

JAILENE CHIOVATTO

INTRODUÇÃO

O processo normal, fisiológico, do envelhecimento não pode, *per se*, ser considerado patológico ou incapacitante, porém parcela bastante significativa da população idosa desenvolve disfunções ou incapacidades. Frequentemente, tais disfunções encontram-se associadas não somente a esta perda progressiva dos sintomas orgânicos, mas também às múltiplas condições mórbidas e patológicas que podem estar associadas à terceira idade.

Segundo estatísticas americanas de 1982, os indivíduos com mais de 65 anos apresentam duas vezes mais incapacidade em relação à população geral, quatro vezes mais limitação das atividades, visitam o médico 45% mais frequentemente e apresentam internações hospitalares duas vezes mais amiúde e 50% mais demoradas que os indivíduos com idade menor que 65 anos.

Sem dúvida, atualmente, os processos patológicos crônicos e/ou incapacitantes, particularmente na população geriátrica, constituem-se um grande desafio para as estruturas de saúde, uma vez que estas são muito mais adaptativas tecnologicamente para a solução de quadros agudos.

Muito já se falou sobre a correlação entre idade superior a 65 anos e a maior incidência de processos patológicos crônicos e/ou múltiplos. Embora não esteja comprovada a correlação entre tais processos

patológicos e incapacidade, a prática tem demonstrado que um significativo percentual desta população apresenta algum tipo de queixa ou limitação funcional, quer em atividades diárias, quer em mobilidade, quer em quaisquer outros aspectos funcionais. De fato, em torno de 60% da população adulta portadora de limitação funcional, conseqüente a processos crônicos, tem mais de 65 anos de idade.

Enquanto a freqüência de processos agudos cresce, a prevalência de quadros crônicos e a incapacidade resultante, tanto dos primeiros como dos últimos, aumenta com o avançar dos anos. As três condições mais frequentemente associadas à incapacidade em pessoas com mais de 65 anos são: artropatias, hipertensão arterial sistêmica sistólica e/ou diastólica e cardiopatias, as quais apresentam, respectivamente, prevalência de 47,2%, 41,4% e 30,4%. Estes dados tornam-se ainda mais expressivos quando se sabe que, para o conjunto de todos os grupos etários, essas proporções são, respectivamente, de 2,8%, 12,5% e 8,2%. Deve ser ressaltado também que a presença de múltiplas afecções associadas em uma mesma pessoa aumenta a probabilidade de incapacidade para uma ou mais atividades da vida diária (AVDs) em pessoas idosas de ambos os sexos. Segundo o *National Health Interview Survey*, de 1984, quando apenas uma condição patológica está presente, somente cerca de 5% da população idosa apresenta uma ou mais dificuldades nas AVDs. Este percentual

crece rapidamente à medida que aumenta o número de doenças associadas, atingindo 55% entre homens e 65% entre mulheres.

A plasticidade, reversibilidade ou, melhor, a capacidade de modificação deste processo tem sido largamente comprovada. A literatura mostra, ainda, que o desempenho de um indivíduo, em qualquer atividade, pode ser melhorado independentemente da idade e com relativamente poucos recursos. Assim, por exemplo, é sabido que o exercício físico pode diminuir os níveis de pressão arterial e melhorar o débito cardíaco, bem como retardar, senão reverter, as alterações relacionadas com a idade na função sináptica e na velocidade de condução nervosa.

O clínico deve, portanto, estar atento às alterações fisiológicas do envelhecimento para uma melhor compreensão dos processos patológicos desse paciente. Além de influenciarem de maneira significativa em sua manifestação clínica, podem também interferir nas respostas ao tratamento e no aparecimento de complicações ou até de seqüelas. Da mesma forma, tal percepção, de um lado, permite a melhor avaliação das perdas funcionais, que por vezes se instalam em consequência dessas afecções, e, de outro, a formulação de propostas de reabilitação, seja com fins preventivos ou terapêuticos.

DEFINIÇÃO E OBJETIVOS DA REABILITAÇÃO

Reabilitação pode ser definida como o processo para o desenvolvimento da máxima capacidade física, psíquica, social, vocacional ou educacional de um indivíduo, considerando suas limitações de qualquer ordem, sejam elas fisiológicas, anatômicas, ambientais etc.

Visando desde a preservação da função ao adiamento da instalação de incapacidades através de medidas preventivas, a reabilitação tem ainda como objetivo diminuir o comprometimento imposto por incapacidade ou disfunção, promovendo um modo de vida mais saudável, e adaptando o indivíduo de forma a propiciar uma melhor qualidade de vida.

Muito embora os recursos reabilitacionais venham recebendo cada vez mais atenção por parte das estruturas de saúde, ainda não são adequadamente compreendidos ou utilizados na prática gerontológica. Tais recursos compreendem desde hospitais gerais, hospitais de retaguarda, até atendimento ambulatorial em serviços de ambulatórios especializados ou em serviços generalistas, dando apoio ao atendimento clínico. Como resultado desta condição, os especia-

listas em reabilitação permanecem restritos aos cuidados de pacientes portadores de grandes incapacidades. Raramente outras circunstâncias, tais como as causadas por disfunções crônicas, são encaminhadas a tais recursos.

No Brasil, a exemplo do que acontece em vários países, o médico reabilitador trabalha, desde há muito, como consultor ou como retaguarda nas estruturas de atenção à saúde do paciente idoso. Como consultor, a atuação do médico de reabilitação ocorre predominantemente fornecendo ao clínico subsídios complementares ao tratamento de seu paciente. Como retaguarda, o fisiatra trabalha dando atendimento ao idoso portador de incapacidade, com aporte reabilitacional, trabalhando conjuntamente com a equipe interdisciplinar.

No entanto, sua atuação dentro de centros especializados de reabilitação geriátrica inexistente em nosso país. Mesmo em hospitais-dia geriátricos, que já utilizam o trabalho em equipe interdisciplinar, a figura do fisiatra ainda é pouco encontrada.

Nas estruturas de reabilitação, como nos centros de reabilitação ou serviços especializados, trabalha-se, predominantemente, na atenção à saúde do indivíduo portador de deficiência. Desta forma, somente o idoso portador de deficiência física e o indivíduo que envelhece tinham acesso a tais serviços.

PRINCÍPIOS PECULIARES À REABILITAÇÃO

Nos últimos anos, a medicina de reabilitação vem tentando introduzir uma "atitude reabilitacional" nas estruturas de saúde do idoso. Esta consiste em alguns princípios peculiares e que compõem um processo interativo de saúde, na qual:

- valorizam-se ganhos funcionais tanto quanto a perspectiva de melhora clínica ou de eliminação da doença;
- adotam-se procedimentos terapêuticos considerando a identidade biopsicossocial do paciente, objetivando seu máximo grau de independência e liberdade de escolha em seu estilo de vida;
- elaboram-se diagnósticos funcionais que objetivam sempre a reintegração na comunidade;
- trabalha-se em equipe interdisciplinar de forma a ampliar recursos terapêuticos e adaptá-los, caso necessário;

- estabelecem-se objetivos funcionais amplos e individualizados, procurando habilitar o indivíduo em suas atividades e, caso não seja possível, adequar tais atividades às possibilidades funcionais deste.

A partir destas premissas, a aplicação do processo de reabilitação esbarra em alguns estereótipos que podem dificultar tais procedimentos. O principal deles, nos parece, é a identificação dos gerontes portadores de incapacidades como um grupo homogêneo e claramente delineado. Torna-se necessário, portanto, a consideração de alguns aspectos essenciais, como:

- a definição de indivíduo idoso é extremamente variável em relação à época e à cultura de uma população;
- os indivíduos considerados idosos apresentam muito mais diferenças entre si do que semelhanças.

AVALIAÇÃO PARA FINS DE REABILITAÇÃO

A avaliação para fins de reabilitação deve ser, portanto, a mais ampla possível, de modo a incluir não só os aspectos relativos ao estabelecimento de um diagnóstico clínico, mas, acima de tudo, a pesquisa dos vários diagnósticos pertinentes a esse indivíduo e como estes interferem ou afetam todos os aspectos de sua vida. Dentro de uma visão holística do idoso, procura-se abordar os aspectos sociais e psicológicos, que serão analisados mais adiante.

De uma maneira didática, pode-se dizer que a observação médica em reabilitação busca estabelecer quatro diagnósticos essenciais: clínico, funcional, psicológico e social do indivíduo.

Avaliação Clínica

Na avaliação clínica, o médico examinador preocupa-se com outros diagnósticos clínicos, além dos habitualmente pesquisados, que possam, de alguma forma, influenciar ou determinar alterações em aspectos funcionais.

Estado Geral do Paciente

Quando o médico faz sua avaliação, procura verificar aspectos posturais, cognitivos, do estado de ânimo, como fatores que podem interferir no estado geral do paciente.

Na avaliação de pele e anexos, procura-se detectar a presença de escaras, *rushes* cutâneos, outras soluções de continuidade da pele, hiperqueratose dolorosa, calosidade ou outros processos patológicos que interferem em funções essenciais, como, por exemplo, o uso de um calçado, apoio estático ou dinâmico durante a marcha etc.

Sistema Sensorial

Devem ser avaliados: acuidade visual, uso compensatório de aferência visual, *déficit* auditivo, disfagia, presença de prótese auditiva ou dentária.

Sistema Respiratório

São fundamentais o estabelecimento do padrão ventilatório, desde a expansibilidade à elasticidade torácica, a análise da coordenação entre inspiração e expiração, e a presença de alterações como dispnéia, tosse, sinais de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e suas repercussões. Para efeito de uma análise mais correta deve ser lembrado que o idoso apresenta com frequência acentuação da cifose no nível da coluna torácica e aumento do diâmetro ântero-posterior do tórax, sinais que, entretanto, não indicam, obrigatoriamente, ser o geronte portador de DPOC.

Sistema Cardiovascular

Devem ser observados os sinais e sintomas de insuficiência vascular arterial e/ou venosa, além da eventual presença de aneurisma da aorta abdominal por meio da palpação do abdômen. Devem ser pesquisados sinais de doença cardíaca ou de disfunções, como, por exemplo arritmias cardíacas. Há necessidade, também, de apurar causas de precordialgias, dispnéia etc., quando estes sintomas estiverem presentes.

Para se fazer uma análise rigorosa dos achados, é preciso ter em mente que em pessoas idosas os sinais cardíacos são habitualmente menos evidentes que os encontrados em indivíduos mais jovens. Assim, podem estar presentes diminuição da intensidade do choque da ponta, hipofonese de bulha e quarta bulha — esta por diminuição da complacência miocárdica —, sem que estes achados tenham necessariamente significado patológico. O mesmo raciocínio se aplica ao estalido protossistólico, que é resultado da dilatação e da perda da elasticidade da aorta, e o sopro sistólico, presente em 60% dos idosos. É óbvio que,

perante estes sinais, o médico deverá utilizar todos os meios disponíveis para apurar a causa.

Sistema Digestório

Inicia-se pela avaliação do abdômen, que considera, além das informações obtidas pela propedêutica clássica — inspeção, palpação, percussão e ausculta —, aspectos como volume do abdômen, presença de hemiações, de hepato e/ou esplenomegalia, de massas tumorais, ostomias etc. Além disso, interroga-se sobre a existência de obstipação, disfunção gástrica ou intestinal, ou de lesões anorretais.

Sistema Geniturinário

A investigação compreende desde aspectos anatômicos até alterações patológicas, como presença de prolapsos ou insuficiências musculares em pacientes do sexo feminino. Em doentes do sexo masculino, deve constar na ficha clínica o exame da próstata por meio do toque retal, com o intuito de detectar eventual aumento de volume e consistência ou a existência de nódulos digestivos de neoplasia de órgão.

Exame Neurológico

Trata-se de um exame predominantemente neuropsicomotor, através do qual são avaliadas questões específicas, quais sejam, praxias, esquema corporal, posicionamento do corpo no espaço, aspectos de propriocepção, coordenação, equilíbrio, *déficits*; motores e sua distribuição.

Exame Osteomioarticular

Estima-se que 30% a 40% dos pacientes idosos procuram atendimento médico devido a sistemas osteomioarticulares. Por esse motivo, processos mórbidos caracterizados por dor, fenômenos inflamatórios e impotência funcional das articulações devem ser pesquisados. Deve ser avaliado, também, o sistema muscular quanto à presença de fraqueza, contraturas e atrofia musculares. A coluna deve ser observada quanto à possibilidade de desvios, acentuação da cifose torácica, redução da lordose lombossacra e escoliose. A coluna cervical merece atenção especial, uma vez que processos nela localizados podem originar dor não só nessa região como também na occipital, e sensações parestésicas em membros superiores.

Avaliação dos Aspectos Funcionais

Quanto aos aspectos funcionais, avaliam-se fundamentalmente a locomoção, a amplitude, a força e a qualidade dos movimentos, além dos distúrbios da marcha.

Locomoção

Locomoção pode ser definida como a atividade funcional utilizada pelo indivíduo para mobilidade e deslocamento no espaço. Tal habilidade pode ser conseguida não somente pela marcha ou deambulação, com ou sem meios auxiliares, mas com cadeira de rodas ou outras adaptações, motivo pelo qual constitui capítulo à parte numa análise funcional.

Amplitude de Movimento

A amplitude de movimento é medida através da goniometria — procedimento avaliativo dos ângulos de movimento articular nos vários planos. Tal parâmetro fornece importante subsídio, pois avalia, em última instância, o modo pelo qual os diversos segmentos do corpo do paciente são capazes de tolerar movimentação ativa ou passiva.

Força e Qualidade dos Movimentos

Para avaliação da força e qualidade dos movimentos são realizadas provas de força de um movimento através dos testes musculares manuais. Já a qualidade destes movimentos será primeiramente observada por meio de uma verificação clínica simples e, a seguir, testada com provas de coordenação.

Marcha

A fim de analisar um padrão de marcha, diagnosticar eventuais distúrbios e compreender as eventuais intervenções terapêuticas — órteses, meios auxiliares, calçados adaptados etc. —, é essencial compreender a biomecânica e a fisiologia da marcha. Os mais importantes aspectos a serem avaliados de forma sintética são os pontos do ciclo da marcha, as fases dos ciclos da marcha, os determinantes da marcha, a atividade muscular e o gasto energético envolvidos, entre outros aspectos biomecânicos.

Outras Avaliações Funcionais

Pesquisa-se, ainda, o desempenho em atividades da vida diária (AVDs). Esta análise caracteriza-se por

sua especificidade e individualização, motivo pelo qual é feita não só através da investigação, mas também com o recurso de simulação de tais atividades.

Na avaliação de funções orovegetativas detecta-se a presença ou necessidade do uso de próteses e sua repercussão na deglutição, na mastigação, na coordenação de ambas etc.

A função da alimentação é avaliada não só do ponto de vista da realização, mas também dos gêneros de nutrientes que são consumidos na dieta, sua distribuição pelo dia e suas conseqüências em ganho e perda ponderal. O leitor interessado sobre os aspectos nutricionais do idoso, necessidades em nutrientes, condutas dietéticas etc. poderá se reportar aos Capítulos 34 a 37, que versam sobre o assunto neste livro.

As eliminações são investigadas, desde o modo de sua realização até aspectos relativos ao hábito e à presença ou não de incontinência ou retenção.

É importante incluir, também, a história da função sexual na avaliação, dada a incidência significativa de disfunção em pessoas idosas, objetivando correlacioná-la com aspectos tanto clínicos quanto funcionais.

Ainda dentro da avaliação funcional, é essencial a investigação sobre a função do sono, tanto em relação às suas características próprias — duração, qualidade, ritmo —, quanto à sua influência sobre o desempenho global do paciente. O leitor poderá encontrar detalhes sobre esta função, no Capítulo 28.

Avaliação Psicossocial

Em complemento à investigação funcional, é de fundamental importância o estabelecimento de diagnósticos psicossociais que incluam questões de avaliação específica, mas também uma abordagem mais global, na qual sejam esclarecidas questões relativas ao lazer, ao relacionamento familiar, às atividades comunitárias, entre outras. O diagnóstico psicossocial serve a duas finalidades básicas: na primeira contribui para um diagnóstico global da equipe, que se torna a base para os objetivos reabilitacionais e o tratamento; em segundo lugar, determina problemas psicológicos e/ou sociais passíveis de intervenção terapêutica destas áreas, ou seja, terapia psicológica e terapia de assistência social.

É importante lembrar que um dos valores da nossa sociedade é que os indivíduos devam ser capazes

de levar uma vida significativa e que o bem-estar de uma sociedade está diretamente ligado ao bem-estar de seus membros individualmente. Em conformidade com a atual abrangência da assistência médica e de reabilitação, é de fundamental importância ver o paciente em termos de seu funcionamento social passado e presente, ou seja, considerar seus aspectos físicos, mas também seus sentimentos a respeito deles e a respeito de si próprio e seu relacionamento com as outras pessoas, bem como o meio no qual vive e funciona.

Tendo estabelecido tais diagnósticos — e, para tanto, quando necessário, utilizando a observação dos outros componentes da equipe interdisciplinar de maneira dinâmica —, o médico reabilitador pode, juntamente com os outros profissionais da equipe, elaborar as propostas terapêuticas cabíveis, a partir de objetivos reabilitacionais previamente definidos.

Tais objetivos deverão, então, ser levados a termo através da eleição de recursos de reabilitação os mais adequados e da maneira mais completa possível.

TERAPÊUTICA

Para a correta indicação terapêutica e sua condução é indispensável ao médico de reabilitação o conhecimento mais profundo dos diversos recursos de que dispõe, de forma a não subutilizá-los, ou superestimá-los, como freqüentemente ocorre. Além disso, é muito importante que se mostre aberto à discussão e ao intercâmbio com os outros profissionais com quem trabalha. Deve também ter a mesma postura quanto à eleição do arsenal terapêutico disponível, de forma a não limitar, mas, ao contrário, ampliar as possibilidades para o tratamento do doente.

O médico de reabilitação torna-se, assim, não somente um encaminhador, mas o promotor da estratégia terapêutica do paciente. Para tanto utilizará de todos os procedimentos que conhece, sejam eles medicamentosos, ortésicos, fisioterápicos, de terapia ocupacional, nutricionais, recreacionais, psicossociais, educacionais, fonoaudiológicos ou outros que se façam necessários.

A terapêutica em geriatria é, sem dúvida, um dos capítulos mais complexos e fundamentais; por esse motivo deve, obrigatoriamente, ser entendida em um sentido mais amplo.

Terapêutica Medicamentosa

O tratamento medicamentoso deve ser sempre encarado como somente uma parte da terapêutica, podendo, desta forma, funcionar como adjuvante. Além disso, pelo fato de poder originar efeitos colaterais evidentemente indesejáveis e que podem determinar o aparecimento de distúrbios clínicos ou funcionais secundários, particularmente na população idosa devido à sua "polifarmacoterapia", deve ser recomendado sempre de maneira cautelosa. A utilização, portanto, desta modalidade terapêutica deve ser sempre cuidadosa e vinculada, de maneira dinâmica, aos outros recursos a serem empregados.

Fisioterapia

Esta modalidade terapêutica apresenta diversas indicações, posto que múltiplas são as técnicas passíveis de utilização, tais como o emprego de meios físicos, terapia por exercícios, terapia proprioceptiva, de estimulação global etc., motivo pelo qual é largamente utilizada, juntamente com outros recursos.

TERAPIA OCUPACIONAL

O terapeuta ocupacional também se utiliza de múltiplas técnicas de tratamento, podendo atuar em duas instâncias, dependendo da necessidade de cada indivíduo: na área terapêutica e na área ocupacional propriamente dita. Na área terapêutica, com objetivos funcionais específicos, como treino de AVDs e AVPs, estudo de adaptações, treino de estimulação proprioceptiva etc. Além disso, a terapia ocupacional pode ser utilizada para treino de aspectos vocacionais e laborativos.

TERAPIA NUTRICIONAL

O profissional de nutrição pode participar ativamente do processo de reabilitação elaborando programas de dietoterapia, adjuvantes ao tratamento medicamentoso nos distúrbios metabólicos e dietéticos de modo geral. Conjuntamente com o fonoaudiólogo, elabora dietas específicas que facilitem a reabilitação de disfunções orovegetativas. Participa, ainda, dos programas de educação em nutrição, transmitindo conhecimentos sobre hábitos alimentares mais saudáveis e/ou corrigindo maus hábitos que interferem na saúde geral do indivíduo.

TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA

A terapia fonoaudiológica trabalha os aspectos das funções da linguagem, comunicação, alimentação, funções dos órgãos fonoarticulatórios, funções orovegetativas, entre outras.

RECURSOS ORTÉSICOS

São utilizados, quando necessários, órteses, palmilhas, calçados, adaptações, meios auxiliares de marcha, próteses etc., no sentido de implementar funções, promover analgesia, auxiliar a terapia física, seja ela fisioterápica, de terapia ocupacional etc.

OUTROS RECURSOS

Além das medidas referidas anteriormente, podem ser utilizados outros recursos educacionais, recreacionais e de lazer de um modo geral, psicossociais, de enfermagem ou quaisquer outros que se façam necessários, que venham somar na proposta terapêutica elaborada pelo médico de reabilitação e pela equipe interprofissional participante, do processo de recuperação da saúde do paciente.

Além da indicação e do encaminhamento a tais procedimentos, é função do médico a coordenação de toda a equipe, de forma interativa e dinâmica com esta, revendo diagnósticos, objetivos e estratégias a cada estágio na evolução do paciente que está se submetendo à terapêutica de reabilitação.

Tal estrutura de reabilitação pode ser adaptada a qualquer instituição ou serviço dentro da atenção à saúde do idoso. Com isto se quer afirmar que é possível instaurar tal processo, desde que haja vontade política para tanto, desde uma estrutura em hospital geral, com paciente institucionalizado, num hospital dia geriátrico, num serviço ambulatorial ou mesmo em equipes volantes ou em grupos de cuidadores.

PROCESSOS DE REABILITAÇÃO EM IDOSOS

Aproveitando uma vasta experiência no atendimento de pacientes incapacitados de várias faixas etárias em sistema de centro de reabilitação global, com atendimento em equipe interdisciplinar, foi criado em 1988 o "Projeto Idoso".

Trata-se de um programa de reabilitação para pacientes idosos em centros de reabilitação com estru-

tura de hospital dia geriátrico, com abordagem em equipe multi-interdisciplinar. Este programa, pioneiro no país, presta atendimento a indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem incapacidade instalada, com ou sem queixas clínicas.

O objetivo fundamental de tal projeto é o de emprestar à estrutura de atendimento à saúde do idoso uma "atividade reabilitacional", na qual se pode atuar em várias instâncias.

Visando desde a preservação da função ao adiamento da instalação da incapacidade através de medidas preventivas, este programa tem ainda como objetivo diminuir o comprometimento imposto por incapacidade ou disfunção, promovendo um modo de vida mais saudável e adaptando o indivíduo, de forma a propiciar uma melhor qualidade de vida.

Encaminhados a partir de serviços de geriatria clínica ou da comunidade, estes indivíduos foram submetidos a protocolos de avaliação. Estabelecidos os diagnósticos médicos — clínicos, funcionais etc. —, o paciente era encaminhado a todos os procedimentos terapêuticos necessários disponíveis, acompanhando e discutindo seu quadro clínico amiúde pelos profissionais diretamente envolvidos em seu processo de reabilitação.

Os resultados desta experiência, com assistência ampla, objetivos alcançados e com muitos de nossos pacientes tornando-se até vetores de informações em suas comunidades ou mesmo assumindo atividades laborativas, nos fazem acreditar que tal programa constitui a opção ideal de terapêutica na terceira idade. Através do "Projeto Idoso" é possível promover uma otimização dos recursos e permitir a real reabilitação destes indivíduos.

Do processo de reabilitação faz parte, ainda, a determinação de um prognóstico. Frequentemente de difícil definição, tal procedimento permite uma perspectiva mais realista na fixação de objetivos e na elaboração da terapêutica.

Neste raciocínio é importante detectar qual o nível funcional que o paciente poderá alcançar em determinada atividade. De maneira prática, os níveis funcionais podem ser divididos em: independência, independência com auxílio (de adaptações, por exemplo), semi-independência e dependência.

Dessa forma, cada uma das suas atividades, tais como: locomoção, desempenho em AVDs e AVPs, aspectos da comunicação e linguagem, vida laborativa etc., deve ser avaliada para o estabelecimento de

um prognóstico. Este pode ser caracterizado não somente por ser uma linha condutora para as atividades de reabilitação, mas também, principalmente, por seu caráter dinâmico e variável, de acordo com a evolução e com as aquisições funcionais do paciente.

É importante salientar que reabilitação é, essencialmente, um processo de aprendizado. Nele o indivíduo aprende ou reaprende a desempenhar esta ou aquela função e através de que meios isto será possível.

Para o profissional de reabilitação, alguns postulados devem ser seguidos, particularmente quando se trata de reabilitação geriátrica. Assim, é importante ter sempre presente:

- quais as perspectivas do indivíduo e de seus familiares;
- quais as possibilidades reabilitacionais desse indivíduo, através de diagnóstico e de um prognóstico;
- quais problemas devem ser resolvidos ou contornados para que se alcance tais objetivos;
- quais recursos terapêuticos devem ser utilizados para tal, e de que forma.

Assim sendo, pode-se concluir que o paciente geriátrico, graças a suas peculiaridades biológicas — fisiológicas, patológicas ou ambas —, psicológicas e sociais, pela característica de cronicidade que envolve esses aspectos, deve ser considerado à parte dentro das estruturas de atenção à saúde.

Desta forma, considerando e respeitando os aspectos individuais de avaliação e tratamento das disfunções e incapacidades que acometem a população da terceira idade, impõe-se aos profissionais que trabalham com ela uma visão mais ampla em sua atuação.

Atendendo a essas peculiaridades, os objetivos da reabilitação geriátrica podem variar desde a prevenção ou adequação de uma disfunção que comprometa o desempenho do indivíduo até objetivos terapêuticos propriamente ditos. Dentre estes, pode-se destacar a melhora nas condições fisiológicas de órgãos ou sistemas não comprometidos pela doença de base e, também, a melhora da capacidade funcional dos sistemas acometidos, quer por incremento da função em si, quer pelo uso de sistemas adaptativos para tal função.

Além disso, talvez mais que em qualquer outra população, o indivíduo idoso pode ser visto contextualmente desvinculado dos aspectos familiares, sociais, comunitários e ambientais que o cercam. Sem esta con-

sideração torna-se impossível a instauração de quaisquer procedimentos de reabilitação em bases reais.

Também são fundamentais os aspectos psicológicos ligados a esse paciente e que podem, por vezes, dificultar seu processo de reabilitação, sendo, em algumas circunstâncias, os principais determinantes da disfunção ou incapacidade. Uma dimensão mais realista destas questões e o uso de técnicas terapêuticas específicas à área de psicologia, de maneira interativa com o restante da equipe, são essenciais para que se alcancem os objetivos da reabilitação.

Os recursos e a abordagem da medicina de reabilitação, sempre em íntima conexão com os profissionais da equipe multi-interdisciplinar, associados aos procedimentos da clínica geriátrica, são a maneira mais eficaz na promoção da saúde da população idosa.

Concluindo, a atenção à saúde, particularmente na pessoa idosa, deve significar não a ausência de doença, mas sim o exercício da independência, da autogerência, da liberdade de escolha de seu estilo de vida. Desta forma, todos os procedimentos adotados devem priorizar a identidade biopsicossocial do indivíduo, devem ser direcionados à sua reintegração na comunidade e, acima de tudo, objetivar qualidade de vida.

BIBLIOGRAFIA

1. Andrews K, Brocklehurst JC. A profile of geriatric rehabilitation units. *J. Royal Coll. Physicians of London*; 1985; 19:240.
2. Bozarth JD. The rehabilitation process and older people. *J Rehab*; 1991; 4: 28.
3. Carabellese C, Appolonio I. Sensory impairment and quality of life in a community elderly population. *J Am Geriatric Soc*; 1993; 41:401.
4. Chiovatto J, Sampaio IC, Saito M. Geriatric rehabilitation — Our five years experience. *IRMA VII Abstrat Book*; 1994, 14.
5. Chiovatto J, Trombetta IC. Balance and coordination in the elderly: evaluation of an assessment protocol and a physical activity program. *IRMA VII Abstrat Book*; 1994, 14.
6. Churchill LR. Should we ration health care by age? *J Am Geriatr Soc*; 1998; 36: 644.
7. Clark GR, Murray PK. Rehabilitation of the geriatric patient. In: Lisa JA. *Rehabilitation medicine principles and practice*. Filadélfia: J. B. Lippincott; 1988.
8. Cohen H, Rubin AM, Gonbash L. The team approach to treatment of the dizzy patient. *Arch Physical Med Rehab*; 1992; 73: 703.
9. Dean DZ, Geiringer R. Physiatric therapeutics. The rehabilitation team/behavioral management. *Arch Physical Med Rehab*; 1990; 75:275.
10. Ende J, Rockwell L, Glasgow M. The sexual history in general medicine practice. *Arch Int Med*; 1984; 144: 558.
11. Forb B. Rehabilitation of the elderly. *Medical J Austrália*; 1981 1:392.
12. Gal PLM, Chiovatto J, Trombetta IC. Avaliação e treinamento de coordenação e equilíbrio da população idosa em condicionamento físico. *Med Rehab*; 1990; 25: 16.
13. Geiringer R, Delateur BJ. Physiatric therapeutics. The physiatric evaluation. *Arch Physical Med Rehab*; 1990; 71: 258.
14. Hall RGP Channung DM. Age, pattern consultation, and functional disability in elderly patients in one general practice. *Brit Med J*; 1990; 301: 424.
15. Hamdorf PA, Withers RT, Penhall RK et al. Physical training effects on the fitness and habitual activity patterns of elderly women. *Arch Physical Med Rehab*; 1992; 73: 603.
16. Harris R. Aging and rehabilitation. In: Rodriguez JP. *Geriatrics*. Madri: Editores Médicos; 1990.
17. Hart D, Bowling A, Ellis M et al. Locomotor disability in very elderly people: value of a program for screening and provision of aids for daily living. *Brit J Med*; 1990; 301: 216.
18. Kemper P, Murtough CM. Lifetime use of nursing home care. *New Engl J Med*; 1991; 324 (8): 595.
19. Levkoff E, Cleary PD, Wetle T et al. Illness behavior in the aged: implications for clinicians. *J Am Geriatr Soc*; 1988; 36 (7): 622.
20. Liem PH, Chernoff R. Geriatric rehabilitation unit: a 3 years outcome evaluation. *J Gerontol*; 1986; 41 (1):44.
21. Light KE. Information processing for motor performance in ageing adults. *Physical Therapy*; 1990; 70 (12): 820.
22. Pincus T, Summey JA. Assessment of Patient satisfaction in activities of daily living using a modified Stanford health assessment questionnaire. *Arthritis and Rheumatism*; 1983; 26 (11): 1346.
23. Rehabilitation Brief. Bringing research into effective focus: the rehabilitation research and training centers on aging and disability; 1990; vol. 13, nº1.
24. Steinberg FU, Dean BZ. Physiatric therapeutics. The geriatric rehabilitation. *Arch Physical Med Rehab*; 1990; 71:278.
25. Stewart CPU. A prediction score for geriatric rehabilitation prospects. *Rheumatology and Rehabilitation*; 1980; 19(4):239.
26. Strax TE, Lederbur J. Rehabilitation the geriatric patient: potencial and limitation *Geriatric Advisor*; 1979; 9:99.

TRATADO DE GERONTOLOGIA
 MATHEUS Papaleo Netto
 2ª edição
 Atheneu