



ALBERT EINSTEIN  
HOSPITAL ISRAELITA

REABILITAÇÃO

*“Contribuições da Reabilitação  
Geriátrica: da prevenção ao  
resgate funcional”.*

Profa. Dra. Milene S Ferreira

# Reabilitação

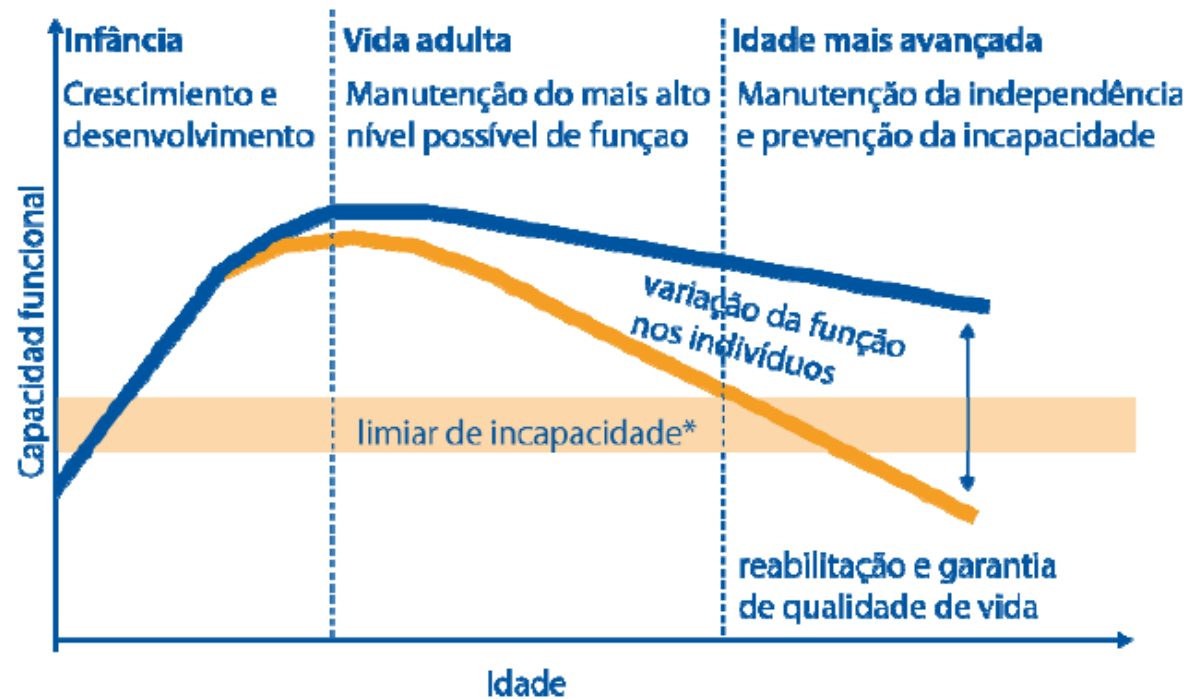
Conjunto de medidas que auxiliam na manutenção do funcionamento ideal e da interação com o ambiente (prevenção) e na maximização da função frente a uma condição de incapacidade.

Foco não apenas na doença mas na repercussão funcional e na qualidade de vida. Dividida em : Medicina de Reabilitação, terapias e tecnologia assistiva.

(OMS)

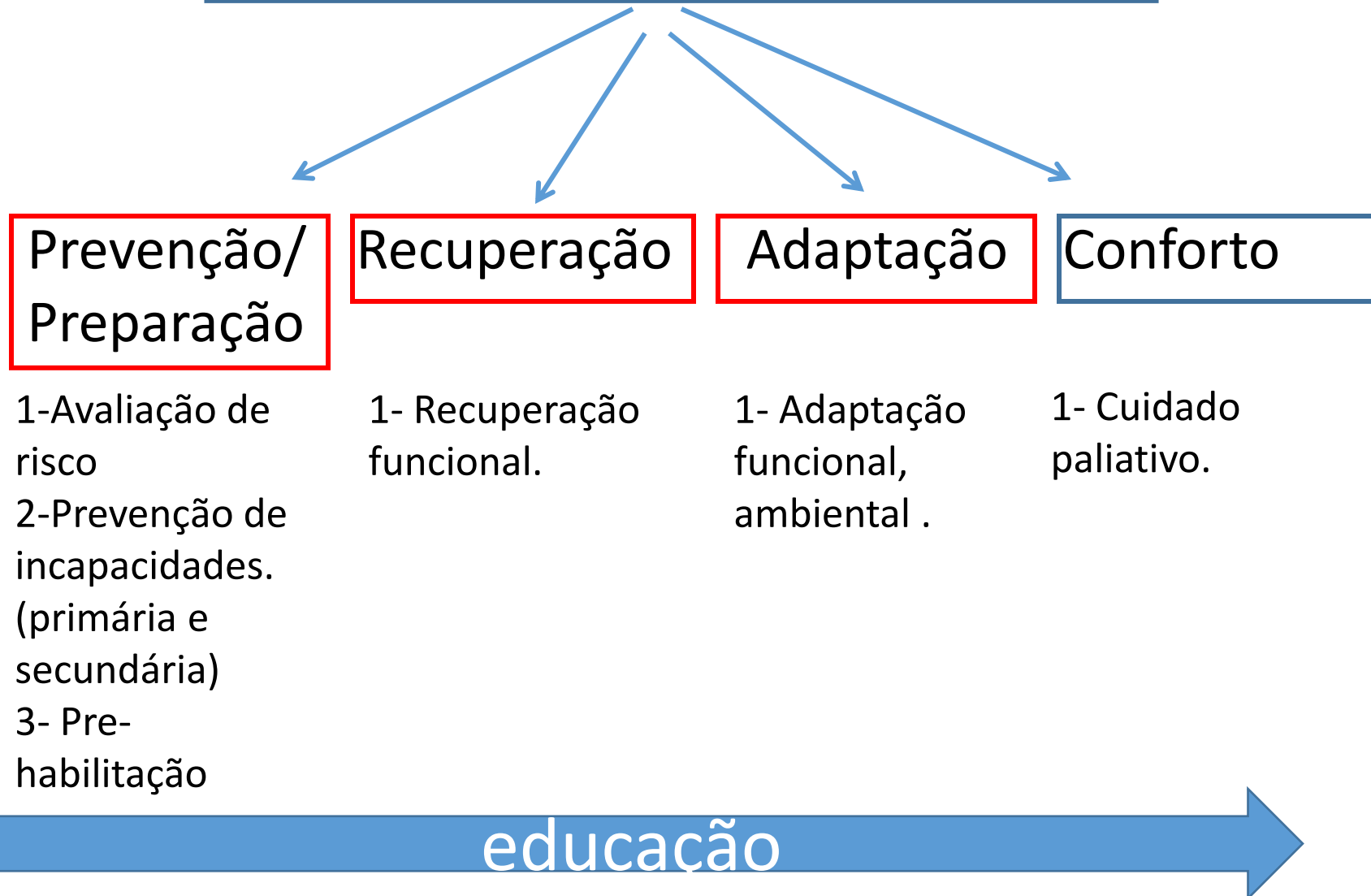
**Papel da Reabilitação Geriátrica:** favorecer o envelhecimento saudável e funcional, diminuir o impacto das dçs crônicas na funcionalidade do indivíduo, resgate da autonomia após eventos agudos.

Fig. 4 Manutenção da capacidade funcional ao longo do curso de vida



Fonte: Kalache & Kickbusch (12)

# Medicina de Reabilitação



**Prevenção:** favorecer o envelhecimento  
saudável

Original Article

## Successful Aging among Elders Living in the Mani Continental Region vs. Insular Areas of the Mediterranean: the MEDIS Study

**Sucesso no envelhecimento:** independência física e cognitiva, ausência de depressão e função social.

Table 4. Physical fitness tests associated with SA in both unadjusted and adjusted univariate logistic regressions.

Physical fitness tests	Unadjusted	Adjusted
Grip strength	1.077(1.045–1.110) <sup>a</sup>	1.077(1.018–1.139) <sup>a</sup>
30s STS	1.116(1.062–1.173) <sup>a</sup>	1.102(1.021–1.190) <sup>a</sup>
6MWT	2.159(1.654–2.820) <sup>a</sup>	2.057 (1.402–3.020) <sup>a</sup>
TUG	0.795(0.728–0.869) <sup>a</sup>	0.810 (0.708–0.927) <sup>a</sup>
Functional reach	1.131(1.084–1.180) <sup>a</sup>	1.089 (1.023–1.160) <sup>a</sup>
One leg standing	1.053(0.995–1.116)	0.986 (0.919–1.058)
Chair sit-and-reach	1.015(0.996–1.035)	1.013 (0.984–1.043)
Ruler test	0.955(0.930–0.980) <sup>a</sup>	0.972 (0.938–1.007)

Values are in odds ratio (95% confidence interval); Adjusted: adjusted for sociodemographic, health condition, health behavior measures.

30s STS: 30-second sit to stand test; 6MWT: Six Minute Walk test; TUG: Timed Up and Go test.

<sup>a</sup> $p < 0.05$

**Testes físicos associados ao envelhecimento satisfatório:** testes de força, testes funcionais, de aptidão cardiovascular e velocidade de marcha estão significativamente associados.

# Sedentarismo: baixo gasto energético (<5 METS, <5000passos/dia) = maior mortalidade e morbidade

>65 anos compõem o principal grupo para sedentarismo (8,5-9,6 horas por dia sentados)

95 % dos idosos não alcançam a recomendação de 150 minutos/sem de atividade física, qdo avaliados pelo acelerometro x 15% qdo avaliados pelo auto-relato.

> 50% dos idosos que iniciam uma atividade, abandonam dentro dos primeiros 6 meses

## Por quê?

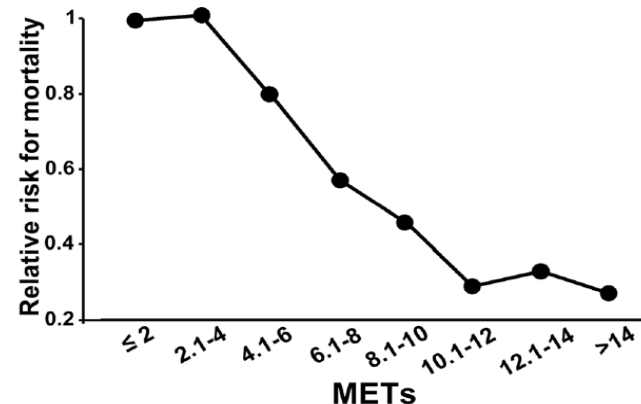
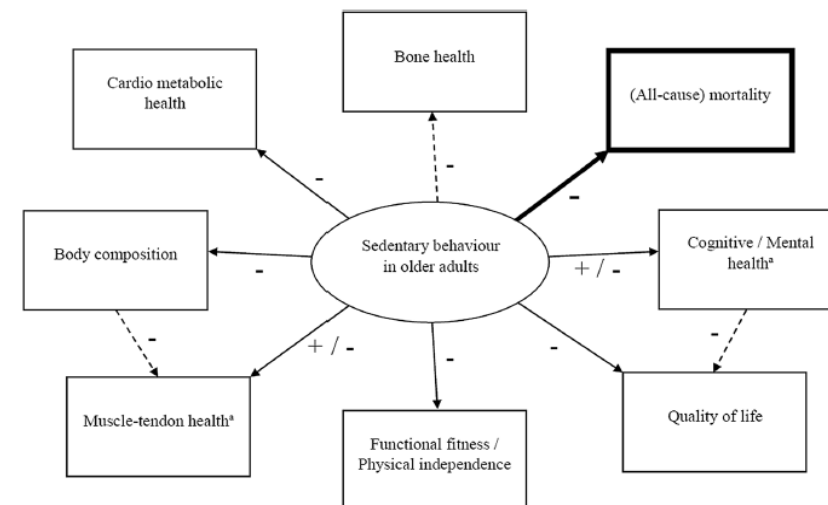


Figure 7. Mortality risk at different exercise capacities. Significant reductions in mortality do not occur <4 metabolic equivalents of resting metabolism (METs), become less at ~4 to 6 METs and an asymptote occurring at ~10 METs in 15,000 U.S. veterans of wars. [Reproduced with permission from (278, 280)].

Biogerontology (2016) 17:547-565

557



**Avaliação Multidimensional**

**Papel do Médico de Reabilitação**

**Para favorecer o envelhecimento ativo devemos ir além do papel educacional!**

**Identificar barreiras e tratar**

**Identificar facilitadores e usar**

**Traçar metas e monitorar**

**Dor**  
**Alts.**  
**osteoarticulares/pés**  
**Alts clínicas**  
**Alts Equilíbrio**  
**Alts Cognitivas**  
**Antecedentes de lesões**  
**Nunca realizou**  
**Falta de suporte social**  
**Falta de entendimento sobre importância**

**Suporte social**  
**Historico de atividade**  
**Ambiente**  
**Resultado de testes**  
**Estratégias de monitoramento**

**Construída com o paciente**  
**Claras e mensuráveis**  
**Realistas**  
**Uso de recursos tecnológicos**



**Prevenção:** detecção precoce do risco para perda funcional e tratamento (no contexto das doenças crônicas e sd de fragilidade)

# Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015



GBD 2015 DALYs and HALE Collaborators\*



- 1-Dçs Cardiovasculares (Ico e AVC)
- 2-Lombalgia e cervicalgia
- 3-Diabetes
- 4-DPOC
- 5-Doenças sensoriais (hipoacusia, neuropatias)
- 6-Alzheimer
- 7-Depresso
- 8-IRC
- 9-Cancer (pulmo, TGI)
- 10-Infecçes pulmonares repetiço

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Early neonatal (0-6 days)	NN Preterm	NN Enceph	NN Sepsis	Congenital	Other NN	LRI	NN Haemol	STD	Diarrhoea	Meningitis
Late neonatal (7-27 days)	NN Sepsis	NN Preterm	NN Enceph	Congenital	LRI	Other NN	Diarrhoea	Meningitis	Malaria	NN Haemol
Post-neonatal (28-364 days)	LRI	Diarrhoea	Congenital	Malaria	PEM	Meningitis	HIV	Haemog	Iron	NN Preterm
1-4 years	Malaria	Diarrhoea	LRI	PEM	Iron	Congenital	Meningitis	Drowning	Skin	Haemog
5-9 years	Iron	Skin	LRI	Diarrhoea	Intest inf	Malaria	HIV	Asthma	Road injuries	Congenital
10-14 years	Iron	Skin	HIV	Conduct	Asthma	Road injuries	Anxiety	Intest inf	Migraine	Haemog
15-19 years	Road injuries	Skin	Depression	Iron	Back & neck	Self-harm	Migraine	Anxiety	Violence	HIV
20-24 years	Road injuries	Depression	Self-harm	Back & neck	Skin	Violence	HIV	Migraine	Iron	Other MSK
25-29 years	Road injuries	HIV	Back & neck	Depression	Self-harm	Migraine	Skin	Violence	TB	Drugs
30-34 years	HIV	Back & neck	Road injuries	Depression	Self-harm	Migraine	IHD	TB	Skin	Violence
35-39 years	HIV	Back & neck	Road injuries	Depression	IHD	Migraine	TB	Self-harm	Stroke	Other MSK
40-44 years	Back & neck	HIV	IHD	Road injuries	Depression	Stroke	Diabetes	Sense	TB	Migraine
45-49 years	IHD	Back & neck	Stroke	Diabetes	HIV	Depression	Road injuries	Sense	TB	Other MSK
50-54 years	IHD	Stroke	Back & neck	Diabetes	Sense	Depression	Lung C	COPD	Road injuries	TB
55-59 years	IHD	Stroke	Back & neck	Diabetes	Sense	COPD	Lung C	Depression	TB	CKD
60-64 years	IHD	Stroke	Diabetes	Back & neck	COPD	Sense	Lung C	CKD	LRI	Depression
65-69 years	IHD	Stroke	COPD	Diabetes	Sense	Back & neck	Lung C	CKD	LRI	Stomach C
70-74 years	IHD	Stroke	COPD	Sense	Diabetes	Back & neck	Lung C	LRI	Alzheimer's	CKD
75-79 years	IHD	Stroke	COPD	Sense	Diabetes	Alzheimer's	Back & neck	LRI	Lung C	CKD
≥80 years	IHD	Stroke	Alzheimer's	COPO	Sense	LRI	Diabetes	CKD	Back & neck	HTN HD

Rate of change 2005-15 (%)

■ -0.56 to -0.31  
 ■ -0.31 to -0.19  
 ■ -0.19 to -0.09  
 ■ -0.09 to -0.04  
 ■ -0.04 to 0.01  
■ 0.01 to 0.08  
 ■ 0.08 to 0.15  
 ■ 0.15 to 0.23  
 ■ 0.23 to 0.32  
 ■ 0.32 to 0.57

# Perfil dos idosos em tratamento no Centro de Reabilitação / HIAE

- 695 pacientes – 251 >60 (36%) (mais idoso 96)
- Diagnósticos da população > 60 anos:

Ortopédico (48%)

Neuro (27%)

Cardio (12%)

Pulmonar (18%)

Onc (2%)

Outros (4%) – alterações sensoriais e urogineco



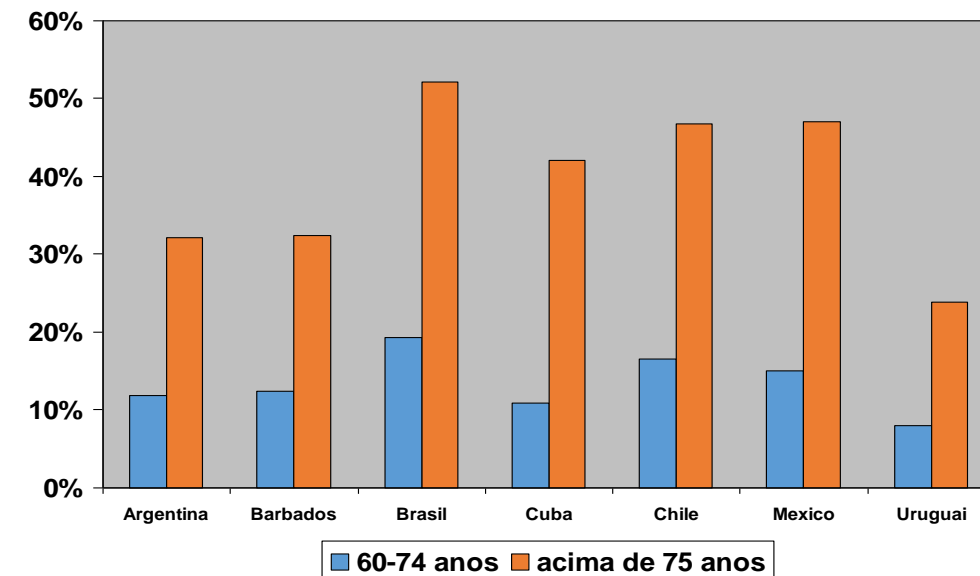
**Um efetivo cuidado em saúde do idoso deve contemplar não apenas o TTO das doenças agudas e crônicas, mas também os problemas relacionados a saúde, como a incapacidade funcional.**

Variável	Dependente nas AIVDs			Dependente nas AIVDs e AVDs		
	OR (IC95%)	p-valor	n	OR (IC95%)	p-valor	n
Hipertensão arterial						
Não	1,00		148	1,00		25
Sim	1,39 (1,08-1,80)	0,01	256	2,13 (1,28-3,56)	0,00	61
Diabetes mellitus						
Não	1,00		323	1,00		65
Sim	1,25 (0,91-1,71)	0,17	181	1,57 (0,91-2,71)	0,11	21
Câncer						
Não	1,00		385	1,00		82
Sim	1,24 (0,67-2,30)	0,49	19	1,40 (0,46-4,26)	0,55	4
Doença cardíaca						
Não	1,00		285	1,00		55
Sim	1,82 (1,37-2,42)	0,00	119	2,10 (1,28-3,43)	0,00	31
Artropatia						
Não	1,00		219	1,00		41
Sim	1,59 (1,24-2,05)	0,00	185	2,27 (1,42-3,65)	0,00	45
Doença pulmonar						
Não	1,00		344	1,00		64
Sim	1,50 (1,05-2,15)	0,03	60	2,58 (1,49-4,48)	0,00	22

Fonte dos dados básicos: Projeto SABE (2000/2001)

Projeto SABE: 2000/2001

Prevalência de comprometimento de AIVD's



Palloni et al. *Int J Epidemiol* 2002; 31:762-771

# Sd. Fragilidade: vulnerabilidade intrínseca de evoluir de forma desfavorável frente a um problema de saúde. Relacionada à incapacidade, quedas, hospitalização e morte.

## FRIED

- **Perda de peso:** definida como perda não intencional maior ou igual a 4,5 Kg no último ano.
- **Exaustão:** Quantas vezes, na última semana, o senhor se sentiu cansado para realizar suas atividades habituais?
- **Inatividade física:** caracterizada pela ausência de atividade física constante, pelo hábito de passar a maior parte do tempo sentado ou mesmo por realizar caminhadas a curtas distâncias sem uma frequência estabelecida.
- **Baixa velocidade durante a marcha:** TUG maior que 15 segundos.
- **Força de preensão diminuída (hand grip):** menor que 17.

**2 a 3 (pré frágil), > 3 frágil**

## SOF

- **Perda de peso > 4,5 Kg em 1 ano.**
- **Sensação de fadiga** (O senhor se sente cansado para realizar suas atividades habituais no último mês?).
- **Incapacidade de levantar-se** de uma cadeira por 5 vezes consecutivas.

**1 (pré frágil), 2 ou mais (frágil)**

MEDIDAS	SAUDÁVEL	VULNERÁVEL	FRÁGIL
VES – 13	0-2	3-6	7+
VELOCIDADE MARCHA, M/SEG	>0.77	< = 0,8	<0.42
LEVANTAR DA CADEIRA, SEG	<11. 2	> 12	INCAPAZ, >60
CRIT. FRAGILIDADE	0	1-2	3-5
SPPB	>9	<= 9	< = 6
SINDROMES GERIÁTRICAS	0	1	2+
AVDS	0	1	2+
AIVDS	0	1	2+
MEEM	>26	23-26	<23
GDS	0	5	6+
POLIFARMÁCIA (MED/DIA)	<5	5-8	9+

## STAGES OF AGING WITH ASSOCIATED MEASURES

*J. of Clin. Oncology, 2007*

Validation and Comparison of 2 Frailty Indexes: The Mobilize Boston Study.

*J Am Geriatric Soc 2009.*

---

# Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis

*Andrew D Beswick, Karen Rees, Paul Dieppe, Salma Ayis, Rachael Gooberman-Hill, Jeremy Horwood, Shah Ebrahim*

**89 trials, 97.984 indivíduos.**

**Reabilitação reduz risco de: não poder morar sozinho, institucionalização, hospitalização, quedas, perda funcional.**

*Lancet, march, 2008*

## Protocolo Cardio-Fragilidade

### **Critérios de Inclusão**

- Idade  $\geq$  60 anos
- Doença cardiovascular preexistente, ou não
- Possuir  $\geq$  1 característica dos critérios clínicos de fragilidade, baseado no fenótipo de Fried

### **Critérios de exclusão (RELATIVOS)**

- SPPB menor que 6: excluir de atendimento em grupo (realizar atendimento individual)
- Alterações cognitivas: excluir de atendimento em grupo (realizar atendimento individual)

## O PROGRAMA:

4 meses, 2 a 3 sessões semanais.

### **1ª FASE – PROTOCOLO DE FRAGILIDADE (1º e 2º mês):**

Enfoque em fortalecimento e equilíbrio.

Exercícios de aquecimento, exercícios de fortalecimento muscular, exercícios funcionais, treino de equilíbrio, alongamento e treinamento da musculatura respiratória se necessário.

### **2ª FASE – PROTOCOLO TREINAMENTO CARDIOVASCULAR EM FRAGILIDADE (3º e 4º mês):**

Enfoque em treinamento aeróbico e fortalecimento.

Exercícios aeróbicos, exercícios de fortalecimento muscular, exercícios funcionais, treino de equilíbrio, alongamento e treinamento da musculatura respiratória se necessário



# Reabilitação física na síndrome de fragilidade do idoso

## *Physical rehabilitation in the frailty syndrome among the elderly*

Milene Silva Ferreira<sup>1</sup>, Lilian Tiemi Sonoda<sup>2</sup>, Sandra Alves Barbosa<sup>3</sup>, Fabio Gazelato de Mello Franco<sup>4</sup>, José Antônio Maluf de Carvalho<sup>5</sup>

**Tabela 1.** Resultados da análise pelo teste t Student

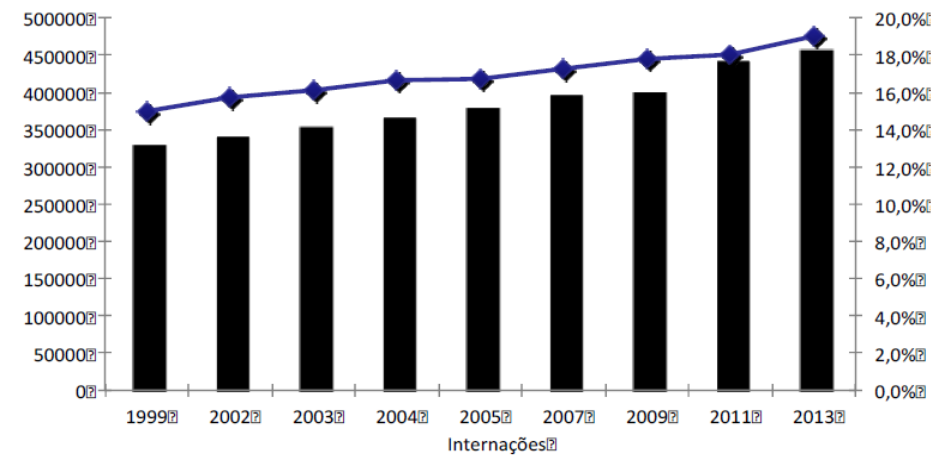
	Equilíbrio (SPPB)	Marcha (SPPB)	Força (SPPB)	Total SPPB	TUG	HG
Início	Média 2,91 DP ± 1,11	Média 3,41 DP ± 0,75	Média 1,25 DP ± 0,92	Média 7,75 DP ± 2,34	Média 15,07 DP ± 7,31	Média 13,66 DP ± 6,88
Final	Média 3,91 DP ± 0,27	Média 3,75 DP ± 0,59	Média 2,91 DP ± 1,18	Média 10,66 DP ± 1,69	Média 10,33 DP ± 3,81	Média 15,70 DP ± 5,86
p valor	0,02	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001

SPPB: Physical performance battery; TUG: Time up and go; HG: Hand grip

**4 meses de intervenção física com foco em força e equilíbrio = melhora em todos os parâmetros avaliados, saindo inclusive da faixa de risco para perda funcional.**

# Prevenção: no contexto hospitalar

**Tendência atual de crescimento das Internações na População Geriátrica - Estado de São Paulo**



Fonte: Datasus. Consulta em 23/03/2014.  
[WWW.datasus.gov.br](http://WWW.datasus.gov.br)

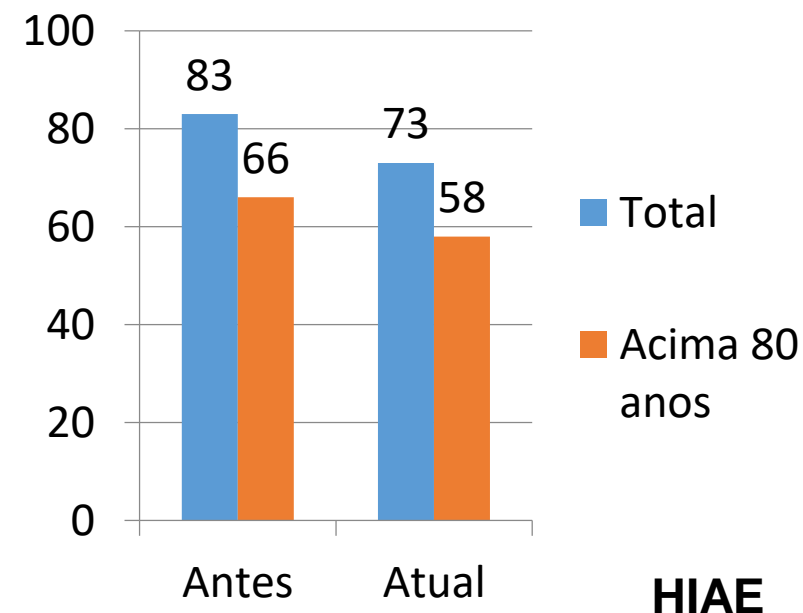
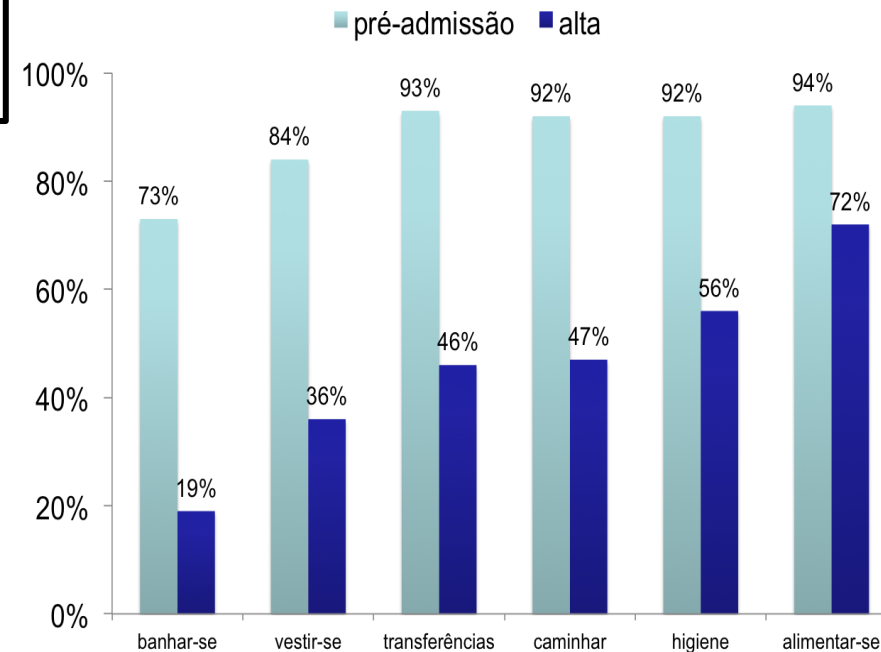
# Perda funcional durante a hospitalização

O declínio funcional durante hospitalização de idosos pode variar de **40 a 75%**, em hospitais gerais.

**10 dias de internação** leva a uma **perda de 12%** da **capacidade aeróbica**, se não abordado. Equivalente a perda fisiológica de uma década.

**1 em 5 pacientes idosos**, experimentam **eventos adversos durante a transição do hospital para casa**. Destes  $\frac{1}{3}$  são preveníveis, e  $\frac{1}{4}$  são readmitidos.

O **custo** estimado com **readmissão**, entre **idosos**, é de **17.4 bilhões / ano**.



## Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials

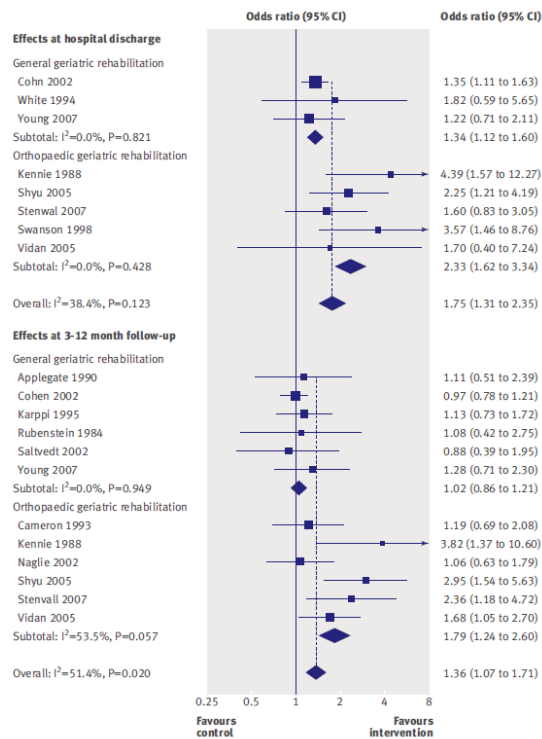


Fig 2 | Effect of inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients on functional improvement at hospital discharge and at follow-up

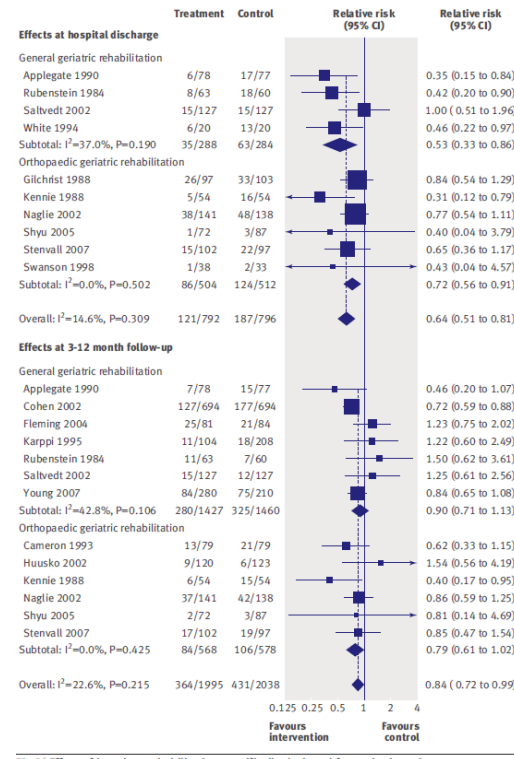


Fig 3 | Effect of inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients on admissions to nursing homes at hospital discharge and at follow-up

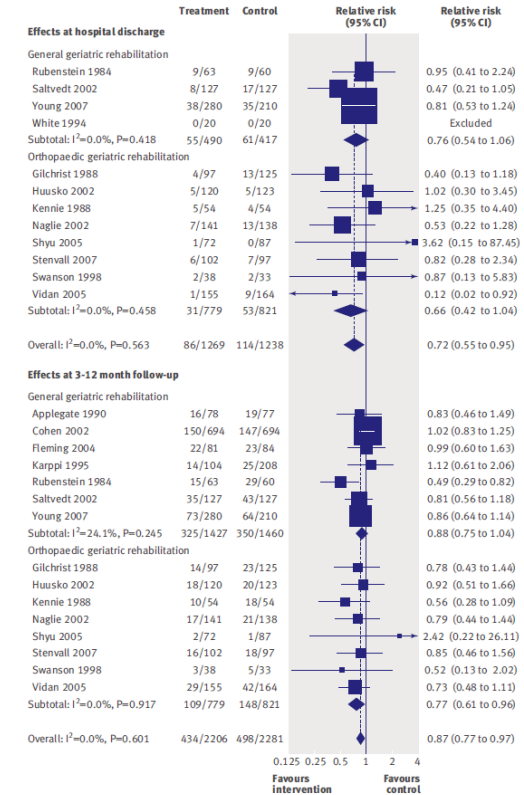


Fig 4 | Effect of inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients on mortality at hospital discharge and at follow-up

Incapacidade

Longa permanência

Mortalidade

# Instrumentos de risco: cenário hospitalar

- **TRST** (Triage Risk Screening Tool)
- **ISAR** (Identification of Seniors at Risk)
- **ISAR-HP** (Identification of Seniors at Risk- Hospitalized Patients)
- **VIP** (Variable Indicative of Placement Risk)
- **COMPRI** (Care Complexity Prediction Instrument)
- **HARP** (Hospital Admission Risk Profile)
- **SHERPA** (Score Hospitalier d' Evaluation du Risque de Perde d' Autonomie)

	TRST	ISAR	ISAR-HP	VIP	COMPRI	SHERPA
Sensibilidade	77/64/63%	60/71/81/94%	72%	32%	71%	67,9%
Especificidade	48/63/60%	36/57/58%	80%	86%	63%	70,8%

# Fatores de risco para longa permanência hospitalar: coorte com 500 paciente do HIAE

## • Variáveis Dependentes:

- Idade
- Tipo e número de diagnósticos
- Internações pregressas
- Hemoglobina
- DM
- Rebaixamento do nível de consciência
- Peso
- Barthel (atual e progresso)
  - Total e Específico
- Diagnóstico
- Cognição (Short Portable Mental Status Questionnaire)
- Medicações
- Risco Nutricional
- Risco Social (reside sozinho/ interesse em retornar para casa)
- Quedas

## Regressão Logística:

Variável	OR	IC (95%)		p
		Inferior	Superior	
Risco nutricional	2,85	0,95	8,55	0,061
Transferência (0/5)	11,86	5,29	26,59	<0,001

### Transferências (cadeira /cama)

0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se

5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se

10 = Pequena ajuda (verbal ou física)

15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)

# Reabilitação Precoce

Kosse et al. BMC Geriatrics 2013, 13:107  
http://www.biomedcentral.com/1471-2318/13/107



## RESEARCH ARTICLE

## Open Access

### Effectiveness and feasibility of early physical rehabilitation programs for geriatric hospitalized patients: a systematic review

Nienke M Kosse<sup>1\*</sup>, Alisa L Dutmer<sup>1</sup>, Lena Dasenbrock<sup>2</sup>, Jürgen M Bauer<sup>2</sup> and Claudine JC Lamoth<sup>1</sup>

**Objetivo:** Avaliar a efetividade e a viabilidade de um Programa de Reabilitação Precoce (PRP), para idosos internados em Hospitais gerais.

**PRP inclui identificação de risco, intervenção multiprofissional e estratégias de transição e continuidade**

**Conclusão:** O PRP é capaz de reduzir o risco de perda funcional, de institucionalização, longa permanência hospitalar e readmissão.

**Demonstrou ser seguro e viável.**

Open Access

Rambam Maimonides Medical Journal

## FRONTIERS IN NURSING

Special Issue on the Rambam–Mayo Collaboration  
Guest Editor: John H. Davidson, M.D., M.A.H.L.

### From Research to Reality: Minimizing the Effects of Hospitalization on Older Adults

Hanna Admi, R.N., Ph.D.<sup>1\*</sup>, Efrat Shadmi, R.N., Ph.D.<sup>2</sup>, Hagar Baruch, R.N., M.A.<sup>1</sup>, and Anna Zisberg, R.N., Ph.D.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Nursing Directorate, Rambam Health Care Campus, Haifa, Israel; and <sup>2</sup>Cheryl Spencer Department of Nursing and Faculty of Social Welfare and Health Sciences, University of Haifa, Mount Carmel, Israel

	OR	IC
Quedas	0,51	0,29-0,88
Delirium	0,73	0,61-0,88
Declínio funcional	0,87	0,78-0,97
Tempo de internação	-0,61 (WMD)	-1,16 a -0,05 (WMD)
ILP	0,82	0,68-0,99
Custo	-\$245,80 (WMD)	-\$446,23 a -\$45,38 (WMD)

Fox et al. J Am Geriatr Soc 2012; 60: 2237-2245

# ***Cochrane Syst Revs, 2010. A discharge planning from hospital to home.***

Evidência na redução de readmissão e tempo de permanência hospitalar com planos estruturados de reabilitação e alta.

## **Bases da Intervenção Precoce: Reabilitação + Plano Estruturado de Transição**

Rotina de atividade (intensidade, especificidade)

Evitar polifarmácia

Planejamento precoce

Educação/ treinamento de pacientes, familiares e cuidadores

Acompanhamento nutricional

Adequação ambiental (tecnologia facilitadora)

Controle de dor

Comunicação entre equips

Abordagem para incontinências

Prevenção de complicações secundárias

Seguimento

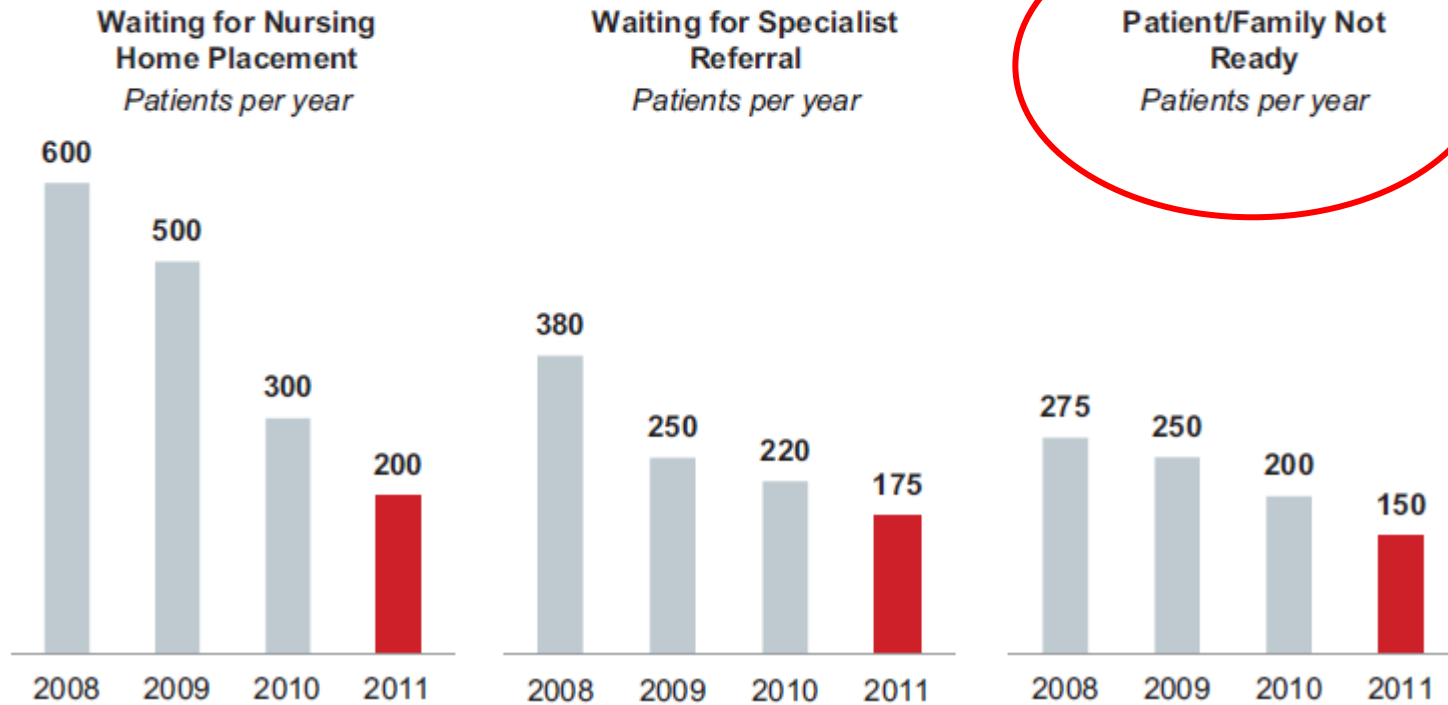


# Successfully Avoiding Discharge Barriers

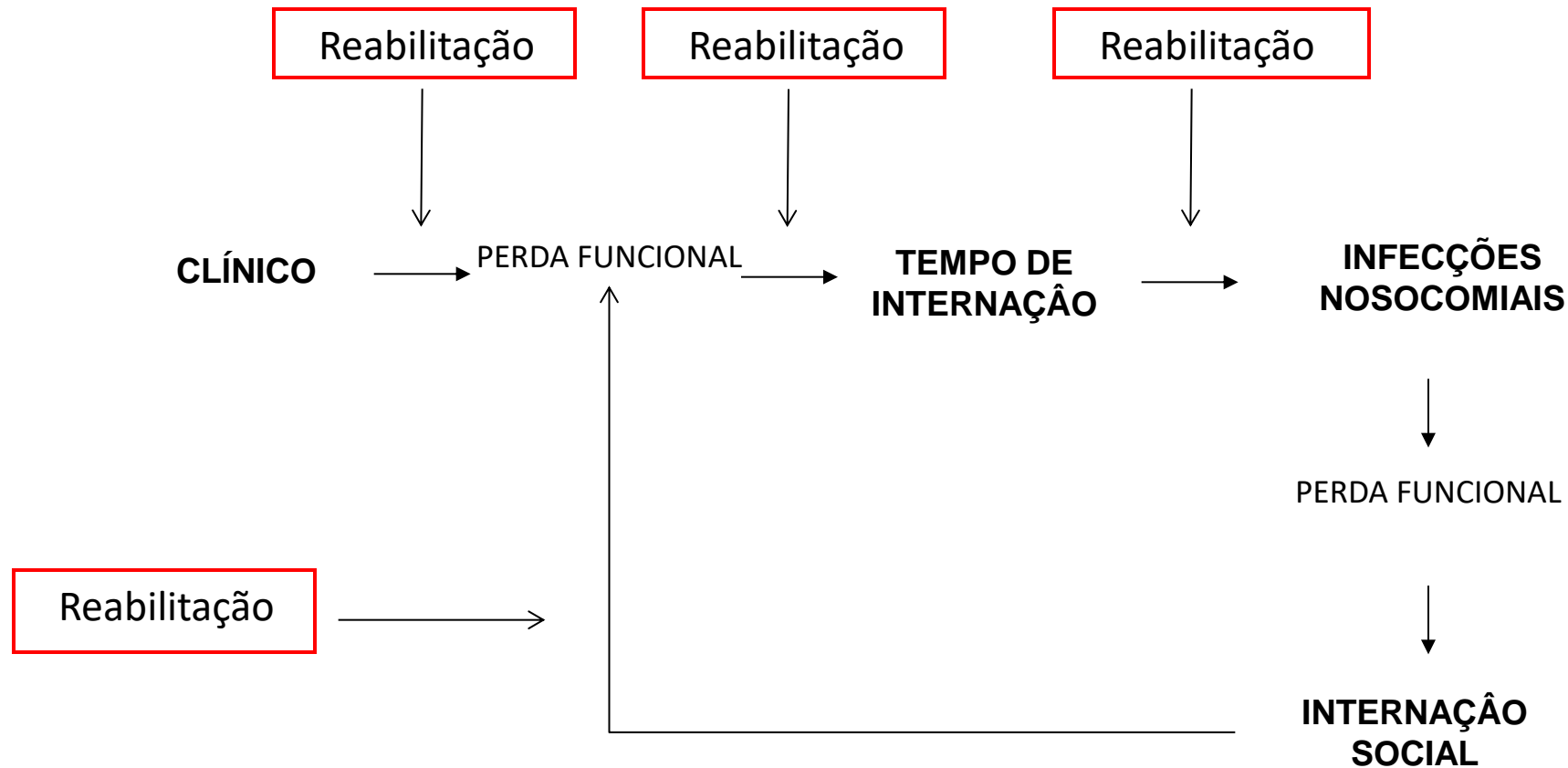
Improving Performance Regarding Common Discharge Delays

**Foco da Reabilitação**

Major Causes of Discharge Delays<sup>1</sup>



# Oportunidades de ação para a equipe de Reabilitação: cenário hospitalar



**Resgate Funcional: Reabilitação**  
precoce + continuidade  
ambulatorial

# Estudos mostram que a Reabilitação no contexto do Cuidado Integrado e do Cuidado Continuado é custo efetiva

OPEN ACCESS Freely available online

PLOS ONE

Service Use and Costs for People with Long-Term Neurological Conditions in the First Year following Discharge from In-Patient Neuro-Rehabilitation: A Longitudinal Cohort Study



Open Access

Research

BMJ Open Cost-efficiency of specialist hyperacute in-patient rehabilitation services for medically unstable patients with complex rehabilitation needs: a prospective cohort analysis

PAPER

Efficiency of specialist rehabilitation in reducing dependency and costs of continuing care for adults with complex acquired brain injuries

L Turner-Stokes, S Paul, H Williams

See Editorial Commentary, p 570

*J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006;**77**:634–639. doi: 10.1136/jnnp.2005.073411

REVIEW ARTICLE

EVIDENCE FOR THE EFFECTIVENESS OF MULTI-DISCIPLINARY REHABILITATION FOLLOWING ACQUIRED BRAIN INJURY: A SYNTHESIS OF TWO SYSTEMATIC APPROACHES

Table IV. Summary of evidence to underpin recommendations according to the GRADE system (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)

Intervention	Patients with ABI – particular categories	Outcomes from intervention	Quality of evidence	Potential for cost savings	Harms/ risks	Strength of recommendation
Early rehabilitation	Severe ABI requiring inpatient hospital treatment	Earlier gains in independence Reduced LOS in hospital	Moderate	+	–	Recommended
Intensive rehabilitation	Severe ABI – fit to engage in intensive rehabilitation	Earlier gains in independence Reduced LOS in hospital	High	+	–	Strongly recommended
Specialist rehabilitation	Severe/very severe ABI with complex rehabilitation needs	Improved independence Reduced needs for on-going care support Demonstrated cost savings	Moderate/ High	++	–	Strongly recommended
Behavioural management programmes	ABI patients with severe behavioural problems	Improved social behaviour Reduced needs for on-going care support	Low/ moderate	+	–	Recommended
Community rehabilitation programmes	Moderate/severe ABI requiring support for community integration	Improved productivity Reduced need for institutionalization /support	Moderate	++	–	Recommended
Specialist vocational programmes	Moderate/severe ABI with potential for return to work	Gains in productivity Demonstrated cost savings with net gains to tax payer	Moderate/ High	++	–	Strongly recommended
Late and ongoing rehabilitation	Moderate/severe ABI with continued disability	Maintenance of independence and integration including productivity	Low/ Moderate	+/-	–	Conditionally recommended (in selected cases)

ABI: acquired brain injury of any cause; LOS: length of stay.

# AHA/ASA Guideline

## Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association

*Endorsed by the American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation and the American Society of Neurorehabilitation*

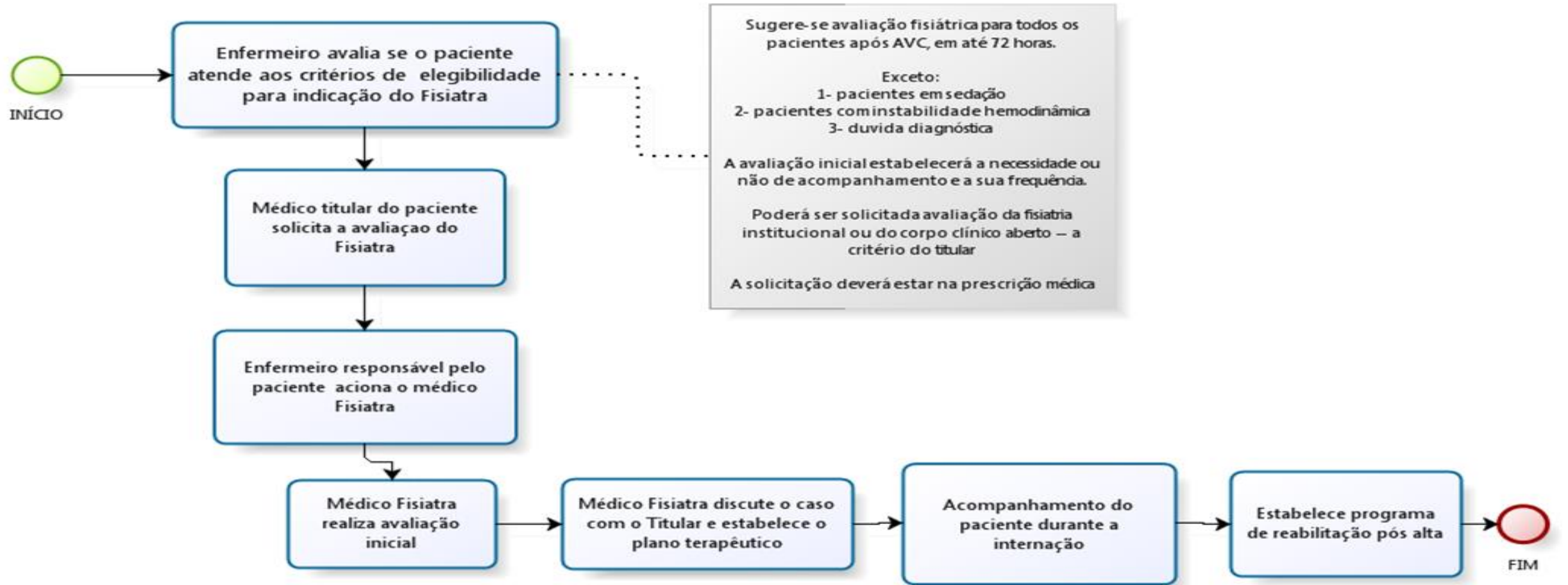
*The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline as an educational tool for neurologists and the American Congress of Rehabilitation Medicine also affirms the educational value of these guidelines for its members*

- Reabilitação precoce
- Dose certa
- Reabilitação = Processo dinâmico baseado em objetivos e metas. Cuidado multiprofissional coordenado por médico especializado em Reabilitação, com sistemático alinhamento entre equipe / paciente/ família.
- Estabilidade clínica, diagnóstico definido e potencial de recuperação

Recommendations: Rehabilitation Interventions in the Inpatient Hospital Setting	Class	Level of Evidence
It is recommended that early rehabilitation for hospitalized stroke patients be provided in environments with organized, interprofessional stroke care.	I	A
It is recommended that stroke survivors receive rehabilitation at an intensity commensurate with anticipated benefit and tolerance.	I	B
High-dose, very early mobilization within 24 hours of stroke onset can reduce the odds of a favorable outcome at 3 months and is not recommended.	III	A



## FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DO MÉDICO FISIATRA DOS PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO AVC



Pacientes Registro **ACTION** – ACC  
Programa de Cardiologia

Indicadores incluídos:  
AAS admissão  
Avaliação da função ventricular sistólica  
Terapia de reperfusão  
Tempo de fibrinólise (IAM c/ Supra)  
Tempo de angioplastia primária (IAM c/ Supra)  
AAS na alta  
Betabloqueador na alta  
IECA/BRA na alta (disfunção ventricular E)  
Estatina na alta  
Orientação para cessação do tabagismo  
Recomendação de reabilitação cardíaca

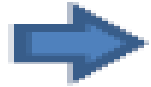
Enfermeira cardiologia aciona Cardiologia do Centro  
de Reabilitação

Cardiologista do Centro de Reabilitação aborda o  
paciente quanto a importância de continuidade em  
Reabilitação Cardíaca

Esta ação desencadeou melhora na meta do Registro ACTION –  
E o número de encaminhamento precoce à Reabilitação



**Telereabilitação:** após alta hospitalar, pacientes ambulatoriais ,  
Instituições de longa permanência.



## **Características**

**Supervisão ou orientação de equipe multiprofissional especializada para pacientes em processo de reabilitação.**

**Objetivos:**

- **garantir a continuidade do tratamento**
- **promover troca e alinhamento com outras equipes que assistem o paciente quando necessário**
- **melhorar aderência**
- **monitorar resultados**
- **favorecer o acesso a orientações especializadas no contexto da reabilitação**

