

Colégio de Medicina Física e de Reabilitação

2º Comunicado Relativo à Pandemia COVID-19

Porto, 15 de Março de 2020

Exmos. Colegas,

Na sequência do anterior Comunicado da Direcção do Colégio de Medicina Física e de Reabilitação (MFR) relativo à pandemia de COVID-19, datado de 15 de Março de 2020, têm sido solicitadas informações adicionais em relação a directivas concernentes à actividade assistencial na área da Reabilitação. Outras instituições representativas da área da MFR, como a Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação (SPMFR) e a Associação Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação (APMFR) têm sido também inquiridas no sentido do envio de informações e recomendações. Tem a Direcção deste Colégio mantido permanente diálogo com estas instituições, no sentido de procurarmos todos dar a melhor resposta aos desafios que a presente situação de pandemia nos coloca.

Continua a entender a Direcção do Colégio de Especialidade de MFR que a actuação dos agentes e profissionais de Saúde, em qualquer área de cuidados em que seja exercida, deve necessariamente, estar integrada e obedecer às normas, orientações e recomendações, gerais e específicas, das Autoridades de Saúde Pública, nomeadamente da Direcção-Geral de Saúde.

Deste modo, e sempre com atenção aos documentos orientadores e normativos da DGS, aos diplomas executivos e à declaração presidencial do Estado de Emergência, é entendimento da Direcção deste Colégio, ao qual se associa a Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação, voltar a pronunciar-se sobre a prestação de cuidados de saúde em Reabilitação, neste período de excepção e gravidade que atravessamos, sintetizando as nossas considerações nos seguintes pontos:

1. A 18 de março foi decretado, pelo Excelentíssimo Senhor Presidente da República, estado de emergência na República Portuguesa.
2. No dia 19 de Março o Conselho de Ministros aprovou um decreto, que entrará em vigor a 22 de Março, no qual foram determinadas medidas para, entre outros fins, contenção imediata da doença.
3. Foi decretado que **doentes com COVID-19 e infetados com SARS-CoV-2, e cidadãos relativamente a quem a autoridade de saúde ou outros profissionais de saúde tenham determinado a vigilância activa, ficam sujeitos a confinamento obrigatório.**
4. Como tal, **as pessoas enumeradas no ponto 3 não poderão, no período de vigência do estado de emergência, beneficiar de cuidados de Reabilitação em regime ambulatorio presencial, seja no sector privado seja no sector público.**
5. Poderão, não obstante, beneficiar de cuidados de Reabilitação em caso de regime de internamento, bem como por outros meios de consulta médica ou cuidados de reabilitação que não exijam contacto directo, como por videochamada ou outros (e-health).
6. **Os “grupos de risco”, ou seja, maiores de 70 anos, imunodeprimidos e os portadores de doença crónica,** relativamente aos quais existe um especial dever de protecção, devem observar uma situação de isolamento profilático. Como tal, **deverão, por princípio, abster-se de circulação na via pública, incluindo deslocação a entidades, públicas ou privadas, prestadoras de cuidados de reabilitação em regime ambulatorio.**
7. Quanto aos demais cidadãos foram também determinadas restrições quanto à circulação na via pública. Contudo, estão autorizados a circular, desde que visem a prossecução de tarefas e funções essenciais, como, por exemplo, “motivos de saúde”.
8. Entende-se, por conseguinte, que a procura de cuidados de reabilitação autoriza a circulação na via pública por parte de cidadãos que não se enquadrem no “grupo de risco” nem no grupo de infetados/sob vigilância activa.
9. Isto possibilita a prestação de cuidados de reabilitação em regime ambulatorio, quer no sector público como no privado, e por conseguinte que os serviços

hospitalares e as unidades de MFR permaneçam em funcionamento.

10. **Reafirma contudo a Direcção do Colégio de MFR da Ordem dos Médicos que, nesta fase de mitigação da pandemia, é de absoluta prioridade conter a propagação do vírus SARS-CoV-2 cujo contágio se tem mostrado de uma facilidade impressionante e, como tal, todas as situações não urgentes de cuidados de reabilitação devem ser diferidas. Saliente-se ainda a este propósito que existe nesta altura da epidemia um grande número de indivíduos portadores assintomáticos, não testados, e que por isso mesmo mandam as regras de segurança e bom senso que a permanência em isolamento domiciliário seja prioritária.**
11. **É recomendação desta Direcção que a prossecução de cuidados de reabilitação se faça unicamente em casos de grande premência. Esta decisão caberá ao médico fisiatra, sempre em rigorosa observância de um conjunto de regras de segurança e higiene particularmente rigoroso, em plena concordância com as directivas da DGS, que se evocam e adaptam aos cuidados de Reabilitação no ANEXO I.**
12. A determinação de o utente pertencer, ou não, a um “grupo de risco”, ou ao grupo de infectados/sob vigilância activa e de, portanto, estar, ou não, autorizado a circular na via pública para receber cuidados de Reabilitação em ambulatório, **deve ser da exclusiva responsabilidade médica.**
 - a. O médico fisiatra a quem for solicitada intervenção assistencial, mediante avaliação prévia, preferencialmente à distância (e.g., anamnese telefónica convencional ou por videochamada ou por informação clínica escrita veiculada por médico referenciador), determinará se o utente se enquadra ou não no grupo de infectados/sob vigilância activa ou no grupo de risco, grupos esses que não poderão receber cuidados de reabilitação em ambulatório presencial; ou, ao invés, no grupo de outros cidadãos, que deles poderá, eventualmente, beneficiar.
 - b. Só mediante esta avaliação prévia se assegura um mecanismo inicial de segurança e higiene, e em respeito pelas medidas executivas decretadas no estado de emergência, podendo o doente ser observado em consulta e, contingentemente, admitido num programa de reabilitação.
13. **EXCEPÇÃO: no caso de utentes do grupo de risco que apresentem lesão/patologia em fase aguda/subaguda/ crónica agudizada, referenciados para unidades de MFR, cujo não tratamento imediato conduzirá, com elevada probabilidade, a sequelas funcionais importantes e/ou redução da sobrevida, deverá ser realizada pelo médico fisiatra uma avaliação extremamente cuidadosa da relação de risco de contágio-benefício para a sobrevida/ funcionalidade e, mediante essa avaliação, ser determinada ou não a autorização, de carácter absolutamente excepcional, da integração do utente em causa num programa de reabilitação em regime “ambulatório-domiciliário” (regime híbrido associado a sistemas de telemedicina, tele-saúde e e-health).** Mesmo nos casos em que se determine a urgência de integração num programa de reabilitação, este deve ser realizado, sempre que possível, sem contacto directo, por meio de ensino de exercícios terapêuticos ou através de sistemas de monitorização e acompanhamento por videochamada (sistemas e-health).
14. Cabe ao médico fisiatra a avaliação do estado clínico-funcional dos utentes que procuram cuidados de Reabilitação, a determinação do seu prognóstico vital e funcional e, em face dos elementos recolhidos, priorizar o tratamento daqueles utentes, atendendo com rigor à necessidade de distanciamento social e às características físicas da instituição.
15. Qualquer pessoa, seja profissional ou utente, que apresente critérios compatíveis com caso suspeito, deve ser considerado como possível caso da COVID-19.
16. Considera-se um caso suspeito para a doença toda a pessoa que desenvolva quadro agudo de tosse persistente ou agravamento de tosse crónica, ou febre (temperatura $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$), ou dispneia / dificuldade respiratória. Podem, no entanto, existir quadros que cursam com dor de garganta e sintomas respiratórios muito ligeiros.
17. Perante um caso suspeito, a pessoa em causa deverá contactar a linha **SNS24 (808242424)**. O médico deverá também contactar a Linha de Apoio ao Médico (300 015 015), da Direcção-Geral da Saúde (DGS), para validação da suspeição.

As actuais directivas da DGS e recomendações da Direcção do Colégio de MFR não são estáticas no tempo, pois baseiam-se na melhor evidência disponível até ao

momento. Dada a dinâmica do conhecimento científico, as mesmas poderão ser alteradas a qualquer momento. Pedese a vossa atenção, nas próximas semanas, para o website da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação e informações acerca do enquadramento técnico-científico da MFR nos vários níveis de cuidados de saúde e patologias no momento atual.

A Direcção do Colégio de MFR estará ao dispor para quaisquer esclarecimentos julgados convenientes ou necessários.

A Direcção do Colégio de MFR

António Pedro Pinto Cantista - Presidente do Colégio de MFR da Ordem dos Médicos

Alexandre André Gaspar de Camões Barbosa

Bárbara Cristina Moreira da Cruz Teixeira Pinto Rodrigues

Catarina Maria da Cunha Cavalheiro de Aguiar Branco Botelho de Almeida

Euarda Sandra Diogo Martins Afonso Pires

Fernando António Botelho de Almeida

Jorge Manuel Costa Laíns

Luís Jorge Ascensão Jacinto

ANEXO I

Paulo Filipe dos Santos de Melo Margalho

Pedro Emanuel Baptista de Melo Simões de Figueiredo

Vera Alexandra Santos Ermida

1. Todo o profissional de saúde e utente deverá lavar as mãos, com água e sabão, à entrada e à saída do estabelecimento em que se prestem cuidados de Reabilitação. Em alternativa poderá ser usada solução de base alcoólica, que devem ser dispostas em locais bem visíveis e de fácil acesso. A técnica de lavagem/assepsia deve corresponder à preconizada pela DGS, que se apensa abaixo.
2. O distanciamento entre utentes deverá ser respeitado, recomendando-se uma distância mínima de 2 m entre cada utente em *open space*, a que corresponde a uma área circular de 12,56 m² (correspondendo ao cálculo da área de um círculo com 2 m de raio – fórmula $A=\pi r^2$ ou seja área = 3,14 x 2² = 12,56). Recomenda-se a marcação destes círculos nos pisos dos locais de tratamento em *open space*.
3. O distanciamento inclui o atendimento ao balcão, que deverá ser de no mínimo 1 m (idealmente 2 ou mesmo mais metros*); bem como o período em que o utente aguarda a sua vez na sala de espera, que deverá respeitar as mesmas distâncias.
4. Poderão ser usadas marcas sinaléticas no chão ou noutros locais, de modo a ser clara a distância de segurança que deve ser mantida.
5. O atendimento ao balcão deverá, idealmente, ser feito através de barreira protetora, como, por exemplo, placa transparente de acrílico, de modo a evitar o contacto com gotículas potencialmente infectadas.
6. Para que este distanciamento seja possível, a unidade de reabilitação deverá controlar o fluxo de utentes, evitando marcar para o mesmo período um número que não se adequa à área de espera ou de tratamento disponíveis.
7. Em caso de incapacidade de acolher todos os utentes e simultaneamente respeitar a regra do distanciamento social, deverá ser dada preferência ao tratamento de utentes que apresentam risco acrescido de redução da sobrevivência e/ou de sequelas funcionais, como por exemplo: AVC em fase subaguda; enfarte recente do miocárdio; artroplastia recente; etc.
8. Todos os espaços, de consulta ou tratamento, devem manter arejamento, devendo proceder-se a 6 renovações de ar por hora.
9. A etiqueta respiratória deve ser estritamente cumprida por parte de todos os utentes e funcionários. As regras de etiqueta respiratória são:
 - i. Evitar tossir ou espirrar para as mãos;
 - ii. Tossir ou espirrar para o braço ou manga com cotovelo fletido ou cobrir com um lenço de papel descartável;

* Segundo opiniões emitidas no contexto desta pandemia

- iii. Usar lenços de papel descartáveis para assoar, depositar de imediato no contentor de resíduos e lavar as mãos;
 - iv. Se usar as mãos inadvertidamente para cobrir a boca ou o nariz, lavá-las ou desinfetá-las de imediato;
 - v. Não cuspir nem expetorar para o chão. Se houver necessidade de remover secreções existentes na boca, deve ser utilizado um lenço descartável, diretamente da boca para o lenço, e colocar imediatamente no lixo após ser usado.
10. Os profissionais em contacto estreito com os utentes deverão usar, idealmente, máscara cirúrgica, óculos para protecção dos olhos, avental de plástico sobre a farda e luvas (preferencialmente descartáveis, de nitrilo).
 11. Todos os utentes deverão usar, idealmente, máscara cirúrgica.
 12. No entanto, considerando (a) a possibilidade muito provável de roturas de *stock* destes materiais de protecção, nomeadamente de máscaras cirúrgicas; e (b) a indicação por parte da DGS de que não está indicado o uso de máscaras por pessoas saudáveis (Orientação 009/2020); a Direcção do Colégio de MFR considera que o seu uso, embora desejável, não pode, neste momento, ser determinado como obrigatório.
 13. A máscara, o avental e as luvas não devem ser reaproveitados, devendo ser descartados após cada sessão de tratamento. Os óculos poderão ser desinfectados com álcool a 70°.
 14. O pessoal técnico que execute tratamentos de contacto directo deverá, preferencialmente, apenas tratar um doente em cada período. Se isto não for exequível, o profissional deverá trocar sempre as luvas e o avental no contacto entre utentes diferentes.
 15. Não devem ser aceites para tratamento presencial pessoas com sintomas respiratórios, crónicos ou agudos, pelo risco acrescido que representam de propagação comunitária da infecção a SARS-CoV-2.
 16. Nestes casos, bem como noutros em que o médico fisiatra considere tecnicamente aceitável, tanto a consulta médica como os tratamentos poderão decorrer por meios de comunicação à distância, como videochamada.
 17. O tempo despendido nestas consultas/sessões deverá ser contabilizado da mesma forma que o tempo despendido presencialmente, para efeitos remuneratórios.
 18. Todos os profissionais de saúde que iniciem sintomas respiratórios, deverão abster-se totalmente do trabalho presencial, até que aqueles desapareçam por completo. Deverão, no entanto, e caso seja exequível, manter-se em regime de teletrabalho.
 19. Todas as superfícies devem ser limpas com frequência (mesas, corrimãos, maçanetas de portas, telefones, botões de elevador, lavatórios, marquesas, bandas elásticas, halteres, aparelhos de agentes físicos, etc.), várias vezes ao dia, com um produto de limpeza desinfetante, particularmente as superfícies mais utilizadas.
 - a. Os objectos mais críticos devem ser limpos pelo menos uma vez por hora (e.g., dispensadores de senhas e terminal de multibanco).

Nota do Colégio de MFR: No caso particular das unidades de MFR sugerimos a abolição de uso de todos os objectos não essenciais aos cuidados de saúde desta área
 - b. As marquesas, aparelhos de agentes físicos, demais equipamentos e outros materiais de contacto directo com o utente deverão ser limpos/desinfectados no final da sessão de tratamento, antes de se tratar um novo utente. Deve ser reservado tempo para esses procedimentos, isto é, a sessão de tratamento deve ser encurtada no tempo necessário aos procedimentos de higienização.
 - c. A higienização deve ser feita com panos ou toalhetes de limpeza de uso único humedecidos em desinfetante, lixívia a 5% de cloro livre ou álcool a 70° - neste último caso para as

superfícies metálicas ou outras, que não sejam compatíveis com a lixívia, de modo a evitar corrosão ou danificação.

- d. No entanto, existem no mercado vários produtos de limpeza e desinfeção de superfícies com ação viricida e que podem ser utilizados, nomeadamente, pastilhas de cloro para diluir na água no momento da utilização; soluções detergentes com desinfetante na composição (efeito 2 em 1), quer em apresentação de *spray*, líquida ou outra, ou toalhetes humedecidos em desinfetante para a limpeza rápida de algumas superfícies de toque frequente.
- e. Não deverão ser usados aspiradores de pó.
- f. O fardamento utilizado pelos funcionários deve ser lavado com programas de pré-lavagem,

lavagem a quente (roupa termorresistente) a temperatura de 70°C a 90°C; as roupas termossensíveis devem ser lavadas com água morna, a uma temperatura a 40°C, seguido de um ciclo de desinfeção química também em máquina.

- g. Os fardamentos não devem ser levados para casa, devendo ser lavados na própria instituição. Se esta não dispuser de máquina de lavar, poderão ser despídos e colocados num saco de plástico impermeável fechado (para transporte), que será apenas aberto para introdução directa da roupa na máquina de lavar.
- h. Para mais orientações sobre limpeza/desinfeção de superfícies, recorrer à Orientação 008/2020 da DGS.

ANEXO II - Técnica de lavagem/assepsia das mãos



NOVO CORONAVÍRUS
COVID-19

LAVAGEM DAS MÃOS



Duração total do procedimento: **20 segundos**



Molhe as mãos



Aplique sabão suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos



Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



Palma com palma com os dedos entrelaçados



Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa



Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa



Esfregue o pulso esquerdo com a mão direita e vice versa



Enxague as mãos com água



Seque as mãos com um toalhete descartável



ANEXO III - Abordagem de um caso suspeito

REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE

SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE 1979-2019DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde

NOVO CORONAVÍRUS | COVID-19

ABORDAGEM DE UM CASO SUSPEITO

ANTES

- Divulgar o *toolkit* por todos os profissionais de saúde da Unidade Funcional;
- Afixar os cartazes disponibilizados pela DGS em local bem visível para os utentes;
- Colocar o número da Linha de Apoio ao Médico (LAM) - 300 015 015 - nos gabinetes médicos, em local visível para os médicos;
- Ativar os respetivos Planos de Contingência para infeções emergentes, os quais deverão identificar as áreas de isolamento disponíveis em cada estabelecimento;
- Verificar a presença e integridade dos Equipamento de Proteção Individual (EPI);
- Reforçar a implementação de Precauções Básicas de Controlo de Infeção, incluindo higiene das mãos e medidas de etiqueta respiratória.

PERANTE UM CASO SUSPEITO

- Dar ao doente uma máscara cirúrgica;
- Garantir o uso racional e adequado de EPI pelos profissionais de saúde, limitando o número de profissionais em contacto com o doente;
- Colocar o doente de imediato na área de isolamento definida no respetivo Plano de Contingência;
- Confirmar critérios clínicos e epidemiológicos e contactar a LAM - 300 015 015;
- Enquanto aguarda a validação do caso, assegurar tratamento de suporte ao doente;
- Se caso for validado pela LAM, INEM fará o transporte doente para o Hospital de Referência e DSR fará a gestão do caso;

APÓS

- Adotar as medidas de limpeza e desinfeção ambiental, de acordo com o resultado da validação da LAM:
 - Descontaminar corretamente todo o material e equipamento;
 - Manusear a roupa de forma segura;
 - Recolher de forma segura os resíduos.

ANEXO IV - Fluxograma de actuação - Médico



NOVO CORONAVÍRUS | COVID-19

FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO - Médico

