

Reabilitação da COVID-19 na Atenção Primária do Sistema Brasileiro de Saúde Pública

Rehabilitation of COVID-19 in Primary Care of the Brazilian Public Health System

Tales de Carvalho^{1,2}, Yolanda Gonçalves da Silva Fontes^{1,2}

1. Clínica de Prevenção e Reabilitação Cardiosport, Florianópolis, SC - Brasil
2. Centro de Ciências da Saúde e Esporte (CEFID) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Florianópolis, SC - Brasil

Correspondência:

Tales de Carvalho
Avenida Jornalista Rubens de Arruda
Ramos, 2354, apto 201. CEP 88015-705,
Florianópolis, SC - Brasil
tales@cardiol.br

Recebido em 07/05/2021

Aceito em 21/05/2021

DOI: <https://doi.org/10.29327/22487.27.1-1>

Resumo

Após a fase aguda da COVID-19, contingente considerável dos pacientes costuma apresentar no curto, médio e inclusive no longo prazo, relevantes comprometimentos físico e mental com evidente influência negativa na qualidade de vida. Nesse contexto, torna-se urgente que o Sistema Único de Saúde (SUS) se estruture para investigar em todos os pacientes o impacto da COVID-19, no intuito de detectar situações que exijam uma reabilitação estruturada, algo somente exequível em larga escala, como deve ocorrer na COVID-19, por meio de estratégias que deem ênfase à reabilitação baseada em domicílio, que já há longo tempo vem se mostrando segura e eficaz em relação às doenças cardiovasculares. Na COVID-19 os estudos prospectivos sobre reabilitação vêm apresentado resultados que tornam perfeitamente plausível a hipótese dessa mesma segurança e eficácia, algo que dá força ao entendimento de que a reabilitação domiciliar da COVID-19 seja alternativa factível e absolutamente prioritária a ser implementada no Sistema Brasileiro de Saúde Pública.

Palavras-chave: Sequelas da COVID-19; Reabilitação Baseada em Domicílio; Exercícios Físicos; Sistema Único de Saúde; Unidades Básicas de Saúde.

Abstract

After the acute phase of COVID-19, a considerable number of patients usually present, in the short, medium and even in the long term, relevant physical and mental impairments with an evident negative influence on quality of life. In this context, it is urgent that the Unified Health System (SUS) structure itself to investigate the impact of COVID-19 in all patients, in order to detect situations that require structured rehabilitation, something that is only feasible on a large scale, such as it should occur at COVID-19, through strategies that emphasize home based rehabilitation, which has been shown to be safe and effective in relation to cardiovascular diseases for a long time. At COVID-19, prospective studies on rehabilitation have shown results that make the hypothesis of this same safety and efficacy perfectly plausible, something that strengthens the understanding that COVID-19 home rehabilitation is a feasible and absolutely priority alternative to be implemented in the System Brazilian Public Health.

Keywords: *Sequelae of COVID-19; Home Based Rehabilitation; Physical Exercises; Health Unic System; Basic Health Units.*

A COVID-19, causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), surgiu em dezembro de 2019 em Wuhan-China e rapidamente se espalhou pelo mundo, atingindo todos os continentes, sendo considerada pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em março de 2020.¹ Desde então, vem afetando a saúde e a economia mundial em uma escala sem precedentes. No Brasil, segundo dados do CORONAVÍRUS BRASIL obtidos em 23/05/2021, já foram confirmados 16.492.167 casos e registrados 449.068 óbitos, com taxa de letalidade de 2,8% e coeficiente de mortalidade de 213,7 pessoas/100 mil habitantes.²

As manifestações clínicas da COVID-19 variam da ausência de sintomas até graves comprometimentos sistêmicos que podem resultar em falência múltipla de órgãos e morte.^{3,4,5,6} Após a fase aguda, parcela considerável relata fadiga crônica, dispneia persistente, artralgia e apresentam disfunções específicas de órgãos (coração, pulmões, rins, cérebro e nervos periféricos, entre outros), além de distúrbios emocionais e mesmo graves transtornos psiquiátricos, principalmente relacionados ao estresse do período de internação hospitalar.⁷ Estudos sobre “*Long-haulers*” ou “*Long-COVID*” sugerem que os pacientes podem apresentar manifestações clínicas persistentes de longa duração e, ainda, novos sintomas após o curso da doença em sua fase aguda, ressaltando-se que tem sido observado que cerca de 70% dos pacientes hospitalizados não se recuperam totalmente após cerca de cinco meses da alta hospitalar.^{4,8}

À medida que a pandemia persiste, obviamente se impõe a vacinação em massa da população e os esforços para salvar vidas de pacientes com manifestações agudas. Porém, não se pode negligenciar na atenção indispensável a todos os egressos da fase aguda, considerando que não somente os que foram internados com doença moderada ou grave podem evoluir com a saúde comprometida e maior risco de morte e demais eventos associados à doença.⁹ Aqueles que em sua fase aguda foram assintomáticos ou tiveram manifestações leves podem apresentar no médio e longo prazo complicações, apresentando aumento do risco de graves eventos, inclusive morte.⁴ Portanto, existe um enorme contingente de indivíduos a serem seguidos, exigindo a adoção de estratégias de saúde pública por meio de propostas de avaliação e, quando for o caso de subsequente reabilitação física e mental, passíveis de serem implementadas em larga escala.

Na pandemia da COVID-19, a prática de exercícios tem se mostrado com potencial de tornar a doença menos grave e proporcionar melhor e mais rápida recuperação após a fase aguda da doença,¹⁰ valendo ressaltar que estudos recentes vêm contribuindo para reforçar a hipótese de que a aptidão física esteja relacionada inversamente com a gravidade da síndrome do desconforto respiratório agudo, a principal causa de morte na COVID-19,^{11,12} e, assim como ocorre na reabilitação cardiovascular (RCV),^{13,14,15} torna-se perfeitamente plausível a expectativa de que no seguimento da reabilitação de pacientes da COVID-19 também ocorra uma redução da incidência de eventos, inclusive da mortalidade por todas as causas.

Nesse contexto, torna-se urgente que o sistema de saúde se estruture para investigar em todos os pacientes o impacto da COVID-19 sobre o estado de saúde física e mental não somente no curto prazo, mas também no médio e longo prazo, no intuito de detectar situações que indiquem a necessidade de uma reabilitação estruturada, algo exequível somente por meio de estratégias que deem ênfase à reabilitação baseada em domicílio, já há longo tempo estabelecida quanto à segurança e eficácia em relação às doenças cardiovasculares. Em relação à reabilitação de pacientes acometidos pela COVID-19, os estudos prospectivos têm apresentado como fortemente defensável a hipótese dessa mesma segurança e eficácia.^{10,16} Considere-se ainda que, dentre outras causas, as dificuldades de acesso e a baixa adesão aos programas presenciais de RCV e uma baixa disponibilidade de serviços, há algum tempo nos permite indicar a RCV domiciliar (RCVD), que oferece a mesma segurança e eficácia do modo presencial,¹⁷ como sendo a principal alternativa quando se trata de estratégia de saúde pública, indicação agora reforçada com a pandemia da COVID-19 exigindo o distanciamento físico.¹⁸ Tendo em vista o exposto, torna-se perfeitamente aceitável considerar também na COVID-19 a proposta de reabilitação domiciliar como alternativa factível e absolutamente prioritária.

Portanto, torna-se plausível a implementação de uma proposta de reabilitação domiciliar da COVID-19 no setor de atenção primária à saúde (APS), a porta de entrada do sistema único de saúde brasileiro (SUS). A APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo e se comunicar com os outros serviços nas redes de atenção. Ressaltando que o nosso SUS orienta-se pelos princípios

da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.¹⁹

Concluindo, pensando nos desafios impostos pela pandemia da COVID-19 e suas consequências, torna-se oportuno aproveitar a descentralização e capilaridade da APS. O fato do SUS ter 1.229 equipes de APS, com cerca de 42 mil unidades básicas de saúde (UBS) e 44 mil equipes de Saúde da Família disseminadas pelo país,²⁰ torna exequível o desenvolvimento de ações de Reabilitação para pacientes PÓS-COVID em larga escala (massificadas e disseminadas), com impacto positivo na saúde pública. Essa mesma possibilidade certamente deveria ser considerada para atender uma

histórica demanda em prol de uma RCV mais disponível e consequente, ou seja, contemplando, dentre outros, os princípios da universalidade e acessibilidade que norteiam o nosso SUS e são direitos do cidadão que estão na Constituição do Brasil.

Potencial Conflito de Interesse

Os autores declaram não haver potenciais conflitos de interesse.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Referências:

1. OPAS/OMS Brasil [página na internet]. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus) [Acesso em 06 maio 2021]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19#:~:text=A%20COVID%2D19%20%C3%A9%20uma,febre%2C%20cansa%C3%A7%C3%A3o%20e%20tosse%20seca>.
2. Coronavírus Brasil [homepage na internet]. Painel Coronavírus [Acesso em 7 maio 2021]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br>.
3. Berlin DA, Gulick RM, Martinez FJ. Severe COVID-19. *N Engl J Med*. 2020; 383 (25): 2451-2460. doi: 10.1056/NEJMc2009575.
4. Al-Aly Z, Xie Y, Bowe B. High-Dimensional Characterization of Post-Acute Sequelae of COVID-19. *Nature*. 2021. doi: 10.1038/s41586-021-03553-9.
5. Ruan Q, Yang K, Wang W, Jiang L, Song J. Clinical Predictors of Mortality due to COVID-19 Based on an Analysis of Data of 150 Patients from Wuhan, China. *Intensive Care Med*. 2020; 46 (5): 846-8. doi: 10.1007/s00134-020-05991-x.
6. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical Features of Patients Infected with 2019 Novel Coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020; 395 (10223): 497-506. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5.
7. Carfi A, Bernabei R, Landi F, Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *JAMA*. 2020; 324 (6): 603-5. doi: 10.1001/jama.2020.12603.
8. Morin L, Savale L, Pham T, Colle R, Figueiredo S, Harrois A, et al; Writing Committee for the COMEBAC Study Group. Four-Month Clinical Status of a Cohort of Patients After Hospitalization for COVID-19. *JAMA*. 2021; 325 (15): 1525-34. doi: 10.1001/jama.2021.3331.
9. Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A, Madhavan MV, McGroder C, Stevens JS, et al. Post-acute COVID-19 Syndrome. *Nat Med*. 2021; 27 (4): 601-15. doi: 10.1038/s41591-021-01283-z. Epub 2021 Mar 22. PMID: 33753937.
10. Hermann M, Pekacka-Egli AM, Witassek F, Baumgaertner R, Schoendorf S, Spielmanns M. Feasibility and Efficacy of Cardiopulmonary Rehabilitation After COVID-19. *Am J Phys Med Rehabil*. 2020; 99 (10): 865-9. doi: 10.1097/PHM.0000000000001549.
11. Souza FR, Motta-Santos D, Soares DS, Lima JB, Cardozo GG, Guimarães LSP et al. Physical Activity Decreases the Prevalence of COVID-19-associated Hospitalization: Brazil EXTRA Study. *medRxiv*. 2020. doi: 10.1101/2020.10.14.20212704.
12. Sallis R, Young DR, Tartof SY, Sallis JF, Sall J, Li Q, Smith GN, Cohen DA. Physical Inactivity is Associated with a Higher Risk for Severe COVID-19 Outcomes: a Study in 48,440 Adult Patients. *Br J Sports Med*. 2021: bjsports-2021-104080. doi: 10.1136/bjsports-2021-104080.
13. Church TS, LaMonte MJ, Barlow CE, Blair SN. Cardiorespiratory Fitness and Body Mass Index as Predictors of Cardiovascular Disease Mortality Among Men with Diabetes. *Arch Intern Med*. 2005; 165 (18): 2114-20. doi: 10.1001/archinte.165.18.2114.
14. Kokkinos P, Myers J, Kokkinos JP, Pittaras A, Narayan P, Manolis A, Karasik P, Greenberg M, Papademetriou V, Singh S. Exercise Capacity and Mortality in Black and White Men. *Circulation*. 2008; 117 (5): 614-22. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.734764.
15. Alter DA, Oh PI, Chong A. Relationship Between Cardiac Rehabilitation and Survival after Acute Cardiac Hospitalization within a Universal Health Care System. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2009; 16 (1): 102-13. doi: 10.1097/HJR.0b013e328325d662.
16. Carvalho T. Reabilitação Cardiovascular Baseada em Domicílio: A Principal Opção na Nova Normalidade Pós-COVID-19. *RevDERC*. 2020; 26 (2): 47-48. doi: 10.29327/22487.26.2-1.
17. Dalal HM, Zawada A, Jolly K, Moxham T, Taylor RS. Home Based Versus Centre Based Cardiac Rehabilitation: Cochrane Systematic Review and Meta-analysis. *BMJ*. 2010; 340: b5631. doi: 10.1136/bmj.b5631.
18. Carvalho T, Milani M, Ferraz AS, Silveira ADD, Herdy AH, Hossri CAC, et al. Brazilian Cardiovascular Rehabilitation Guideline - 2020. *Arq Bras Cardiol*. 2020; 114 (5): 943-87. doi: 10.36660/abc.20200407.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [portaria na internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde [homepage na internet]. Acesso em maio de 2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br>.