

O Oxímoro da Reabilitação Geriátrica

The Oxymoron of Geriatric Rehabilitation

Rui Carvalho Santos⁽¹⁾

Palavras-chave: Fragilidade; Geriatria; Reabilitação

Keywords: *Frailty; Geriatrics; Rehabilitation*

Caro Editor,

Recentemente li o artigo “Geriatric Rehabilitation Should Not Be an Oxymoron: A Path Forward”.¹ O que primeiro me inquietou nesta *special communication* do *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* foi o nome do seu primeiro autor: Jonathan F. Bean. Professor da Universidade de Harvard, dedica-se à reabilitação geriátrica há mais de 20 anos, e as suas múltiplas publicações têm sido uma inspiração para o desenvolvimento desta área.

Logo de seguida, foi o título provocatório que me cativou a atenção. Oxímoro lembra-me sempre Luís de Camões, que os vai acumulando ao longo do seu soneto dedicado à definição do amor “Amor é fogo que arde sem se ver”, e, foi no verso “É cuidar que se ganha em se perder” que fui transportado para uma conversa com o nosso Professor Doutor Pedro Cantista, em que ele me ensinava a etimologia de “cuidar”. Do latim *cogitare*, ou seja, pensar - a característica que define o Médico. E nunca antes foi tão necessário cuidar no segmento da população que mais está a crescer em todo o mundo – o idoso. Os autores do artigo chamam-nos a atenção que não devemos pensar que se ganha em manter a geriatria e a reabilitação separadas, muito pelo contrário, estamos já a perder. Ambas partilham a mesma prioridade: otimizar a funcionalidade do doente através de uma abordagem multidisciplinar de cuidados, e, devem ser líderes na inovação dos sistemas de saúde, que requer a priorização dos resultados funcionais. Para isso, Bean e os colegas desenharam três etapas interrelacionadas.

A primeira é reconhecer a interligação entre os conceitos de multimorbilidade, funcionalidade e fragilidade. Este último conceito é o mais distante e próximo dos fisiatras (é um conceito da geriatria). Um dos seus modelos concepcionais mais reconhecidos define-o como cinco características interrelacionadas: velocidade lenta da marcha, diminuição da força de prensão, baixa tolerância ao esforço, baixa atividade física, perda de peso não intencional.² Não reconhecer este conceito, e não o utilizar no nosso pensar, não permite abandonar o modelo clássico. Este modelo focado numa única doença e em corrigir os seus fatores de risco frequentemente não se aplica à população geriátrica - a população mais prevalente nos cuidados de reabilitação em ambulatório.

A segunda etapa é utilizar uma linguagem comum. Os geriatras são treinados para meticulosamente identificarem os défices físicos, cognitivos, sensitivos, psiquiátricos e ambientais e prioriza-los de acordo com as preferências do doente. Os Fisiatras aprenderam a trabalhar nos mesmos domínios, e fazem-no de forma organizada sobre o modelo da ICF. Este deve ser o instrumento unificador, e a futura implementação do ICD-11 é a oportunidade para incorporar o seu paradigma.

A terceira etapa é condensar o nosso conhecimento (pensar). São vários os recursos bibliográficos³⁻⁵ que podem de forma rápida ajudar os não geriatras a cuidar de doentes idosos. Contudo, concordo com os autores que a grande oportunidade está na formação médica. Recordando uma oratória de Joel Delissa, é referido que nos EUA (país de origem dos autores) se perdeu a oportunidade de os fisiatras perseguirem a competência de geriatria.

Em Portugal esta oportunidade existe⁶ e devemos pensar em aproveitá-la.

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

© Author(s) (or their employer(s)) 2019. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) 2019. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

Autor correspondente: Rui Carvalho Santos. email: rui.mcsantos@gmail.com. Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, Hospital de Braga, Sete Fontes - São Victor, 4710-243 Braga

Data de submissão: dezembro 2020

Data de aceitação: janeiro 2020

Data de publicação: junho 2020

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. Bean JF, Orkaby AR, Driver JA. Geriatric Rehabilitation Should Not Be an Oxymoron: A Path Forward. *Arch Phys Med Rehabil.* 2019;100:995-1000. doi: 10.1016/j.apmr.2018.12.038.
2. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56:M146-56.
3. Tinetti M, Huang A, Molnar F. The geriatrics 5M's: a new way of communicating what we do. *J Am Geriatr Soc.* 2017;65:2115. doi: 10.1111/jgs.14979.
4. American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2015; 63: 2227-46. doi: 10.1111/jgs.13702.
5. Reuben DB, Herr KA, Pacula JT, Pollock BG, Potter JF, Semla TP. *Geriatrics at your finger tips: 2018.* 20th ed. New York: American Geriatrics Society; 2018.
6. Ordem do Médicos. Portugal: Ordem dos médicos [consultado Dez 2019] Disponível em: <https://ordemdosmedicos.pt/competencia-em-geriatria/>