser abordados por **equipe multiprofissional**.



**Acesse aqui os  
artigos que subsidiariam a  
elaboração desta cartilha.**

**DIRETRIZES DE REABILITAÇÃO  
FISIOTERAPÊUTICA  
NA SÍNDROME  
PÓS-COVID-19**

**Autores:**

Fabiano Botelho Siqueira  
Regina Marcia Faria de Moura

**Colaboradores:**

Fábio Luiz Mendonça Martins  
Marcelo Zager

**Diretoria:**

Anderson Coelho  
Álida Andrade  
Flávia Massa  
Hermann Rodrigues



**Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 4ª Região**  
Rua da Bahia, 1148, sala 816, Centro – 30.160-906 – Belo Horizonte – MG  
**crefito4.gov.br** ▪ **f** **@crefito4** ▪ **TV Crefito-4** ▪ **31 99584-5961**