

# QUALIDADE E SEGURANÇA: MANEJO DAS VIAS AÉREAS E A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA

## Manejo de vias aéreas e atuação da fisioterapia

### Contexto da COVID-19 (SARS-CoV-2)

O grande aumento no número de casos de infecção pelo coronavírus (SARS-CoV-2) tem trazido um grande desafio para as instituições de saúde. Embora a maioria das pessoas com a COVID-19 desenvolva a doença leve ou sem complicações, aproximadamente 14% desenvolverão sua forma grave o que requer hospitalização, suporte de oxigênio e 5% necessitarão de internação em unidade de terapia intensiva.

O SARS-CoV-2 é transmitido através de secreções respiratórias (tosse, espirros ou coriza) e podem estar presentes em superfícies a até 2 m de distância da pessoa infectada. O SARS-CoV-2 permanece viável por pelo menos 24 horas em superfícies duras e até 8 horas em superfícies macias.

A atual situação tem gerado grande estresse à população e muita pressão aos profissionais de saúde, que aliado a estafa resultante do excesso de trabalho e possibilidade de contaminação tem esse risco aumentado em situações como: procedimentos geradores de aerossóis (exemplo: aspiração de vias aéreas superiores, inalação, entre outros).

A equipe deve realizar uma anamnese minuciosa para identificar fatores de risco clínicos/comorbidades que podem favorecer o desenvolvimento da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

É importante que a equipe assistencial esteja capacitada para reconhecer precocemente a deterioração clínica dos pacientes, para que sejam tomadas

medidas preventivas e antecipação de medidas de suporte ventilatório caso haja necessidade.

### **Oxigenoterapia Convencional**

Em relação a oxigenoterapia convencional, não é recomendável usar cânulas nasais e máscaras de Venturi, micro ou macronebulização que podem causar uma maior dispersão das gotículas em relação a outros sistemas. Recomenda-se o uso de uma máscara facial. A ARIR (Associação Italiana de Fisioterapia) sugere, caso seja extremamente necessário, usar a máscara de Venturi ou o cateter nasal, que sejam aplicadas algumas contingências:

- Máscara de Venturi - sugere utilização concomitantemente a uma máscara cirúrgica cobrindo o rosto do paciente, principalmente onde é evidenciada maior dispersão de gotículas. A máscara deve estar corretamente posicionada e deve ser trocado a cada 6- 8 horas.
- Cânulas nasais - sugere utilização de máscara cirúrgica pelo paciente sobre as cânulas, cobrindo boca e nariz. A máscara deve estar corretamente posicionada e deve ser trocado a cada 6-8 horas.

### **Ventilação Mecânica Não Invasiva**

Segundo a Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva (ASSOBRAFIR), a utilização de ventilação mecânica não invasiva (VNI) e o cateter de alto fluxo (CNAF) não têm sido recomendados no tratamento de pacientes com COVID-19, uma vez que a pulverização do vírus é maior devido ao jato de ar da pressão positiva.

No entanto, recentemente a ASSOBRAFIR publicou um comunicado sobre uma atualização clínica para o tratamento de pacientes com COVID-19 e afirma que em ambientes com acesso limitado à ventilação invasiva, ou antes de os

pacientes desenvolverem insuficiência respiratória grave, a VNI ou a CNAF podem ser alternativas úteis. No entanto, como o fluxo de ar desses dispositivos é menos contido do que nos circuitos fechados, típicos de ventiladores invasivos, há aumento do risco de dispersão de vírus em aerossol no ambiente assistencial. Assim, a determinação da magnitude desse risco e das estratégias de mitigação dos problemas devem ser levados em consideração.

A ASSOBRAFIR entende que a VNI e a CNAF não devem ser estratégias ventilatórias de primeira escolha destinadas aos pacientes com COVID-19. Em situações específicas, definidas pela equipe multiprofissional, pode ser feito um teste de resposta à VNI, com duração de 30 minutos, se SpO<sub>2</sub> <93% e/ou FR >24 irpm já com oxigenoterapia.

Nessa situação, segundo recomendação da ASSOBRAFIR, devem ser utilizadas máscaras sem válvula de exalação, conectadas a circuitos ventilatórios com ramo duplo, através de filtros trocadores de calor e umidade (FTCU), empregando-se ainda, filtros de barreira nas extremidades distais dos ramos expiratórios dos circuitos ventilatórios, antes das válvulas exalatórias dos ventiladores mecânicos. Preferencialmente, esses recursos devem ser aplicados em pacientes alocados em leitos de isolamento respiratório com pressão negativa, se disponível, ou em quarto/box individual com a porta fechada.

O uso de Cânula Nasal de Alto Fluxo (CNAF) pode reduzir a necessidade de Intubação Orotraqueal (IOT) em casos de insuficiência respiratória hipoxêmica quando comparada à oxigenoterapia convencional e com resultados superiores à Ventilação Não Invasiva (VNI) (5).

O emprego da CNAF somente será considerado atendendo-se estritamente aos três requisitos:

1. Dispositivo pronto para uso imediato na unidade;
2. Equipe tenha sido treinada, ou seja, experiente na técnica e;

3. Os equipamentos de proteção individual (EPI) para procedimentos aerossolizantes estejam sendo corretamente usados pela equipe.

**ATENÇÃO:** Caso um destes 3 requisitos não seja atendido a CNAF NÃO deve ser utilizada sob o risco de aerossolização de patógenos e contaminação do ambiente, de outros pacientes e dos profissionais de saúde. Neste caso deve-se proceder à intubação traqueal.

### Ventilação Mecânica Invasiva

- Caso seja necessário proceder a intubação traqueal:
  - O acesso à via aérea deve ser criterioso, rápido e realizado pelo profissional de maior experiência;
  - Sempre organizar todo o material necessário para o procedimento, a fim de evitar deslocamento dos profissionais para busca de outros materiais de urgência, aumentando o risco de quebra de precauções, assim como disseminação do vírus na unidade;
  - Limitar o número de profissionais no leito durante a intubação traqueal, devendo permanecer apenas aqueles que participarão do procedimento;
  - Se possível, é recomendado no momento da intubação traqueal deixar um profissional na porta do quarto (lado de fora), caso algum equipamento, material ou solicitação de ajuda seja necessário;
  - Sempre que possível, o médico mais experiente deve ser selecionado para realização da intubação traqueal;
  - Recomenda-se dar preferência à vídeo-laringoscopia (se disponível), objetivando proteger os profissionais de saúde ao máximo e aumentar a chance de sucesso da intubação na primeira tentativa.

Não havendo esse recurso na unidade, deve-se proceder à intubação com laringoscópio convencional (5);

- Deve-se pensar sempre na possibilidade de o paciente possuir uma via aérea difícil, sendo assim, é importante que o material para manejo dessa intercorrência esteja disponível;
  - A escolha dos medicamentos para realizar a intubação é também um ponto importante que antecede o procedimento, pois alguns medicamentos são cardiodepressores e podem levar a alguma complicação;
  - Não é recomendado realizar a pré ventilação com bolsa-máscara-válvula (ambú) pelo risco de gerar aerossóis.
- A sequência rápida de intubação (SRI) deve ser realizada;
  - Após checagem do posicionamento do tubo traqueal e insuflação do balonete, o paciente deve ser conectado ao ventilador dotado de filtro apropriado na saída do circuito expiratório para o ambiente;
  - O uso do sistema de aspiração fechado deve ser utilizado sempre que disponível, para evitar desconexão do circuito de ventilação mecânica e, assim, a dispersão de vírus para o ambiente;
  - Se o paciente evoluir em parada cardiorrespiratória durante o período que permanecer em ventilação mecânica, não desconectar o tubo do ventilador durante as manobras de ressuscitação cardiopulmonar para realização de ventilação com bolsa-máscara-válvula (ambu).
  - Os equipamentos não descartáveis contaminados ou potencialmente contaminados pelo SARS-CoV-2 (laringoscópio e lâminas, ventiladores manuais etc) não devem ser levados da área contaminada para uma área limpa. Eles devem ser acondicionados e desinfetados seguindo diretrizes rígidas.

- A evolução para o desmame ventilatório deve ser discutido entre a equipe multidisciplinar, assim como a prática e o melhor momento para o despertar diário, para não trazer complicações ou piora do padrão respiratório. Recomenda-se que durante a extubação, por medida de segurança, o teste de desinsuflar o cuff não seja realizado.

A ASSOBRAFIR recomenda a utilização de filtro trocador de calor e umidade quando o paciente está em ventilação mecânica invasiva. O uso de filtro de barreira na extremidade distal do ramo expiratório do circuito ventilatório, antes da válvula exalatória do ventilador mecânico é recomendado para evitar liberação de vírus para ambiente da terapia intensiva.

Em relação ao manejo ventilatório dos pacientes com as formas severas de pneumonia na COVID-19, submetidos a intubação traqueal, a OMS recomenda algumas medidas visando a redução da incidência de pneumonias bacterianas associadas a ventilação mecânica e redução do risco de disseminação:

- Manutenção do paciente com cabeceira do leito elevada a 30-45º
- Uso de sistema fechado de aspiração em todos os casos;
- Troca dos filtros trocadores de calor e umidade quando observada alteração da sua função, quando sujo, ou a cada intervalo regular de 5 a 7 dias;
- Uso de filtro de barreira na extremidade distal do ramo expiratório do circuito ventilatório, antes da válvula exalatória do ventilador mecânico.

Após instituição da ventilação mecânica invasiva, deve-se priorizar a adoção da estratégia protetora para minimizar o risco de ocorrência de lesão pulmonar induzida pela ventilação mecânica, de acordo com os protocolos

institucionais. Devem ser reforçadas intervenções com foco na redução do tempo de ventilação mecânica, após melhora do quadro agudo, através do uso de protocolos de desmame que incluam avaliação diária da capacidade de tolerar a respiração espontânea.

### **Recém-nascidos (RN):**

Apesar do risco potencial de transmissão vertical mãe-conceito, até o momento, os estudos com base em série de casos extremamente limitada não demonstraram a presença do vírus na placenta, líquido amniótico, sangue de cordão ou leite materno. Todos os autores que relataram casos de RN que desenvolveram a doença concluem provável aquisição pós-natal (1).

Nos RN de mães com COVID-19 suspeita ou confirmada que necessitem de suporte respiratório na UTI neonatal, manter a rotina da unidade. Não há contraindicação de uso de suporte não invasivo. As medidas abaixo, são recomendadas para neonatos:

- Adequar a necessidade de suporte respiratório, caso a caso, mantendo a tendência atual “do quanto menos é mais, pois resultam em menos complicações e melhores resultados.
- Não há necessidade de alterar os critérios de intubação traqueal e iniciar a ventilação invasiva precoce, mesmo porque a ventilação invasiva não diminui a propagação de aerossóis devido ao vazamento de gás em volta da cânula traqueal. Observação: O uso de cânulas traqueais com cuff com o objetivo de prevenir vazamento de gás durante a ventilação não está indicado no período neonatal (da sala de parto à UTI), mesmo nesse cenário de pandemia de COVID-19.

- De início, optar pelo suporte menos invasivo – cateter nasal, CPAP nasal e ventilação não invasiva e, se necessário, ventilação invasiva convencional e alta frequência.

### Equipamento de Proteção Individual (EPI)

A OMS recomenda às precauções padrão, que incluem higiene das mãos e uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) quando em contato indireto e direto com sangue, fluidos corporais, secreções e pele.

- Uso de máscara de proteção N95 ou equivalente, ao entrar em uma sala onde estejam pacientes com suspeita ou confirmação de infecção por SARS-CoV-2, ou em qualquer situação de atendimento prestado a um caso suspeito ou confirmado.
- Uso de máscara de proteção N95 ou equivalente, quando for necessário executar procedimentos que promovam geração de aerossóis.
- O uso de óculos de proteção ou protetores faciais (que cubram a frente e os lados do rosto).
- Uso de aventais de mangas longas, punho de malha ou elástico e abertura posterior.
- Uso de luvas de procedimento, que deverão ser utilizados durante a assistência destinada a qualquer paciente com suspeita, ou confirmação de infecção pelo SARS-CoV-2.

Os EPIs devem ser de uso exclusivo de cada profissional responsável pela assistência, sendo necessária a higiene correta, ou descarte após o uso.

**Observação:** A OMS recomenda que, sempre que possível, os profissionais que atuarem na assistência direta aos casos suspeitos ou confirmados devem ser organizados para trabalharem somente na área de isolamento, evitando circulação para outras áreas de assistência.



# QUALIDADE E SEGURANÇA: MANEJO DAS VIAS AÉREAS E A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA

## Assistência Fisioterapêutica

### Ambiente Hospitalar

Os fisioterapeutas, principalmente fisioterapeutas respiratórios, estão entre os profissionais de saúde envolvidos na gestão e assistência de pacientes contaminados pelo SARS-CoV-2, e desempenham um papel fundamental no processo não invasivo, através de mudanças posturais e mobilização, bem como durante o acompanhamento e desmame de suporte ventilatório invasivo, e por esse motivo devem seguir as recomendações de segurança para minimizar o seu risco de contaminação.

A fisioterapia pode ser benéfica no tratamento respiratório e na reabilitação física de pacientes com COVID-19. A recomendação de tratamento fisioterapêutico, deverá ser avaliada, caso a caso, e as intervenções aplicadas com base nos indicadores clínicos. Devido ao tratamento médico intensivo de alguns pacientes com COVID-19, incluindo o uso prolongado de ventilação mecânica, sedação e uso de bloqueadores neuromusculares, o risco de desenvolver fraqueza muscular é alto, o que piora a morbimortalidade e torna essencial que seja iniciada a reabilitação precoce, a fim de limitar a gravidade dos sintomas adquiridos e promover a rápida recuperação funcional. O tratamento fisioterapêutico terá um papel fundamental na alta segura destes pacientes.

A OMS, junto com outras sociedades mundiais de cuidados intensivos, desenvolveu diretrizes para o manejo fisioterapêutico de pacientes com COVID-19, que foram publicadas em março de 2020, e endossadas pela Confederação Mundial de Fisioterapia. Devido à recente apresentação do COVID-19, os sinais

clínicos e as orientações podem mudar à medida que se aprende mais sobre esta doença.

## Equipe de Fisioterapia

A OMS recomenda que a governança das instituições hospitalares prepare as suas equipes de fisioterapia para atuarem durante a epidemia de COVID-19 de forma planejada, rápida, segura e eficaz. E sugere as seguintes ações:

- Planejar o aumento da força da equipe de fisioterapia, pois pode se tornar necessário.
- Identificar os colaboradores que possam ser deslocados para as áreas de maior incidência de admissões do COVID-19. Priorizar os que tenham experiência cardiorrespiratória e em cuidados intensivos. Os fisioterapeutas devem ter conhecimentos especializados para que a tomada de decisão seja assertiva.
- Incentivar que toda a equipe assistencial auxilie no rastreamento de pacientes com COVID-19 que necessitem de fisioterapia e forneça apoio às equipes de reabilitação.
- Manter a equipe de fisioterapia treinada e informada sobre os planos, protocolos e fluxos instituídos. A comunicação é crucial para a entrega bem-sucedida e serviços clínicos eficazes. O preparo da equipe deve incluir considerações sobre os requisitos específicos da pandemia, colocação e retirada de EPI, procedimentos de prevenção e controle de infecção entre outros.
- Considerar, sempre que possível, dividir as equipes de plantão, deixando uma equipe exclusiva para o atendimento dos pacientes com COVID-19.

- Criar fluxo de informação para manter as equipes sempre atualizadas sobre as normas e diretrizes para controle de infecção em unidades de saúde, internacionais, nacionais, estaduais e municipais.
- Recomendar que a equipe de fisioterapia identifique a necessidade de aquisição de materiais adicionais para as intervenções fisioterapêuticas, visando reduzir o risco de infecção cruzada (equipamentos para treino respiratório, equipamentos de mobilização, fortalecimento e reabilitação).
- Desenvolver um inventário de materiais e equipamentos de reabilitação e determinar o processo de alocação para impedir a movimentação de equipamentos entre áreas infecciosas e não infecciosos.
- Organizar o ambiente de trabalho e as mudanças de fluxo, a fim de reduzir o risco de contaminação e otimizar a disponibilidade de EPI.

## Reabilitação Segura

A intervenção do fisioterapeuta nas síndromes respiratórias está baseada:

- Prevenção de contaminação, com uso adequado de EPI (Óculos de Proteção, máscara N95 ou equivalente, avental impermeável, luvas de procedimento).
- Uso de oxigenoterapia para manter SpO<sub>2</sub> >94%.
- Ventilação mecânica invasiva nos casos de insuficiência respiratória aguda com aplicação de parâmetros de ventilação protetora.

As diretrizes internacionais recomendam que sejam tomadas precauções durante as intervenções de fisioterapia. Sempre que possível, os fisioterapeutas devem se posicionar a 2 m do paciente e fora da direção provável de dispersão do aerossol ou gotículas.

Muitas intervenções de fisioterapia respiratória podem ser geradoras de aerossóis, em todas as mobilizações ou terapias que possa resultar em tosse e

expectoração de muco, existe o risco de criar uma transmissão aérea do SARS-CoV-2 durante os tratamentos. Os fisioterapeutas devem ponderar o risco versus o benefício dessas intervenções e sempre utilizar as medidas de precauções, e se indicados e considerados essenciais, devem ser realizados:

- Em uma sala com pressão negativa, se disponível, ou em box/quarto individual com a porta fechada.
- Número mínimo de equipe deve estar presente e todos devem usar EPI.
- Evitar a entrada e saída da sala durante o procedimento.
- Durante os exercícios que provocam tosse, deve ser solicitado aos pacientes que cubram a boca com um lenço de papel, ao final do exercício sempre realizar a higienização das mãos.

A ARIR (Associação Italiana de Fisioterapia) emitiu documento, endossado pela OMS, que faz os seguintes alertas sobre a utilização da fisioterapia respiratória como recurso terapêutico para reduzir os riscos dos pacientes e aumentar a segurança dos profissionais envolvidos:

- Deve-se sempre ser considerado o alto risco dos procedimentos não invasivos e constantemente monitorado os sinais vitais, para que se evite a deterioração clínica súbita. Não se deve persistir com tratamentos não invasivos, se o paciente não responder rapidamente ao tratamento.
- Em pacientes com respiração espontânea, as mudanças de posição podem modificar a relação ventilação/perfusão, levando a uma súbita alteração das trocas gasosas. Avaliação cuidadosa e monitoramento clínico dos pacientes é, portanto, extremamente necessário após uma alteração postural.
- Todas as estratégias adotadas devem ser registradas e compartilhadas com a equipe multidisciplinar.

- Deve-se reduzir a realização de manobras desnecessárias, principalmente procedimentos que pode gerar redução da Pressão Positiva Expiratória Final (PEEP) com um aumento subsequente do risco de recrutamento pulmonar e atelectasia.
- A mobilização passiva deve ser considerada para evitar lesões cutâneas e sequelas de imobilização, a equipe assistencial deve sempre considerar a possibilidade de iniciar um programa de mobilização ativa precoce.
- É necessário limitar as técnicas de higiene brônquica a poucos casos, sempre levando em forte consideração o risco de contaminação do meio ambiente e fornecer EPI apropriado para todos os presentes.

Embora as principais recomendações se apliquem à fisioterapia nos cuidados agudos, é necessário um acompanhamento a longo prazo dos pacientes, para que se entenda melhor suas necessidades.

### Clínicas e ambulatórios

Os Conselho Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO) recomendam:

- Abolição, no ambiente terapêutico, de cumprimentos com apertos de mãos, abraços e beijos, esclarecendo de forma pedagógica, o motivo de tal mudança de hábitos e costumes.
- Solicitação para que o acompanhante só se faça presente em casos onde é considerado indispensável, devendo este ser submetido aos mesmos procedimentos de higiene.
- Lavagem rigorosa das mãos com água e sabão, antes e após o atendimento. O álcool em gel pode ser uma forma adicional de higienização, mas não substitui a lavagem das mãos.

- Antes de iniciar uma consulta ou atendimento, instrução do paciente quanto a lavagem das mãos com água e sabão, disponibilizando também álcool em gel.
- Utilização de alertas visuais (placas, pôsteres, etc) na entrada e em locais estratégicos para fornecer instruções aos pacientes e acompanhantes sobre higiene das mãos, etiqueta respiratória e da tosse.
- Organização das consultas ou atendimentos de forma a limitar, na medida do possível, a presença simultânea de várias pessoas, levando em consideração o tamanho das instalações e a ventilação das salas com maior passagem de pessoas, dando preferência aos atendimentos individuais.
- Observação das condições do ambiente, no que diz respeito a circulação do ar, mantendo sempre que possível, janelas e portas abertas.
- Organização da sala de espera, mantendo uma distância mínima de 1 (um) metro entre as cadeiras.
- Fortalecimento do plano de limpeza e saneamento do ambiente, com intervenções realizadas a intervalos de tempo regulares, especialmente antes e após cada atendimento.
- Limpeza de todos os equipamentos e dispositivos (macas, maçanetas, corrimãos, cadeiras, tatames, materiais/recursos terapêuticos, entre outros) com álcool, após o uso.
- Orientação dos pacientes, ou seus acompanhantes, para desmarcar consultas e atendimentos caso estejam com sintomas de resfriado/gripe (tosse, coriza, febre, falta de ar).
- Suspensão e encaminhamento, aos serviços de saúde de referência para o COVID-19, de todos os pacientes com sinais e sintomas respiratórios, tais como, coriza, tosse seca e intensa, cansaço, falta de ar e febre.

- Suspensão dos atendimentos de pacientes que façam parte dos subgrupos populacionais considerados de risco (idade maior que 60 anos; gestantes; imunossuprimidos; pacientes com patologias crônicas, tais como, diabetes, hipertensão, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, neoplasias, doenças respiratórias crônicas, entre outras enquadradas nesse espectro), tomando as medidas para adequado acompanhamento domiciliar se essa suspensão puder contribuir para piora do quadro clínico.
- Suspensão dos atendimentos aos pacientes que retornaram de viagem ao exterior ou áreas com contaminação comunitária, por um período não inferior a 14 dias (quarentena), mesmo que assintomáticos.
- Utilização de máscara protetora (profissional e paciente); luvas descartáveis que devem ser dispensadas em recipiente para lixo contaminado, a cada atendimento; jaleco/avental/capote descartável, que da mesma forma, devem ser descartados a cada atendimento; devendo-se ampliar o uso de equipamentos de proteção individual - EPIs (touca, óculos de proteção, protetores faciais, entre outros) sempre que se julgar necessário e oportuno para manutenção da segurança do profissional e do paciente/cliente/usuário.

Todas as medidas expostas foram baseadas nas evidências disponíveis no momento e poderão ser alteradas diante de novas evidências. Recomenda-se que estratégias adicionais estejam baseadas nas informações epidemiológicas periodicamente divulgadas pelas autoridades federal, estadual ou municipal.

## Referências

1. Recomendações sobre os cuidados respiratórios do recém-nascido com COVID-19 SUSPEITA ou CONFIRMADA - Sociedade Brasileira de Pediatria - 31 de março de 2020.
2. ANVISA – Nota Técnica (CVIMS/ GGTES/ANVISA No 04/2020 atualizada em 21 de março de 2020. <https://www.sbp.com.br/especiais/covid-19/>) e
3. Protocolo de manejo clínico para o novo coronavírus (2019-nCoV), 2020. Ministério da Saúde.
4. Recomendações para Assistência ao Recém-Nascido na sala de parto de mãe com COVID-19 suspeita ou confirmada – Sociedade Brasileira de Pediatria. Atualização – 01 de abril, 2020.
5. Orientações sobre o manuseio do paciente com pneumonia e insuficiência respiratória devido a infecção pelo Coronavírus (SARS-CoV-2) - Versão n.03/2020\* [amib.org.br/fileadmin/user\\_upload/amib/2020/marco/29/Orientacoes\\_sobre\\_o\\_manuseio\\_do\\_paciente\\_com\\_pneumonia\\_e\\_insuficiencia\\_respiratoria\\_devido\\_a\\_infeccao\\_pelo\\_Coronavirus\\_SARS-CoV-2\\_-\\_Versao\\_n.032020.pdf](https://amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/marco/29/Orientacoes_sobre_o_manuseio_do_paciente_com_pneumonia_e_insuficiencia_respiratoria_devido_a_infeccao_pelo_Coronavirus_SARS-CoV-2_-_Versao_n.032020.pdf)
6. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: Interim guidance V 1.2 - [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)
7. COVID-19 em crianças: envolvimento respiratório. Sociedade Brasileira de Pediatria – Abril 2020 [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/22430c-NA\\_-\\_COVID-19\\_em\\_crianças\\_-\\_envolvimento\\_respiratorio.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22430c-NA_-_COVID-19_em_crianças_-_envolvimento_respiratorio.pdf)



8. ATENÇÃO ÀS GESTANTES NO CONTEXTO DA INFECÇÃO SARS-COV-2. NOTA TÉCNICA N°6/2020-COSMU/CGCIVI/DAES/SAPS/MS.  
[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota\\_tecnica\\_COSMU\\_COVID19\\_26mar2020.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_COSMU_COVID19_26mar2020.pdf)
9. Lazzeri M. et al, 2020. RESPIRATORY PHYSIOTHERAPY IN PATIENTS WITH COVID-19 INFECTION IN ACUTE SETTING: A POSITION PAPER OF THE ITALIAN ASSOCIATION OF RESPIRATORY PHYSIOTHERAPISTS (ARIR), *Monaldi Archives for Chest Disease* 2020; 90:1285 doi: 10.4081/monaldi.2020.1285, acessado em 01/04/2020: <https://www.wcpt.org/news/Novel-Coronavirus-2019-nCoV>
10. Matte, D.L. et al, 2020. O FISIOTERAPEUTA E SUA RELAÇÃO COM O NOVO BETACORONAVIRUS 2019 (2019-nCoV) - Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva (ASSOBRAFIR), acessado em 01/04/2020: [https://assobrafir.com.br/wp-content/uploads/2020/01/ASSOBRAFIR\\_BETACORONAVIRUS-2019\\_v.4.pdf](https://assobrafir.com.br/wp-content/uploads/2020/01/ASSOBRAFIR_BETACORONAVIRUS-2019_v.4.pdf)
11. COMUNICAÇÃO OFICIAL, 2020 – Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva ASSOBRAFIR - COVID-19 MANEJO FISIOTERAPÊUTICO DA POPULAÇÃO INFANTIL - ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA COVID-19 NA POPULAÇÃO INFANTIL EM AMBIENTE HOSPITALAR, acessado em 01/04/2020: [https://assobrafir.com.br/wp-content/uploads/2020/03/ASSOBRAFIR\\_COVID-19\\_Pediatria.pdf](https://assobrafir.com.br/wp-content/uploads/2020/03/ASSOBRAFIR_COVID-19_Pediatria.pdf)
12. COMUNICAÇÃO OFICIAL, 2020 – Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva - ASSOBRAFIR COVID-19 INTERVENÇÃO NA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA - INDICAÇÃO E USO DA VENTILAÇÃO NÃO-INVASIVA E DA CÂNULA NASAL DE ALTO FLUXO, E ORIENTAÇÕES SOBRE MANEJO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA NO

TRATAMENTO DA INSUFICÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA NA COVID-19, acessado em 01/04/2020: [https://assobrafir.com.br/wp-content/uploads/2020/03/ASSOBRAFIR\\_COVID-19\\_Pediatria.pdf](https://assobrafir.com.br/wp-content/uploads/2020/03/ASSOBRAFIR_COVID-19_Pediatria.pdf)

13. Nota Técnica Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 1ª Região CREFITO-1, 2020 - RECOMENDAÇÕES DO CREFITO-1 QUANTO À PREVENÇÃO PARA REDUÇÃO DOS RISCOS DE CONTAMINAÇÃO NOS DIVERSOS AMBIENTES TERAPÊUTICOS, acessado em 01/04/2020: <http://www.crefito1.org.br/noticias/6265/recomendacoes-do-crefito-1-quanto-a-prevencao-para-reducao-dos-riscos-de-contaminacao-nos-diversos-ambientes-terapeuticos>
14. Nota Técnica Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 2ª Região CREFITO-2, 2020 - CREFITO-2 ESTÁ NA LUTA CONTRA A COVID-19 (CORONAVÍRUS), acessado em 01/04/2020: <http://www.crefito2.gov.br/clientes/crefito2/fotos//NOTATECNICAATENDIMENTOFISIOTO.pdf>
15. Thomas P, Baldwin C, Bissett B, Boden I, Gosselink R, Granger CL, Hodgson C, Jones AY, Kho ME, Moses R, Ntoumenopoulos G, Parry SM, Patman S, van der Lee L, 2020 - PHYSIOTHERAPY MANAGEMENT FOR COVID-19 IN THE ACUTE HOSPITAL SETTING: CLINICAL PRACTICE RECOMMENDATIONS, *Journal of Physiotherapy*, acessado em 01/04/2020, doi: <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.03.011>.