

SMMR

Série Manual do Médico-Residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Coordenadores da Série

Jose Otavio Costa Auler Junior

Luis Yu

Medicina Física e Reabilitação

Editores do Volume

José Artur Mello Coelho

Karen Fraga Moreira Guerrini

Linamara Rizzo Battistella

HC FMUSP

MEDICINA USP

HC FMUSP

EEP Escola de Educação Permanente

INSTITUTO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO HCFMUSP

Atheneu

SÉRIE MANUAL DO MÉDICO-RESIDENTE

MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

HC FMUSP · MEDICINA USP · HC FMUSP · EEP Escola de Educação Permanente · INSTITUTO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO HCFMUSP · Atheneu

SÉRIE MANUAL DO MÉDICO-RESIDENTE

Coordenadores da Série
Jose Otavio Costa Auler Junior
Luis Yu

- *Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa*
- *Anestesiologia*
- *Cardiologia*
- *Cirurgia da Mão*
- *Cirurgia de Cabeça e Pescoço*
- *Cirurgia Geral*
- *Cirurgia Plástica*
- *Cirurgia Torácica*
- *Cuidados Paliativos*
- *Dermatologia*
- *Endocrinologia e Metabologia*
- *Endoscopia*
- *Genética Médica*
- *Geriatria*
- *Imunologia Clínica e Alergia*
- *Infectologia*
- *Mastologia*
- *Medicina de Família e Comunidade*
- *Medicina do Trabalho*
- *Medicina Esportiva*
- *Medicina Física e Reabilitação*
- *Nefrologia*
- *Neurologia*
- *Neurologia Infantil*
- *Oftalmologia*
- *Ortopedia e Traumatologia*
- *Otorrinolaringologia*
- *Pediatria*
- *Pneumologia*
- *Radiologia e Diagnóstico por Imagem*
- *Reumatologia*
- *Urologia*



SMMR

Série Manual do Médico-Residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Coordenadores da Série

JOSE OTAVIO COSTA AULER JUNIOR

LUIS YU

VOLUME

MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

Editores do Volume

JOSÉ ARTUR MELLO COELHO

KAREN FRAGA MOREIRA GUERRINI

LINAMARA RIZZO BATTISTELLA

HC FMUSP | MEDICINA USP | HC FMUSP | EEP Escola de Educação Permanente | INSTITUTO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO HCFMUSP Profª Lucy Monzano | Atheneu

EDITORA ATHENEU

São Paulo	—	*Rua Maria Paula, 123 – 18º andar* *Tels.: (11) 2858-8750* *E-mail: atheneu@atheneu.com.br*
Rio de Janeiro	—	*Rua Bambina, 74* *Tel.: (21) 3094-1295* *E-mail: atheneu@atheneu.com.br*

CAPA: Paulo Verardo
PRODUÇÃO EDITORIAL: RDL Produção Editorial

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

M442

Medicina física e reabilitação / editores José Artur Mello Coelho, Karen Fraga Moreira Guerrini, Linamara Rizzo Battistella ; coordenação Jose Otavio Costa Auler Junior, Luis Yu. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Atheneu, 2023.
: il. ; 24 cm. (Manual do médico-residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina do Estado de São Paulo)

Inclui bibliografia e índice
ISBN 978-65-5586-686-5

1. Medicina física. 2. Reabilitação. I. Coelho, José Artur Mello. II. Guerrini, Karen Fraga Moreira. III. Battistella, Linamara Rizzo. IV. Auler Junior, Jose Otavio Costa. V. Yu, Luis. VI. Série.

23-84886 CDD: 615.82
CDU: 615.8

Gabriela Faray Ferreira Lopes - Bibliotecária - CRB-7/6643

30/06/2023 06/07/2023

Coelho JAM, Guerrini KFM, Battistella LR
Série Manual do Médico-Residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Volume Medicina Física e Reabilitação

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU – Rio de Janeiro, São Paulo, 2023.

Parte 1

Introdução à Fisiatria

Capítulo 1

História e conceitos básicos em Fisiatria

José Artur Mello Coelho

O médico precisa considerar mais do que um órgão doente, mais do que a pessoa em sua totalidade; deve observar os pacientes em seu mundo.
Harvey Cushing

Introdução

Neste capítulo navegaremos de forma sucinta pela história e alguns conceitos básicos na área de Medicina Física e Reabilitação, respeitando a fluidez cronológica do ensino do residente em fase inicial de aprendizado e tendo, por consequência, melhor absorção do conteúdo que será lido no decorrer do manual.

É importante salientar que um constructo sólido e eficaz do conhecimento básico estará sempre ancorado a um raciocínio clínico/reabilitacional mais apurado.

A ideia deste capítulo, junto ao restante do manual, é fazermos desses pequenos "retalhos" conceituais, ingredientes essenciais para que, aos poucos, se teça uma grande "colcha de conhecimento".

Uma breve história da medicina física e reabilitação

A Medicina Física e Reabilitação, ou também chamada de Fisiatria, é uma especialidade médica relativamente nova, mas que apresenta longo histórico, desde os seus primeiros passos até que seja, de fato, reconhecida.

No início do século XX surgiram duas áreas médicas com filosofias distintas, mas que tinham um objetivo em comum: o tratamento de pacientes com lesões e/ou traumatismos que repercutiam na boa funcionalidade de suas capacidades físicas. Conhecidas como "medicina física", em que se priorizava o uso de agentes físicos como a hidroterapia e o oxigênio hiperbárico, teve como um de seus principais nomes o médico americano Frank H. Krusen; e "medicina de reabilitação", tendo como um de seus principais nomes o tenente-coronel e médico americano Howard A. Rusk.[1,2]

Esses dois campos de atuação caminharam paralelamente por um bom tempo e obtiveram uma evolução exponencial durante o contexto das I e II Guerras Mundiais (1914-1945), período em que o mundo se via diante de um importante impasse: o retorno do grande contingente de militares feridos, com as mais diversas incapacidades físicas, e a dificuldade de reinserção deles à sociedade como força de trabalho.[1-3]

Em 1944, o financista e estadista americano, Bernard M. Baruch, na época um dos homens mais ricos e poderosos dos EUA, além de conselheiro econômico presidencial, criou um comitê médico, intitulado "Comitê de Baruch", voltado ao desenvolvimento de recomendações e orientações para que ocorresse, finalmente, a unificação e o conchave formal da especialidade "Medicina Física e Reabilitação" (reconhecida pelo Conselho Americano de Especialidades Médicas em 1947). Baruch também forneceu mais de um milhão de dólares a inúmeras escolas médicas no intuito de ampliar o conhecimento acerca da especialidade.[1-3]

No Brasil, a promoção da reabilitação iniciou-se, também, em decorrência da grande epidemia de poliomielite vivenciada no país na década de 1950.[4,5] Nesse mesmo período, a fisiatria foi denominada especialidade médica a partir da fundação da Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação, filiada à Associação Médica Brasileira (AMB).

O fisiatra – "médico da função"

O termo "fisiatra", que apresenta significado etimológico de origem grega (*fisio* = função; *iatro* = médico),[6] foi proposto em 1938, nos Estados Unidos, pelo médico e um dos pioneiros na área da medicina física, Frank H. Krusen; inicialmente, o termo "*fisi*" se referia aos meios físicos de que faziam uso no tratamento dos enfermos.

De forma simplificada, o "médico da função" é o profissional responsável pelo diagnóstico, prevenção, tratamento e elaboração prognóstica do paciente que, depois de apresentar alguma condição adquirida ou congênita, seja de caráter neurológico, ortopédico, reumatológico, doloroso, entre outros, passou a experimentar dificuldades funcionais (incapacidades) em suas mais diversas rotinas e atividades diárias, gerando, de certa forma, um impacto negativo em sua funcionalidade e qualidade de vida.

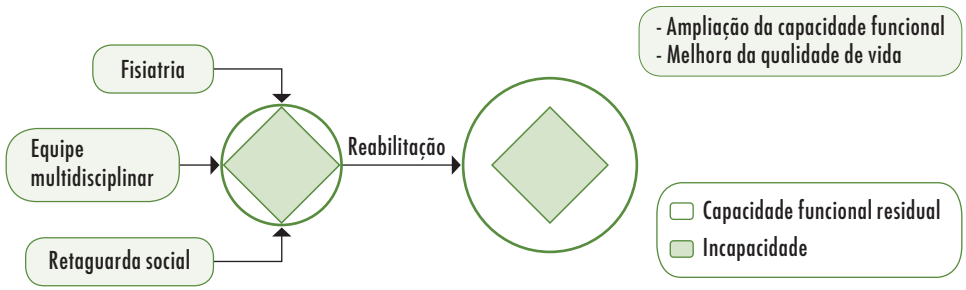
A perda da função pode ser interpretada como parcial ou total, de caráter temporário ou definitivo. Dentre as disfunções mais frequentes existem aquelas produzidas por dor, alterações motossensitivas e/ou alterações cognitivas.

O médico fisiatra tem como principal objetivo explorar o maior potencial funcional possível do paciente dentro de sua "nova" condição biopsicossocial (Figura 1.1). Necessita de uma visão holística dos acontecimentos, desde o entendimento do paciente em relação à sua doença e/ou seu distúrbio; suas dificuldades e repercussões funcionais atuais; sua capacidade de enfrentamento frente à situação; até o núcleo social em que se insere e o quanto isso pode prejudicar ou contribuir para seu processo de reabilitação.

Como será visto nos capítulos subsequentes, por mais que sejam realizadas orientações ao paciente, manejo farmacológico adequado e até alguns procedimentos (bloqueios neuromusculares com toxina botulínica e/ou fenol; infiltrações articulares; agulhamento seco; mesoterapia; entre outros), o médico fisiatra necessita estar contínua e intimamente ligado a uma equipe multidisciplinar capacitada em reabilitação para que se tenham bons e duradouros resultados.

É de suma importância conhecer as características e as peculiaridades de cada profissional envolvido, conseguindo, dessa forma, delinear um plano terapêutico mais efetivo e oportuno.

Figura 1.1 Potencializando a funcionalidade a partir da reabilitação.[4]



Deficiência e funcionalidade

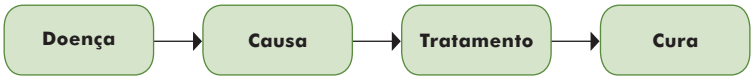
Mesmo diante de uma "condição" que afeta mais de um bilhão de pessoas – dentre as quais 20% apresentam dificuldades funcionais vivenciadas em patamares consideráveis,[7] a definição e a abordagem da pessoa com algum tipo de deficiência sempre foi um grande desafio.

A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) reconhece a deficiência como "um conceito em evolução" e que ela resulta da "interação entre pessoas com deficiência e barreiras comportamentais e ambientais, que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas em uma sociedade de forma igualitária".[8]

Para se entender todo o progresso adquirido em relação à conceituação de deficiência e abordagem à funcionalidade, devemos nos ater um pouco à história do desenvolvimento da medicina no mundo.

Muitos dos conhecimentos da medicina moderna se deram por conta do início do entendimento da anatomia humana e de sua fisiologia, quando houve um crescente anseio pela ampliação do conhecimento específico acerca de órgãos/estruturas e funções do corpo – surgindo especialidades médicas voltadas ao estudo do coração (cardiologia), rins e vias urinárias (nefrologia e urologia), pulmões (pneumologia), entre outras – para que se pudessem buscar, de forma mais assertiva, os melhores tratamentos curativos para cada tipo de doença. Surgiu, então, o "modelo biomédico" de tratamento (Figura 1.2), com base em um sequenciamento linear de acontecimentos desde o diagnóstico da doença até sua cura, em que o foco estava centrado na doença e em seus possíveis desfechos.[9]

Figura 1.2 Modelo biomédico de tratamento.[9]



Classificação Internacional das deficiências, incapacidades e desvantagens

Em 1989, a Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir da Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), definiu a deficiência como "toda perda e/ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica"[10] – servindo como referencial básico na conceituação de deficiência – e criou um novo modelo voltado às pessoas com deficiência incluindo termos como "incapacidade", "desvantagem" (termos que, na atualidade, têm sido deixados de lado por apresentarem significado de cunho negativo e segregativo, mas que neste Manual serão utilizados para fins didáticos). Esse modelo sofria forte influência do modelo biomédico, que ainda apresentava uma sequência de condições decorrentes de uma doença (Figura 1.3).

De forma simplificada: uma *doença* pode levar a uma *deficiência*, ou seja, a alguma alteração estrutural e/ou funcional no indivíduo. Por consequência da *deficiência*, o indivíduo poderá apresentar algum tipo de limitação em suas atividades diárias, restrição na participação e/ou interação com o mundo, estando, então, diante de uma *incapacidade*. Assim, dependendo da quantidade e do grau de *incapacidades* presentes, aquele que no início estava "apenas" com uma doença e/ou distúrbio, pode-se ver em *desvantagem* aos demais no desempenhar das mesmas atividades consideradas "normais" para uma população.

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Diante da complexidade do tema, da crescente necessidade por melhor "categorização" dos diferentes grupos existentes nessa população (visando à facilitação de questões referentes a previdência social, desenvolvimento de políticas públicas, ensino e pesquisa, inclusão à saúde, entre outros) e, principalmente, da intensa luta das pessoas com deficiência (PCD) na busca por seus direitos como cidadãos, a OMS publicou, em 2001, aquela que seria uma reformulação da CIDID, nomeada de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).[11] Essa classificação promoveu a união entre o "modelo biomédico" (linear, com enfoque no indivíduo e sua doença) e o "modelo social" (que diz respeito às incapacidades serem criadas a partir do ambiente social do indivíduo e sua integração a ele), abrangendo várias vertentes da funcionalidade e abordando, de forma mais ampla, todo o contexto "biopsicossocial" do indivíduo.

Na CIF foram substituídos termos como "deficiência", "incapacidade", "desvantagem" e "limitação" por domínios que envolvem "funções e estruturas do corpo", "atividades" e "participação", permitindo ampliação na classificação e maior respeito à individualidade do indivíduo avaliado, levando em menor consideração as "consequências da doença" e valorizando os "componentes de saúde"[11] (Figura 1.4).

Esse modelo de classificação apresenta como importante fundamentação a avaliação global do paciente, convidando para um atendimento de forma multidisciplinar, envolvendo não apenas médicos, mas fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, psicólogos, educadores físicos, assistentes sociais, entre outros. Ele também proporcionou a padronização de conceitos, assumindo uma linguagem mais acessível aos usuários em geral, profissionais da saúde e gestores em saúde.[11]

Figura 1.3 Modelo proposto pela CIDID.[9]

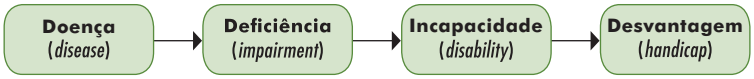
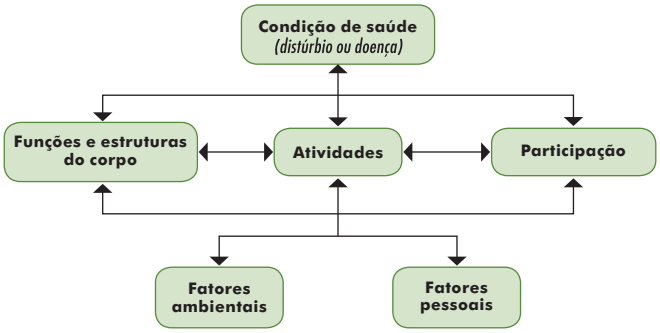


Figura 1.4 Modelo proposto pela CIF.[11]



Funcionalidade

Compondo um dos objetivos finais esperados por uma equipe de reabilitação, a funcionalidade foi um dos pontos que mais evoluiu em sua definição e compreensão. Segundo a CIF, ela é retratada como resultado da dinâmica interação entre condições de saúde (distúrbios, lesões, doenças) e fatores contextuais (ambientais e pessoais).[7] A funcionalidade diz respeito às capacidades de um indivíduo para que sejam realizadas suas atividades cotidianas, considerando desde as práticas mais básicas e essenciais, como autocuidado, higiene pessoal, alimentação e vestuário, até questões de maior complexidade, como exercer uma atividade laboral.[4]

Para que se entenda um paciente do ponto de vista funcional, não se deve considerar somente sua deficiência, mas todo o ambiente que o rodeia, suas histórias, vivências pessoais e familiares, frustrações, conquistas, aspirações e expectativas a fim de se tentar assimilar como tudo isso tem influenciado aquela pessoa que se encontra do outro lado da mesa do consultório. É necessário ir além do que o conhecimento técnico pode proporcionar, buscando sempre compreender como o paciente realmente se sente em seu mundo.

Assim, duas pessoas com o mesmo tipo de deficiência não necessariamente apresentarão as mesmas qualidades funcionais. Para que fique mais claro e didático, ver a seguir dois casos fictícios envoltos em contextos distintos.

CASO 1

ID: José, 21 anos, solteiro, sem comorbidades, católico, mora com os pais e dois irmãos, estudante de Economia e atleta pela faculdade, "cheio de vida" e com grandes aspirações para o futuro, tanto profissionais quanto pessoais.
HPMA: relata que estava voltando de carona, após uma viagem com os amigos, quando se envolveram em um grave acidente automobilístico (carro *versus* caminhão). Fazia uso do cinto de segurança, fato que impediu que seu corpo fosse projetado para fora do veículo, porém, parte dele ficou preso entre as ferragens. Evoluiu com quadro de perda sanguínea importante e necessidade de amputação de urgência de seu membro inferior direito (no nível transfemoral), no intuito de contenção da hemorragia.
Desde o evento, José foi muito bem acolhido por familiares, namorada e amigos, sentindo-se cada vez mais motivado para obter a melhor recuperação possível, independentemente da quantidade de obstáculos que estivessem por vir. Disse que trancou este semestre da faculdade para focar sua reabilitação e que os pais não medirão esforços financeiros para que tenha o melhor tratamento.

Comentário
Paciente jovem, sem comorbidades, "cheio de vida" e de expectativas futuras, com bom suporte social e financeiro. Esteve envolvido em uma fatalidade fora de seu controle, em que sua sobrevivência se deu à custa da amputação, questão que pode ou não ser interpretada, por parte dele e da família, como um milagre e servir como fator positivo de enfrentamento para o que vier pela frente, assim como mencionou nas consultas subsequentes: "eu renasci e tudo o que eu conquistar a partir daqui será um presente".
Tem interesse profissional em uma área totalmente adaptável (Economia), onde, aparentemente, não há necessidade de grandes esforços físicos. Por ter sido atleta na faculdade e gostar de esporte, poderá ser apresentado a modalidades de esporte adaptado durante a reabilitação.
José apresenta muitos fatores "extraclínicos" que somarão positivamente em seu processo de reabilitação, o que favorece bom prognóstico funcional.

CASO 2

ID: João, 53 anos, advogado, divorciado há 6 anos, mora sozinho (sente-se triste por isso), sem filhos, hipertenso e diabético tipo 2 há muitos anos. Nunca fez questão de dar a devida atenção às suas comorbidades (fato que certamente influenciou em seu histórico de infarto agudo do miocárdio, ainda aos 47 anos de idade, e também no precoce quadro de formigamento e perda da sensibilidade tátil nos pés, percebido há alguns meses).

HPMA: relata que certo dia calçou seus sapatos pela manhã e, devido à sua "insensibilidade nos pés", foi notar que havia um alfinete contra seu hálux direito apenas no final do dia, quando o mesmo já se encontrava com sinais locais de infecção. Retirou o objeto, mas não tomou os devidos cuidados, evoluindo com piora do quadro, necrose, e necessidade de amputação do hálux direito. Os sucessivos descuidos pós-cirúrgicos de sua parte, somados à presença de comorbidades clinicamente avançadas, fizeram com que os níveis de amputação fossem "subindo" até que se atingisse o atual (transfemoral).

João não apresenta bom suporte familiar, tampouco um círculo de amizades, tendo que tomar suas decisões sozinho. Está recebendo um pequeno auxílio financeiro de um grupo de vizinhos, visto que recentemente perdeu seu emprego em um escritório de advocacia e ainda não obteve o direito da aposentadoria por invalidez pelo INSS.

Comentário

Paciente de meia-idade, com suporte social e financeiro precários, humor deprimido, comorbidades avançadas e desfecho clínico muito relacionado com o autocuidado inadequado. (Obs.: possibilidade de apresentar sentimento de culpa por deixar a situação se agravar tanto, além do medo da piora do quadro e da necessidade de novas amputações).

O desemprego, junto à possibilidade de aposentadoria por invalidez, pode fazer com que João adquira certo receio em progredir positivamente na reabilitação, imaginando a possibilidade de não se enquadrar mais nos critérios de aposentadoria.

João apresenta muitos fatores "extraclínicos" que poderão afetar negativamente seu processo de reabilitação, tendendo a um prognóstico funcional ruim.

Nos dois casos apresentados os pacientes têm o mesmo diagnóstico clínico de "amputação transfemoral do membro inferior direito", fato que faz com que, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), não apresentem diferenças quanto à classificação, podendo ser definidos como "Z89.6 – Ausência adquirida da perna acima do joelho".

É interessante observar que, mesmo diante de casos com desfechos clínicos semelhantes, informações como idade, comorbidades, histórias e vivências prévias, retaguarda familiar, social e financeira, alterações do estado de humor, entre outros, podem ser cruciais em uma avaliação, e sugerir prognósticos funcionais totalmente distintos.

Escalas de avaliação funcional

No intuito de tornar o tema menos subjetivo, permitir melhor parametrização dos dados e com isso a possibilidade da análise comparativa dos dados obtidos, surgiram inúmeras escalas voltadas à avaliação funcional. A Tabela 1.1 menciona alguns exemplos.

Dentre as escalas, a Medida de Independência Funcional (MIF) é a mais comumente utilizada no Instituto de Medicina Física e Reabilitação (IMREA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) (Tabela 1.2). Dotada de 28 itens divididos entre os domínios motor, cognitivo e social, essa escala avalia o desempenho e o grau de independência do paciente frente às atividades de vida diária. Cada item pode ser pontuado de 1 a 7, em que os valores de 6 a 7 correspondem à "independência" (sem necessidade de auxílio de terceiros); os de 3 a 5 correspondem à "dependência moderada" (necessidade de supervisão ou assistência física de terceiros); e os de 1 a 3 correspondem à "dependência completa" (o paciente realiza menos de 50% da tarefa).[12,13]

Tabela 1.1 Exemplos de escalas para avaliação funcional

Índice de Barthel: avaliação da independência funcional e mobilidade de pacientes com déficits neurológicos
Teste de Katz: avaliação das atividades básicas de vida diária
Escala de Lawton: avaliação das atividades instrumentais de vida diária
Medida de Independência Funcional (MIF)
Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)
Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM)
Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)

Fonte: Tabela elaborada pelo autor.

Tabela 1.2 Medida de Independência Funcional (MIF)

Atividades de vida diária avaliadas			
A	Alimentação	J	Transferência para o vaso sanitário
B	Higiene pessoal	K	Transferência para chuveiro/banheira
C	Banho	L	Locomoção
D	Vestir metade superior do corpo	M	Escadas
E	Vestir metade inferior do corpo	N	Compreensão
F	Uso do vaso sanitário	O	Expressão
G	Controle da urina	P	Interação social
H	Controle das fezes	Q	Resolução de problemas
I	Transferência para cama, cadeira e cadeira de rodas	R	Memória

Tabela 1.2 Medida de Independência Funcional (MIF) *(Cont.)*

Níveis funcionais		
7	*Independência completa:* tarefa realizada com segurança, sem ajuda e em tempo aceitável.	Independência
6	*Independência modificada:* tarefa realizada com algum dispositivo auxiliar, tempo acima do aceitável ou de maneira não segura.	
5	*Supervisão ou preparo:* necessidade de terceiros apenas para incentivar, sugerir ou preparar, sem que haja contato físico com o paciente.	Dependência moderada
4	*Ajuda mínima:* começa a ter contato físico com terceiros e o paciente realiza 75% ou mais da tarefa.	
3	*Ajuda moderada:* paciente realiza entre 50% e 75% da tarefa e o auxílio restante por terceiros.	
2	*Ajuda máxima:* paciente realiza entre 25% e 50% da tarefa e o auxílio restante por terceiros.	Dependência completa
1	*Ajuda total:* paciente realiza menos de 25% da tarefa e o auxílio restante por terceiros.	
*Deve-se questionar o que o paciente realmente faz, e não o que ele é capaz de fazer.		
*O paciente que apresentar pontuação máxima em todos os itens, ou seja, que não demonstre quaisquer dificuldades, atingirá no máximo 126 pontos (independência completa). Já aquele que necessitar de ajuda total em todos os itens atingirá 18 pontos.		

Fonte: Tabela elaborada pelo autor.[12,13]

Reabilitação

Nas últimas décadas, o mundo vivenciou inúmeros progressos no tocante ao conhecimento científico, permitindo o desenvolvimento de novos medicamentos, tratamentos e tecnologias, além de reflexão e planejamento de novas diretrizes em saúde. Também podemos citar como fruto dessas conquistas a redução da mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida global. Por outro lado, essa ampliação da sobrevida populacional junto ao aumento da carga de doenças crônicas não transmissíveis tem repercutido, ano a ano, em um considerável crescimento da demanda por reabilitação.[14]

O conceito de reabilitar (*re* = de novo; *habilitar* = tornar hábil, apto ou capaz) é extremamente amplo e, segundo o relatório mundial sobre a deficiência (2011), a reabilitação pode ser compreendida como "um conjunto de medidas que auxiliam pessoas com deficiências, ou que estão na iminência de adquiri-las, a alcançar e sustentar uma funcionalidade que seja ideal para sua interação com o ambiente em que vive".[7]

Na Parte 3 deste Manual ("Reabilitação"), a infinidade de peculiaridades existentes em um processo de reabilitação é contemplada com maiores detalhes, de acordo com o tipo de deficiência e diagnóstico etiológico apresentados pelo paciente. Porém, existem alguns pilares básicos e que são fundamentais para o sucesso na reabilitação, são eles:

- *Confirmação do diagnóstico etiológico:* a elucidação diagnóstica da etiologia responsável pela instalação da deficiência deve ser o primeiro passo na reabilitação. Uma vez estabelecido o diagnóstico, é possível entender o que será reabilitado, avaliar seus potenciais

ganhos e limites. (Obs.: por mais que o diagnóstico tenha sido feito em outro serviço, é sempre importante revisá-lo e confirmá-lo.)

- *Estabilização clínica e controle adequado das comorbidades:* após a confirmação diagnóstica, a prioridade é garantir o equilíbrio orgânico e o controle da causa da deficiência e de seus eventuais complicadores.
- *Equipe capacitada e alinhada:* a reabilitação envolve todo o contexto biopsicossocial do paciente, onde, muitas das vezes, nos deparamos com situações complexas e que necessitam de conhecimento especializado e ações coordenadas. Os profissionais de saúde e as especialidades médicas devem conversar para que seja garantido um cuidado completo.
- *Protagonismo:* o paciente deve saber que o sucesso de sua reabilitação depende diretamente de sua postura ativa frente ao que foi proposto, sendo ele o protagonista deste processo.
- *Orientação e aprendizado:* o paciente e seus familiares devem estar cientes do diagnóstico de base, prognóstico da doença e da deficiência para que possam compreender o tratamento proposto e definir, em conjunto com a equipe, quais serão as metas e objetivos na reabilitação.
- *Autonomia:* parte do sucesso na reabilitação pode ser medida quando o paciente e o cuidador (se necessário) conseguem, de forma independente, reproduzir em seu cotidiano as tarefas e os cuidados aprendidos previamente.
- *Longitudinalidade:* a reabilitação é para sempre, sendo necessário o acompanhamento do paciente ao longo do tempo no intuito de reavaliar demandas e objetivos, refinar orientações e prevenir novas complicações.

Considerações finais

A Fisiatria é uma especialidade médica extremamente ampla e complexa, podendo abranger todas as faixas etárias e, para que se tenha sucesso em sua atuação, o médico fisiatra necessita estar continuamente alinhado ao paciente e seus familiares e, principalmente, a uma equipe multidisciplinar capacitada.

Novos conceitos e definições podem vir a surgir, visto que o universo da reabilitação se tem renovado a cada dia. Porém, a busca por entender a individualidade de cada paciente nunca mudará, permitindo que a reabilitação seja sempre realizada da forma mais personalizada e acolhedora possível.

Referências bibliográficas

1. Dillingham TR. Physiatry, physical medicine, and rehabilitation: historical development and military roles. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2002;13(1):1-16. doi: 10.1016/S1047-9651(03)-00069-X.
2. Verville R. Guerra, política e filantropia: a história da medicina de reabilitação. Lanham, Maryland: University Press of America; 2009. ISBN 978-0-7618-4594-2.
3. Sandel E. The early history of physical medicine and rehabilitation in the United States – November 3, 2012. AAPM&R NOW. Disponível em: https://now.aapmr.org/the-history-of-the-specialty-of-physical-medicine-and-rehabilitation/. Acesso em: August 7, 2022.
4. Lianza S. Medicina de reabilitação. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007
5. Araújo Leitão RE. O ensino da medicina física e reabilitação. Rev Bras Educ Med. 1982;6(3):175-6. doi: 10.1590/S0100-55021982000300010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/LCJpsnv5LVrNxdWc3GQFZvz/?format=pdf&lang=pt

6. Etimologia e Abreviaturas de Termos Médicos. Univates Editora; 2011. Disponível em: https://www.univates.br/editora-univates/media/publicacoes/16/pdf_16.pdf. Acesso em: 15/08/2022.
7. Organização Mundial da Saúde, The World Bank. Relatório mundial sobre a deficiência. São Paulo: Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência do Governo do Estado de São Paulo; 2012. ISBN 978-85-64047-02-0. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf
8. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência – Organização das Nações Unidas – ONU (2006). Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência. Vitória: Ministério Público do Trabalho, Projeto PCD Legal, 2014.
9. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 3. A primary medical specialty: the fundamentals of PRM. Eur J Phys Rehabil Med. 2018;54:177-85. doi: 10.23736/S1973-9087.18.05146-8.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p.
11. Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. Rev Bras Epidemiol. 2005;8(2):187-93. doi: 10.1590/S1415-790X2005000200009.
12. Medida de Independência Funcional (MIF para adultos) – Orientação funcional para a utilização da MIF. Tradução e adaptação: Marcelo Riberto. Disponível em: https://toneurologiaufpr.files.wordpress.com/2013/03/manual-mif.pdf.
13. Silva GA, Pfeifer LI, Vendrusculo TRP, Rombaldi AJ, Schneider IJC, Riboldi J. Avaliação funcional de pessoas com lesão medular: utilização da escala de independência funcional - MIF. Texto & Contexto - Enfermagem [Internet]. 2012 [cited 2022 Sep 10];21(4):929-36. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400025. ISSN 1980-265X. Epub 08 Jan 2013.
14. Goulart BNG, Anderle P. Reabilitação: uma demanda que cresce e merece atenção. CoDAS [Internet]. 2020 [cited 2022 Sep 20];32(2):e20190120. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192019120. ISSN 2317-1782. Epub 13 Dec 2019.