

# Reabilitação Geriátrica: Uma Proposta de Consulta Externa

## *Geriatric Rehabilitation: A Proposal for Outpatient Consultation*

Rui Carvalho Santos<sup>(1)</sup> | Ana Catarina Matias<sup>(1)</sup> | Fátima Martins Pereira<sup>(1)</sup>

**Palavras-chave:** Assistência Ambulatorial; Envelhecimento; Idoso; Reabilitação; Serviços de Saúde para Idosos.

**Keywords:** Aged; Aging; Ambulatory Care; Health Services for the Aged; Rehabilitation.

O envelhecimento demográfico em Portugal continua a acentuar-se, com um dos mais altos índices da Europa. Segundo dados da PORDATA,<sup>1</sup> em 2018 existiam 2 244 225 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (21,8% da população). No entanto, o número de anos que um indivíduo de 65 anos pode esperar viver em condições de vida saudável é 7,2 anos (uma condição saudável é definida pelos autores como ausência de limitações funcionais/incapacidade). Este valor é bastante inferior à média europeia (9,5 anos). Surge, portanto, a necessidade de procurar respostas para este problema.

A reabilitação geriátrica pode assumir um papel preponderante nas respostas a este problema. A definição mais citada de reabilitação geriátrica pertence ao *Boston Working Group*, e é apresentada como sendo o conjunto de intervenções diagnósticas e terapêuticas cujo objetivo é recuperar a capacidade funcional ou melhorar a capacidade funcional residual em pessoas idosas com deficiência ou incapacidade.<sup>2</sup> Tal como em qualquer outra área da Medicina Física e de Reabilitação, a funcionalidade deve ser avaliada de acordo com o modelo conceitual da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF)<sup>3</sup>: funções e estruturas do corpo, atividades e participação,

fatores ambientais e fatores pessoais. Na reabilitação geriátrica, para além deste modelo, são utilizados o modelo de valorização geriátrica e a identificação de síndromes geriátricas,<sup>4</sup> ou seja, um igual método abrangente de avaliação que inclui aspetos biomédicos: diagnósticos presentes e passados (história clínica tradicional), nutrição e medicamentos; aspetos psicológicos: função cognitiva (funções mentais superiores) e função afetiva (ansiedade, depressão); aspectos sociais: convivência, habitação, apoio social e *status* socioeconómico.

A intervenção seguinte é mediada por um vasto conjunto de respostas que engloba desde programas individualizados a programas especializados, como é exemplo a prevenção de quedas, reabilitação do pavimento pélvico, reabilitação cognitiva ou o condicionamento ao esforço.

Os programas de reabilitação geriátrica têm ganho a atenção política um pouco por todo o mundo, sobretudo por conseguirem atuar em duas esferas: o *ageing in place* e a redução do tempo de internamento hospitalar. *Ageing in place* significa ter saúde e apoio social necessário para viver, com segurança e de forma independente, em casa ou na comunidade à medida que se envelhece.<sup>5</sup>

Assim, os autores apresentam uma proposta de organização de cuidados de saúde: a criação de uma consulta externa de reabilitação geriátrica, dirigida a todos os indivíduos com mais de 65 anos, com limitação da funcionalidade e que podem beneficiar com programa de reabilitação em ambulatório.

(1) Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, Hospital de Braga

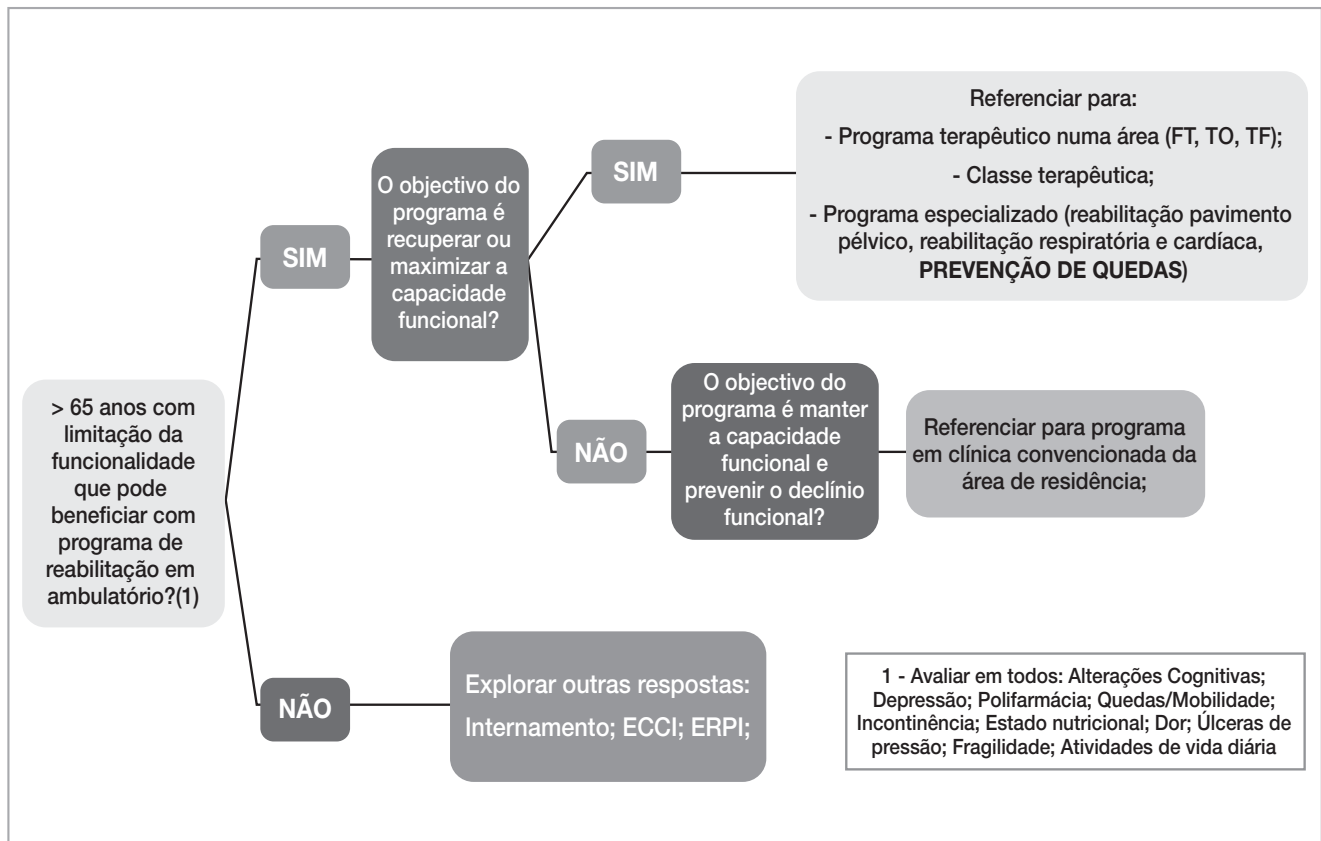
Autor correspondente: Rui Carvalho Santos. email: rui.m.santos@hb.min-saude.pt. Hospital de Braga, Sete Fontes - São Victor, 4710-243 Braga

Data de submissão: novembro 2017

Data de aceitação: dezembro 2019

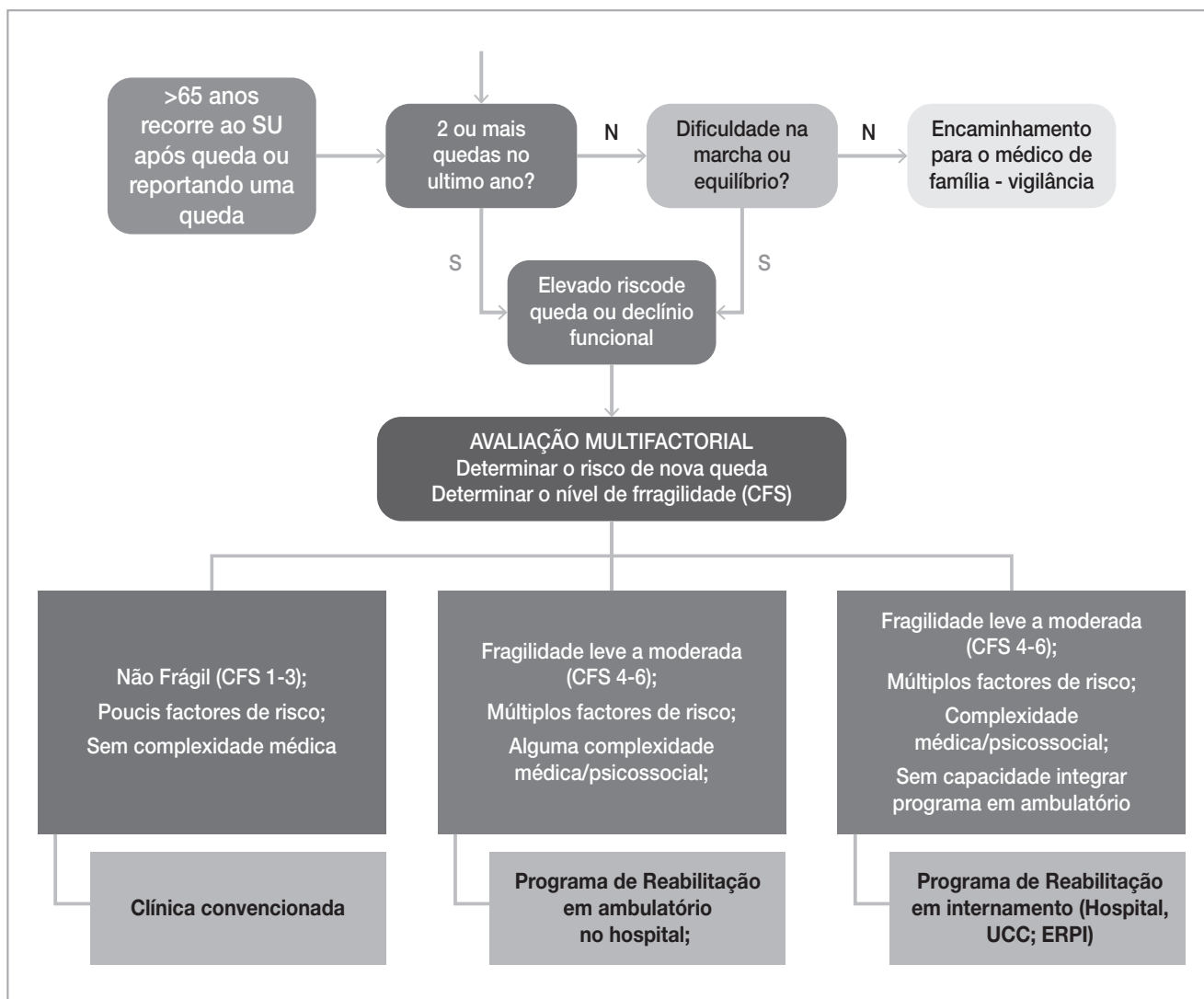
Na Fig. 1, é apresentado o algoritmo de abordagem global dos doentes. A limitação de funcionalidade com necessidade de um programa de reabilitação pode surgir de múltiplas formas: uma doença aguda, doença crónica, doença degenerativa ou trauma. O benefício potencial do programa de reabilitação é determinado pela avaliação clínica, experiência clínica e evidência científica disponível. O grau de ganho possível até um máximo de funcionalidade é dependente do diagnóstico principal, estado pré-mórbido e co-morbilidades (o que implica a revisão dos síndromes geriátricos em todos os doentes). Durante todo este processo o envolvimento do doente e da sua família é imprescindível para estabelecer e alcançar os objetivos de tratamento

Na Fig. 2, é apresentado um algoritmo do programa de reabilitação especializado que mais próximo deve estar de uma consulta de reabilitação geriátrica: programa de prevenção de quedas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define queda como um evento que leva um indivíduo a repousar no chão ou outro nível inferior de forma inadvertida.<sup>6</sup> Idosos que sofrem uma queda são provavelmente idosos com múltiplas comorbilidades e necessidades complexas de cuidados de saúde, encontrando-se numa situação frágil. A fragilidade é definida como um estado de vulnerabilidade a uma pobre recuperação da homeostase após um evento de *stress* e é uma consequência de um declínio cumulativo de muitos sistemas fisiológicos.<sup>7</sup> A *Clinical Frailty Scale* (CFS) é uma



FT: fisioterapia, TO: terapia ocupacional, TF: terapia da fala, ECCI: equipa de cuidados continuados integrados, ERPI: estrutura residencial para idosos

**Figura 1** - Algoritmo de decisão dos cuidados de reabilitação geriátrica em ambulatório



CFS: *clinical frailty scale*, UCC: unidade de cuidados continuados, ERPI: estrutura residencial para idosos

**Figura 2** - Algoritmo de abordagem do programa de prevenção de quedas

medida da fragilidade baseada no julgamento clínico,<sup>8</sup> que tem em consideração a cognição, mobilidade, funcionalidade e co-morbilidades para atribuir um nível de fragilidade de 1 a 9. Este instrumento permite perceber, dentro da heterogénea população geriátrica, os indivíduos mais complexos e em maior risco, de forma a dirigir os diferentes recursos terapêuticos.

A prevenção do declínio funcional e futuras quedas necessita de um programa integrado e uma abordagem bem coordenada. São múltiplos os domínios que devem ser considerados na intervenção destes doentes, nomeadamente remover barreiras no domicílio, rever

medicação (em especial medicação psicoactiva), e desenhar um programa de exercício, individual ou em classe, que inclua treino de equilíbrio, treino de marcha e fortalecimento muscular.<sup>9</sup>

Os autores acreditam que este modelo de consulta externa poderá ser uma resposta com custo-benefício no nosso atual modelo de prestação de cuidados de saúde, por não só conseguir prevenir e reduzir tempos de internamento, mas também por ser um contributo importante para o *ageing in place* no nosso País.

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse. Suporte Financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio o bolsa ou bolsa. Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

*Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare. Financial Support: This work has not received any contribution grant or scholarship. Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.*

## Referências / References

---

1. PORDATA. Indicadores de envelhecimento em Portugal – Estatísticas, gráfico e indicadores de Municípios, Portugal e Europa. [consultado Jun 2019] Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>
2. Boston Working Group on Improving Health Care Outcomes Through Geriatric Rehabilitation. *Med Care*. 1997;35(6 Suppl):JS4-20.
3. Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa: OMS; 2004. [consultado Jun 2019] Disponível em: <https://catalogo.inr.pt/documents/11257/0/CIF+2004/4cdfad93-81d0-42de-b319-5b6b7a806eb2>
4. Guillén F, Pérez J. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Masson; 1994.
5. World Health Organization. Report on the 2nd WHO global forum on innovation for ageing populations. Genève: WHO;2015. [consultado Jun 2019] Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205288>
6. World Health Organization. Global Report on Falls Prevention in Older Age. Genève: WHO; 2007.[consultado Jun 2019] Disponível em: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Global-report-on-falls-prevention-in-older-age.pdf>
7. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013; 381:752–62. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62167-9.
8. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005; 173:489–95.
9. American Geriatrics Society/British Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons. [consultado Jun 2019] Disponível em: [http://www.americangeriatrics.org/health\\_care\\_professionals/clinical\\_practice/clinical\\_guidelines\\_recommendations/2010/](http://www.americangeriatrics.org/health_care_professionals/clinical_practice/clinical_guidelines_recommendations/2010/)