

**RACIOCÍNIO CLÍNICO E PRÁTICA CENTRADA NA  
PESSOA EM FISIOTERAPIA MÚSCULO-ESQUELÉTICA**

**Lara Campos**

**Abril 2021**

O presente trabalho faz parte do processo de candidatura para atribuição do Título de Especialista, de acordo com o Decreto-Lei nº 206/2009 de 31 de agosto publicado em Diário da República, 1ª Série – N.º168

## INTRODUÇÃO

---

Segundo a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, no seu documento que estrutura o Perfil de Competências destes profissionais, o fisioterapeuta, baseando-se no seu corpo de saberes, desenvolve uma prática clínica que deverá assentar num método sequencial de diversas etapas – avaliação; diagnóstico/prognóstico; planeamento e implementação da intervenção; avaliação de resultados; reformulação/conclusão – num processo interativo de raciocínio clínico que serve como base para a tomada de decisão<sup>1</sup>.

O raciocínio clínico, processo pelo qual o fisioterapeuta racionaliza, em conjunto com o utente, a sua situação de saúde e o processo de tomada de decisão a ela inerente, é assim a base de um exercício consciente, tornando-se central à prática músculo-esquelética e levando à prestação dos melhores cuidados para o utente<sup>2</sup>.

Neste trabalho, pretende-se descrever alguns dos processos de raciocínio mais utilizados na prática clínica, assim como descrever o constructo de Prática Centrada na Pessoa (PCP), e de como estes dois conceitos se devem envolver.

Irá também ser apresentado um caso clínico de músculo-esquelética, que pretende exemplificar um processo de raciocínio clínico numa perspetiva biopsicossocial e centrada na pessoa.

## 1. RACIOCÍNIO CLÍNICO

O conceito de raciocínio clínico refere-se ao processo de pensamento e tomada de decisão que é utilizado na prática clínica <sup>3</sup>

Pode ser definido como o processo pelo qual o fisioterapeuta, interagindo com o utente e/ou outros significativos (familiares, cuidadores, outros profissionais de saúde da equipa) estrutura o significado, objetivos e estratégias de gestão da saúde, baseando-se nos dados clínicos recolhidos, escolhas do utente e julgamento e conhecimento do profissional<sup>4</sup>.

Existem diferentes tipos de raciocínio clínico.

Nas áreas médicas, é habitual assumir um raciocínio clínico direcionado para o diagnóstico.

Neste tipo de processo mental, os profissionais procuram informação inicial acerca do problema do utente e estabelecem, a partir dessa informação, hipóteses diagnósticas. Este tipo de raciocínio clínico é designado como raciocínio hipotético-dedutivo.

O processo de avaliação é assim orientado para a testagem de hipóteses, ou seja, desencadeia-se consoante a informação que vai sendo prestada pelo utente, criando novas e concorrentes hipóteses, que vão sendo testadas e clarificadas através da recolha de dados e reavaliadas ao longo da gestão do tratamento<sup>3,4</sup>

Este tipo de processo designa-se *Backward Reasoning*.

Neste modelo, a verdade ou realidade (conhecimento) são conceitos objetivos e mensuráveis, e é utilizada a observação e experimentação para produzir um resultado que pode, a partir daí, ser generalizado.

Na prática clínica em fisioterapia, o raciocínio hipotético-dedutivo visa, dentro das limitações dos padrões disponíveis, validar informações ou dados adquiridos através do utente por meio de procedimentos fiáveis de mensuração<sup>3</sup>.

Outros modelos de raciocínio clínico focam-se menos nos processos e mais na organização e acessibilidade ao conhecimento pré-adquirido pelo profissional. Um exemplo deste tipo de modelos de raciocínio é aquele que se baseia em “padrões de reconhecimento” - os profissionais reconhecem características comuns de um determinado problema quase instantaneamente, movendo-se de um conjunto de observações específicas para um diagnóstico de generalização, num processo designado por *Forward Reasoning*.

Estes dois tipos de raciocínio diagnóstico são utilizados na prática clínica, sendo que os padrões de reconhecimento são mais rápidos e eficientes e são habitualmente usados por profissionais mais experientes; e o raciocínio hipotético-dedutivo é mais utilizado por profissionais menos experientes ou por aqueles que, apesar de experientes, se veem confrontados com um problema de apresentação mais complexa<sup>3</sup>.

Apesar do reconhecimento da importância do raciocínio diagnóstico nas áreas da saúde, nas últimas duas décadas a investigação começou a derivar do raciocínio clínico de base médica para abordagens mais cognitivas, que refletissem a noção de que os profissionais de saúde devem considerar a compreensão da pessoa para além do seu problema de saúde<sup>5</sup>.

Em contraste com a perspectiva biomédica, que habitualmente estava relacionada com paradigmas científicos ou experimentais, começou a entender-se que uma noção de causa-efeito nem sempre é verdadeira, reconhecendo-se que uma “causa” aparentemente semelhante pode ter “efeitos” diferentes em pessoas diferentes, ou seja, é dependente do contexto em que é produzida, ou socialmente construída, levando à possibilidade de existirem múltiplas realidades ou perspectivas<sup>5</sup>.

Este tipo de raciocínio tem por base uma perspectiva biopsicossocial, em que o processo de compreensão da incapacidade e seus efeitos na qualidade de vida de uma pessoa, gera (em vez de testa) hipóteses a respeito de constructos como motivações, crenças e atitudes, para chegar a uma validação consensual dessas hipóteses com a pessoa<sup>5</sup>.

O tipo de raciocínio inerente a esta abordagem - designado por raciocínio narrativo (ou indutivo) - é fundamentado no reconhecimento da aprendizagem que advém da experiência e contexto do utente. O raciocínio narrativo reconhece que o significado que a pessoa atribui às situações que a envolvem pode ser constitutivo das suas ações e tomadas de decisão<sup>4</sup>.

## 2. RACIOCÍNIO CLÍNICO NA PRÁTICA CLÍNICA

O processo de raciocínio clínico tem vindo a ocupar um papel cada vez mais importante na área da fisioterapia, sobretudo pela evolução da profissão e autonomização crescente destes profissionais<sup>3</sup>.

No entanto, é amplamente reconhecido que a prática clínica de muitos fisioterapeutas continua a ser caracterizada por um paradigma fortemente biomédico<sup>6-8</sup>.

Num estudo qualitativo realizado em Portugal<sup>7</sup>, os autores puderam verificar que a prática desenvolvida pelos fisioterapeutas durante uma avaliação a um utente se caracterizava fortemente por cinco domínios: 1) encontrar a causa das queixas do utente; 2) assumir o controlo do exame subjetivo; 3) manter o utente excluído do processo de tomada de decisão; 4) procurar uma explicação biomecânica para os sintomas e 5) atingir a *compliance* do utente no tratamento (apesar de o ter excluído na tomada de decisão acerca desse mesmo tratamento).

Esta perspetiva, altamente mecanicista, parece considerar o corpo da pessoa como propriedade do profissional, reforçando o papel passivo do utente e desestimulando a compreensão do mesmo como ser humano que deseja estar no controlo de sua própria vida. Este tipo de abordagem restringe a participação do utente no programa de tratamento e não o incentiva a ter mais controlo sobre a gestão da sua saúde. Seguindo este modelo, os profissionais podem presumir involuntariamente que os seus valores pessoais são igualmente partilhados pelos seus utentes quando, na verdade, esses valores podem ser prejudiciais para o bem-estar físico e emocional dos mesmos<sup>7</sup>.

Obviamente que o raciocínio diagnóstico, hipotético-dedutivo e/ou por reconhecimento de padrões, é usado pelos fisioterapeutas como parte da sua avaliação, na medida em que estes observam, medem e graduam dimensões como a força muscular, amplitude de movimento ou integridade ligamentar, e fazem-no, idealmente, usando medidas *gold standard* e considerando normas existentes na população como resultados esperados (ou alterados)<sup>5</sup>.

No entanto, e apesar do reconhecimento da importância destes métodos na identificação de *impairments* físicos, é fundamental perceber que os mesmos são fortemente limitados na identificação e avaliação da experiência individual da incapacidade<sup>5</sup>.

Deverá ser feita a distinção entre compreender e gerir o problema para efetivar uma mudança (requere uma abordagem biomédica e um pensamento causa-efeito e ação) e caracteriza-se por um raciocínio diagnóstico e uma gestão procedimental; e

compreender e interagir com a pessoa e o seu contexto para efetivar a mudança (requere uma abordagem biopsicossocial - raciocínio narrativo e gestão comunicativa). A análise do contexto implica reconhecer o utente como pessoa, a sua perspetiva do problema, as suas experiências (desejos, crenças, motivações, emoções,...), a base das suas perspetivas e de que forma o problema está a afetar a sua vida<sup>4</sup>.

Para compreender e gerir o utente e os seus problemas com sucesso, o fisioterapeuta deve considerar não apenas as possibilidades físicas de diagnóstico (estruturas envolvidas e fisiopatologia associada), mas também todos os outros fatores que podem estar a contribuir para a saúde da pessoa<sup>9</sup>

Na realidade, um diagnóstico compreensivo deve englobar o que é apreendido a partir de diferentes formas de raciocínio - colaborativo, ético, procedimental, interativo, preditivo e educacional - reconhecendo o problema físico resultante do raciocínio diagnóstico e a pessoa, em todo o seu contexto, resultante da perspetiva obtida através do raciocínio narrativo<sup>4,10</sup>.

Para os profissionais de saúde, é, portanto, aparente que os processos de raciocínio clínico dedutivo e indutivo são necessários para a compreensão da relação não linear entre a incapacidade física e a experiência pessoal da incapacidade. O modelo biopsicossocial não pretende ignorar os fatores biológicos, mas antes ampliar a compreensão acerca do problema do utente<sup>11</sup>.

Gifford<sup>10</sup> propôs um modelo de saúde e incapacidade que pretende retratar as interações entre as vias aferentes e eferentes do sistema nervoso central, que contribuem para a manutenção da saúde ou para a manutenção/desenvolvimento de problemas de saúde, como dor e incapacidade.

A integridade dos tecidos é “comunicada”, juntamente com a informação contextual acerca do ambiente, incluindo o ambiente imediato que inclui a experiência da lesão e o ambiente contínuo que constitui a experiência de dor da pessoa, através de *mecanismos de input* (vias sensoriais). A partir daí, o cérebro, tanto de forma consciente, como inconsciente, integra e analisa a informação recebida – se o input sensorial atingir um nível de consciência, vai ser analisado lado a lado com as experiências anteriores, e crenças do utente sendo, obviamente, por elas influenciado. Por fim, toda a informação será processada – *processamento* – de forma a criar uma resposta através dos *mecanismos de output* (somáticos motores, autonómicos, neuroendócrinos e sistemas descendentes de controlo/feedback).

A forma como um indivíduo pensa e sente a sua situação de saúde tem efeitos profundos no output fisiológico, psicológico e comportamental gerado, o que por sua vez afeta a manifestação da saúde ou incapacidade – a mesma extensão de lesão ou doença não terá a mesma apresentação em duas pessoas diferentes, já que a manifestação da mesma é moldada em parte por aquilo que a pessoa é e pela forma como o seu sistema (único) responde.

### **3. PRÁTICA CENTRADA NA PESSOA**

A capacidade de um profissional incorporar a experiência do utente no processo de raciocínio clínico está relacionada com aquilo que se designa por prática centrada na pessoa (PCP), um constructo que tem vindo a ganhar cada vez mais importância na área da fisioterapia músculo-esquelética<sup>12</sup>.

Num documento que pretende estabelecer os componentes para que se atinja a qualidade na saúde, o Instituto de Medicina definiu seis áreas fundamentais, que considera estarem em níveis aquém do desejável. Uma dessas áreas são os cuidados centrados na pessoa, ou seja, a prestação de cuidados que respeitem e respondam às preferências individuais do utente, assim como às suas necessidades e valores (IOM). A PCP pode ser definida como “a experiência (na medida em que o utente individual informado deseja) de transparência, individualização, reconhecimento, respeito, dignidade e escolha em todos os assuntos, sem exceção, relacionados à própria pessoa, circunstâncias e relacionamentos nos cuidados de saúde”<sup>13</sup>.

A PCP considera o utente como um ser individual, afastando-se da visão da pessoa como mero objeto portador de doença. Isto significa que o profissional deve entender o contexto da pessoa e estabelecer com ela uma aliança terapêutica ao longo do processo de cuidados<sup>14</sup>

Esta aliança terapêutica pressupõe uma relação igualitária entre o utente e o profissional de saúde, permitindo a autonomia do utente e igualando o poder entre as duas partes, permitindo a tomada de decisão colaborativa. Como tal, a PCP contribui para a produção de planos ou resoluções de tratamento adequados, potencializados pelo que é significativo para o utente, em vez de o reduzir meramente ao seu diagnóstico<sup>15</sup>.

Diferentes autores têm tentado identificar as principais componentes da PCP, sendo que, com algumas variações, é unanimemente aceite que esta englobe dimensões como o respeito pelo utente e suas crenças, motivações e necessidades; companheirismo e tomada de decisão colaborativa; equidade e facilidade no acesso à

saúde; informação e educação acerca do problema de saúde e coordenação e integração de cuidados<sup>16-19</sup>.

Numa revisão sistemática recente<sup>15</sup> foram avaliadas as perspetivas dos utentes e profissionais de saúde em relação ao fatores fundamentais na PCP e os resultados confirmam a importância das componentes identificadas - ambas as partes concordaram que ambientes calmos e confortáveis (sem sobrelotação de utentes), capacidade de o profissional ouvir o utente, partilha de informação, inclusão do utente no processo de gestão do problema, integração de cuidados, acesso facilitado a cuidados de saúde e relações de respeito e companheirismo são as bases para uma ótima aliança terapêutica

Adotar uma PCP melhora os *outcomes* das intervenções e os níveis de satisfação e *compliance* com o tratamento; e resulta em redução dos custos associados aos cuidados de saúde (por redução da procura dos mesmos), enquanto aumenta a qualidade de vida dos utentes<sup>14</sup>

No entanto, e apesar desta noção, tem também sido largamente documentado que muitos profissionais de saúde, onde se incluem os fisioterapeutas, continuam a adotar procedimentos altamente biomédicos<sup>6-8</sup>.

Esta realidade é, por si só, a primeira grande limitação à progressão para modelos biopsicossociais - profissionais com fortes crenças biomédicas relacionadas com os sintomas, patologias e tratamentos, transferem esse tipo de abordagem para o próprio utente, que assume como corretas as informações e orientações prestadas pelo profissional<sup>11</sup>.

Num estudo que pretendeu avaliar quais as barreiras à implementação de PCP, os autores referem exatamente que a “máquina” dos serviços de saúde foi e mantém-se construída com base no paradigma biomédico e que todos os profissionais que atuam segundo as vias tradicionais acabam por restringir a liberdade de colegas ou membros da equipa multidisciplinar em agir de forma diferente do habitual. É muito frequente que os profissionais tenham metas pré-definidos para determinados utentes e que procurem avaliar objetivamente de que forma as mesmas foram atingidas, retirando espaço e significado à narrativa do utente<sup>20</sup>

Também o facto de existirem diferentes conceptualizações da PCP constitui uma barreira à sua implementação<sup>21</sup>, levando a que algumas vezes os próprios profissionais não consigam avaliar as suas práticas, considerando que estão a implementar práticas centradas na pessoa, quando na realidade não estão<sup>20</sup>.

Outras barreiras identificadas relacionam-se com a estruturação física dos serviços - espaços demasiado amplos limitam a privacidade e afetam a comunicação entre utentes e profissionais - e com os constrangimentos temporais<sup>20</sup>

No que se refere com as variáveis facilitadoras na implementação destas práticas, é unânime que a liderança representa um dos principais fatores para uma implementação efetiva<sup>19-22</sup>.

O compromisso das lideranças com a aplicação destas práticas, determina até que ponto as organizações de saúde orquestram um ajuste entre a visão da PCP e o plano estratégico e prioridades. As chefias têm a responsabilidade não só de definir com clareza as bases deste modelo, mas também de as comunicar e disseminar pelos funcionários, em todos os departamentos<sup>19</sup>.

Ainda assim, é obviamente fundamental que os profissionais, a título individual, sejam capazes de auto-refletir sobre a sua prática, percebendo até que ponto estão a incluir o utente no processo terapêutico<sup>11</sup>

Deste ponto de vista, a educação e formação, tanto de profissionais como de utentes, foi considerada por diferentes autores como uma estratégia fundamental na implementação da prática centrada na pessoa<sup>19,21,23</sup>.

## CASO CLÍNICO

---

### 1. EXAME SUBJECTIVO

A D. Glória tem 69 anos. É viúva e vive sozinha, uma vez que ambos os filhos já saíram de casa há vários anos. Tem dois netos, que costumam passar alguns fins-de-semana com ela.

#### **História Atual**

Foi sugerido à D. Glória que nos falasse sobre si e a situação que a terá conduzido à fisioterapia.

A utente começa por referir que já teria feito fisioterapia no serviço, há cerca de três anos, na altura com queixas de dor ao nível do ombro direito, que lhe teriam dito estar associadas com tendinopatias recorrentes, relacionadas com as atividades profissionais que desenvolveu durante a vida – agricultora, costureira e carpinteira. Refere ter melhorado consideravelmente com os tratamentos.

Algum tempo mais tarde, há cerca de um ano, conta ter sofrido uma queda durante uma das suas atividades agrícolas, da qual resultou uma forte dor no ombro, que a levou a dirigir-se ao Serviço de Urgência, onde lhe terá sido diagnosticada uma rotura muscular. A partir dessa data refere ter sentido melhoria progressiva das queixas álgicas, no entanto, imediatamente após a queda, passa a apresentar limitação funcional do membro superior direito, com incapacidade de o elevar acima dos 90°. Apesar disso, a utente diz ter “feito a sua própria Fisioterapia”, o que progressivamente a levou a recuperar a mobilidade do membro, que atualmente, na sua perspectiva, não é responsável pelas suas queixas.

Quando conversamos sobre o problema atual, a D. Glória refere que desde há muitos anos, após a menopausa e ainda antes das dores no ombro, que apresenta sintomas em ambas as mãos (mas predominantemente à direita), nomeadamente dor e parestesias noturnas. Mantém este problema até à atualidade, com períodos de melhoria e exacerbação intermitentes.

Considera ser este o seu principal problema e o motivo pelo qual procura tratamentos de Fisioterapia.

Quando se procura que a utente fale acerca da sua perspectiva sobre a origem da dor, a D. Glória confessa-se confusa, já que não entende porque as principais queixas surgem nas mãos, mas “toda a gente lhe diz que aquilo vem da coluna” e que quando os sintomas surgiram se recorda de lhe terem prescrito um colar cervical.

Questiona-se se o facto de ser uma pessoa muito ativa, nomeadamente nas tarefas agrícolas, estará a contribuir negativamente para a situação. Neste ponto, refere que se reformou recentemente, revelando muitos problemas profissionais no último ano, uma vez que a empresa que criou com o marido há cerca de trinta anos, e que ela geriu com o filho nos últimos cinco, abriu recentemente um processo de insolvência. Demonstra-se muito abalada com a situação, referindo problemas psicológicos (com aumento da toma de antidepressivos) e emagrecimento (6Kg em oito meses).

Refere dificuldade em dormir, que relaciona com os problemas pessoais, que a “atormentam durante a noite”, mas que é agravada pela dor e parestesias noturnas, dificultam que volte a adormecer.

Afirma que manter-se ativa, na quinta e a tratar dos netos, a deixa cansada, por vezes dorida, mas a ajuda a passar o tempo e a esquecer os problemas.

A utente toma medicação para controlo da tensão arterial, mas nega outros problemas de saúde (diabetes, hipercolesterolemia ou antecedentes pessoais de patologia vascular).

## **SINTOMAS**

**D1:** Dor cervical, que surge normalmente ao final do dia, e que a utente caracteriza como sendo um “peso no pescoço”, que faz com que a utente tenha dificuldade em encontrar uma posição adequada e confortável para a cabeça (END 4). Refere que a dor é pior nos dias em que se esforça mais. Está normalmente melhor de manhã, e responde moderadamente à toma de AINE.

**D2:** Dor na mão direita (face dorsal da mão e dos 3º e 4º dedos + face palmar dos 3º e 4º dedos); que surge essencialmente durante a noite (END 8). Caracteriza a dor como sendo “tipo queimadura” e associada a parestesias. Estas queixas aliviam com o frio e com a alteração da posição, sendo que a utente tem muitas vezes que se sentar na cama ou no sofá, sentindo alívio praticamente imediato. Refere também diminuição de sensibilidade na mão, associada a estes sintomas (“Quando assim estou não consigo segurar nada nas mãos...”).

Estas queixas não melhoram com a toma dos AINE.

A utente não estabelece uma relação entre D1 e D2, acreditando que o surgimento de uma não condiciona o aparecimento da outra

## **2. MECANISMOS**

### ***Mecanismos de Input – Tipo de Dor***

A evidência apresentada no exame subjetivo sugere que:

#### **D1 é uma Dor Nociceptiva Mecânica**

Surge ao final do dia, possivelmente por manutenção da carga ao nível da coluna cervical

Melhora com o repouso

Responde moderadamente à toma de AINE

#### **D2 é uma Dor Neuropática Isquémica**

Dor tipo “queimadura”, associada a parestesias

Distribuição por um dermatoma específico (C7)

Não se altera perante a toma de AINE.

Piora com a imobilidade (isquémia tecidual), nomeadamente durante o período noturno, e melhora com a atividade/mudança de posição

### ***Mecanismos de Processamento (Centrais/Cognitivos)***

As queixas apresentadas têm uma evolução prolongada, tendo ultrapassado o tempo esperado de recuperação, e existem alguns fatores psicossociais (estado emocional, depressão...) valorizáveis, o que poderia constituir evidência positiva para a existência de problemas ao nível do processamento.

No entanto, existem também alguns dados que contrariam esta hipótese, nomeadamente, o facto das queixas apresentadas serem localizadas (D2 não é localizada, mas segue uma distribuição específica), responderem de forma esperada aos estímulos provocatórios e, no caso de D1, responderem positivamente à toma de medicação anti-inflamatória. Para além disso, foi possível perceber, através do exame subjetivo, que a D. Glória é uma pessoa ativa, não evidenciando sinais da presença de fatores como a medo do movimento ou catastrofização e demonstrando ainda alguma

capacidade de autogestão, quando refere que recuperou a mobilidade do ombro fazendo a sua própria fisioterapia.

Considera-se que a evolução prolongada das queixas pode ser explicada pela manutenção de atividades potencialmente lesivas (profissionais e agrícolas), o que pode não só ter retardado o período de recuperação, como também ter sido responsável por lesões paralelas e mecanismos adaptativos.

Quanto à presença de sinais que indicam alguma fragilidade emocional, a utente relaciona-os com os problemas profissionais existentes, não havendo qualquer evidência que associe a presença das queixas e as alterações emocionais - a D. Glória associa a sua depressão, emagrecimento e dificuldade em dormir, com os problemas profissionais e económicos dos últimos meses, e não parece valorizar particularmente o papel das queixas músculo-esqueléticas neste processo.

Assim sendo, pensa-se ser possível afirmar que não existem fatores psicossociais que contribuam direta e negativamente na evolução do problema da utente. Não deverá, contudo, ser desvalorizada a informação de que a utente apresenta algumas alterações emocionais, e alteração do padrão de sono que, indiretamente, constituem fatores potencialmente importantes na progressão do seu problema e do tratamento do mesmo.

### ***Mecanismos de Output***

Não existe evidência no exame subjetivo que permita identificar mecanismos motores, que influenciem o raciocínio clínico subjacente à condição da utente.

### **3. ORIGEM DOS SINTOMAS**

Considera-se a possibilidade das seguintes estruturas serem responsáveis pelos sintomas apresentados:

#### **D1:**

Articulações Interapofisárias

Disco Intervertebral

Facetas articulares

#### **D2:**

Raiz de C7

Nervo Mediano

#### 4. COMPORTAMENTO DOS SINTOMAS

D1:

##### Severidade

###### *Baixa*

A utente refere que realiza todas as atividades domésticas e agrícolas, sem limitações, e sem ajuda de terceiros.

##### Irritabilidade

###### *Moderada*

Quando realiza atividades demasiadamente exigentes, a dor piora e demora mais tempo a passar.

D2:

##### Severidade

###### **Moderada**

Padrão de sono alterado

Sintomas não limitam realização de atividades diárias

##### Irritabilidade

###### **Moderada**

Sintomas não melhoram com AINE

Sintomas pioram com o repouso

## 5. FACTORES CONTRIBUINTES

### **Físicos**

#### *Idade*

A utente tem 69 anos, o que pode indicar possibilidade de existência de alterações degenerativas articulares.

#### *Rotura do Supra-Espinhoso*

A utente tem história de tendinopatias repetidas e existe registo ecográfico que confirma rotura total do tendão do supra-espinhoso.

Esta situação pode estar associada a alterações biomecânicas do membro superior, que acarretem disfunções cervicais ou da mobilidade neural.

### **Ambientais**

#### *Utente muito ativa, que realiza atividades agrícolas por vezes exigentes.*

A utente não impõe qualquer restrição às atividades agrícolas do quotidiano. Esta situação pode contribuir de forma dupla para a sua situação – por um lado pode ser um fator positivo, do ponto de vista em que indica que a utente se mantém ativa, não evidenciando medo do movimento; por outro pode representar um fator negativo, se os esforços realizados contribuírem para a continuidade e progressão dos sintomas.

### **Psicossociais (Orange, Yellow, Blue, Black Flags)**

#### *Depressão e alteração do padrão de sono.*

Fatores que podem contribuir negativamente para o processo de recuperação.

## 6. MECANISMOS TECIDULARES

Como já referido, as queixas da utente apresentam uma evolução excessivamente prolongada. Desta forma, do ponto de vista do mecanismo tecidual, torna-se difícil determinar em que fase se encontra a lesão. É previsível que possa existir um ciclo que, por determinantes externos (esforço, trauma, sobrecarga,) possa, de forma intermitente, iniciar novas fases inflamatórias. Pela evidência subjetiva, esta não será uma dessas fases, nem existe indício de ter acontecido uma recorrência inflamatória nos últimos

tempos. Assim sendo, o mais provável, é que a lesão da utente se encontre numa fase de remodelação e maturação.

## **7. PRECAUÇÕES / CONTRA-INDICAÇÕES / RED - FLAGS**

Na presença de dor cervical, é fundamental excluir a possibilidade de patologia vascular inerente, antes de iniciar manobras de avaliação ou tratamento.

Ainda durante o exame subjetivo, o utente deverá ser questionado acerca da existência de hábitos tabágicos, assim como de trauma recente, antecedentes familiares de AVC ou hipercolesterolemia<sup>2</sup>. Neste caso, a D. Glória negou qualquer um fatores. Registou-se o facto de a utente sofrer de hipertensão arterial que, no entanto, deverá estar controlada pela medicação anti-hipertensiva.

Ainda assim, deverá ser considerada no exame objectivo uma avaliação neurológica dos pares cranianos, marcha e coordenação, tensão arterial e auscultação<sup>2</sup>

Para além disso, deverá ser verificada a possibilidade existência de outras *red-flags*.

O emagrecimento referido pela utente poderia constituir um sinal de alerta para a possibilidade de existência de patologia grave, nomeadamente neoplásica, mas parece existir uma explicação para esse facto e não existem outros dados que, para já, remetam para essa possibilidade. Ainda assim, o exame objetivo deve ser conduzido e interpretado com esta informação em mente.

O facto de existir evidência acerca de uma rotura completa do supra-espinhoso, antevê a possibilidade de existirem alterações da biomecânica ou instabilidade ao nível do ombro. Esta informação pode constituir um fator de precaução na realização de alguns testes objetivos, nomeadamente aqueles que exigem maiores amplitudes de movimento nesta articulação.

A existência de queixas de origem neuropática, leva a que seja considerada precaução ao nível dos testes realizados, devido à irritabilidade do sistema nervoso e aos sintomas latentes que podem surgir.

## 8. HIPÓTESE PRELIMINAR

A principal queixa atual da D. Glória relaciona-se com a presença de sintomas neuropáticos na mão direita, que provocam alteração do padrão de sono.

A primeira pista para estabelecer a origem destes sintomas é fornecida no exame subjetivo, nomeadamente através do conhecimento do território de inervação sensitivo das possíveis estruturas afetadas.

A utente refere dor e parestesias no 3º e 4º dedos (++) face dorsal), o que corresponde a parte do território de C7. No entanto, também o nervo mediano (com origem entre C5 e T1), partilha a inervação desta região (juntamente com o 1º e 2º dedos), e pode ser responsável pelo quadro apresentado<sup>24</sup>.

Assim sendo, pode considerar-se a possibilidade de a utente apresentar uma alteração na condução nervosa que, atendendo à distribuição dos sintomas pode estar relacionada com um comprometimento da raiz nervosa C7 ou com uma neuropatia periférica do nervo mediano.

No que se refere com o comprometimento cervical, o eventual envolvimento radicular e consequente sintomatologia, provoca por vezes alguma confusão de terminologia. No entanto, a International Association for the Study of Pain (IASP) é clara na definição de radiculopatia - refere-se a um estado neurológico, em que a condução nervosa é bloqueada ao longo da raiz ou nervo espinhal – quando este bloqueio afeta fibras sensoriais, as parestesias são o primeiro sintoma (seguindo a distribuição dos dermatomas); quando afeta fibras motoras, o principal achado será a fraqueza muscular (seguindo a distribuição dos miotomas). Este conceito difere do de dor radicular, normalmente provocada por inflamação da estrutura nervosa, quase sempre associada com hérnia discal, e com um comportamento lancinante, que irradia para o membro numa amplitude não superior a 5-8cm<sup>25</sup>.

No caso da D. Glória, a existir comprometimento da raiz nervosa, existe suficiente informação no exame subjetivo para excluir à partida uma dor radicular provocada por inflamação neural e, assim sendo, para excluir a existência de uma hérnia discal sintomática. O comportamento da dor cervical, apresentando-se como um “peso no pescoço”, surgindo normalmente após exposição a carga prolongada e aliviando com o repouso é característico de condições mecânicas, em relação às quais é por vezes difícil determinar a origem estrutural concreta e que estão muitas vezes relacionadas com alterações degenerativas esperadas para a idade<sup>26</sup>.

Por outro lado, o facto de a localização das queixas neuropáticas se limitar à mão, e de estas aliviarem com frio local, pode levar a crer que a origem seja mais distal, mais especificamente ao nível do túnel cárpico, local frequente de compressão do nervo mediano (Síndrome do Túnel Cárpico - STC). A existência de dor predominantemente noturna é também característica desta afecção<sup>27</sup>.

Existem sintomas particulares e sinais objetivos que podem auxiliar no diagnóstico diferencial destas duas patologias.

As medidas objetivas identificadas na literatura como adequadas à classificação da dor cervical são a mobilidade ativa cervical e torácica, a mobilidade acessória cervical e o Cranial Cervical Flexion Test<sup>26</sup>.

A avaliação da mobilidade cervical em sujeitos com radiculopatia, resulta normalmente num achado específico, em que a extensão ou rotação cervical serão os movimentos mais dolorosos e, eventualmente, mais limitados, uma vez que provocam uma redução do espaço ao nível dos buracos de conjugação<sup>24,26,28</sup>

A avaliação dos reflexos osteotendinosos (ROT) resulta frequentemente numa hiporreflexia do membro superior, neste caso concreto, afetando o reflexo tricipital<sup>24</sup>

Os testes especiais considerados úteis para o diagnóstico de radiculopatia são o Teste de Spurling, o Teste de Distração e os Testes de Tensão Neural do membro superior<sup>26</sup>.

No que se refere com o STC, as parestesias apresentam comportamento predominantemente noturno, intermitente, e apenas aumentam de frequência ou surgem durante o dia em fases mais avançadas da doença<sup>28,29</sup>. A dor é sobretudo sentida na mão, sendo que raramente irradia para o antebraço<sup>28</sup>.

Os testes considerados úteis para o diagnóstico desta condição são o Teste de Phalen e o Teste de Tinel<sup>24,28</sup>.

Será importante também verificar a integridade e força muscular – uma neuropatia do mediano poderá resultar em fraqueza do curto abductor do polegar e, conseqüentemente, hipotrofia da região tenar da mão afectada<sup>24,28,29</sup>; uma radiculopatia de C7 poderá resultar em redução da força muscular do tricípite<sup>24</sup>.

A informação existente, acerca de uma rotura ao nível da coifa dos rotadores, não influencia de forma significativa o raciocínio subjacente aos sintomas neuropáticos, uma vez que a utente refere que os sintomas no ombro tiveram início posterior às queixas na mão direita.

Por outro lado, a utente não apresenta atualmente queixas ao nível do ombro ou braço, e não parece provável que a rotura da coifa possa influenciar o quadro apresentado, uma vez que não existe qualquer evidência que estabeleça uma relação entre a presença desta patologia e a existência de comprometimento neural, pelo menos ao nível da raiz de C7 ou do nervo mediano. Quanto muito, poderia considerar-se uma lesão ao nível do nervo supraescapular<sup>30</sup> mas não existe no exame subjetivo qualquer informação compatível com esta hipótese. Assim sendo, considera-se que o exame objetivo não se deverá focar nesta articulação.

Ainda assim, a existência desta lesão não deve ser desvalorizada, uma vez que pode ser responsável por alterações biomecânicas que potenciem o mecanismo lesivo responsável pelos sintomas neuropáticos, principalmente se considerarmos a possibilidade da sua origem cervical.

## **9. EXAME OBJECTIVO**

### **AVALIAÇÃO POSTURAL**

Anteriorização dos ombros ( ++ à direita.)

Depressão do ombro direito

Acentuação das curvaturas vertebrais (hiperlordose cervical, hipercifose dorsal e hiperlordose lombar)

### **AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE CERVICAL (ACTIVA/PASSIVA)**

**Flexão** completa, dor ligeira (na região cervical baixa, sem irradiação)

**Extensão** ligeiramente limitada, dor moderada (na região cervical baixa, sem irradiação)

**Rotação Direita** ligeiramente limitada, dor moderada (na região cervical baixa, sem irradiação)

**Rotação Esquerda** completa, indolor

**Flexão Lateral Direita** completa, indolor.

**Flexão Lateral Esquerda** completa, com dor de estiramento na região do Trapézio Superior, contralateral.

Em todos os movimentos dolorosos, a utente refere exacerbação da dor com a aplicação de pressão adicional

### **AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE ACESSÓRIA (PAIVMs)**

Redução da mobilidade postero-anterior em C6, C7 e T1, com referência de dor.

Sem alterações de mobilidade das vértebras torácicas

### **AVALIAÇÃO MUSCULAR**

Encurtamento dos paravertebrais cervicais e músculos posteriores do pescoço.

Espasmo muscular à mobilização de C6, C7 e T1.

Apesar da alteração postural e dos desequilíbrios musculares inerentes, não se regista perda de força muscular na região.

### **AVALIAÇÃO NEUROMUSCULAR**

**Miotomas de C7 (Tricípite):** Sem alterações (FM grau 5/5); semelhante bilateralmente

**Músculos Inervados pelo Mediano (Oponentes; Curto Flexor do Polegar, Abdutor do Polegar):** Ligeira fraqueza à direita (Grau 4/5)

### **AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA**

#### **Mobilidade Neural**

*ULTT<sub>1</sub>*: Positivo para dor ao nível do punho e dedos

#### **Reflexos**

*Tricipital*: Sem alterações (em relação ao membro contralateral)

#### **Sensibilidade**

Hipoestesia tátil em todo o território de inervação sensitiva do nervo mediano, exceto o 1º dedo (face dorsal do 2º e 3º dedos e metade lateral do 4º dedo; face palmar do 1/3 distal do 2º e 3º dedos).

Sem alterações de sensibilidade na região posterior do antebraço (restante território de C7).

### **TESTES ESPECIAIS**

#### **Cervical**

*Teste de Spurling*: Negativo para sintomas no membro superior

*Teste de Distração*: Positivo (Alívio da dor cervical)

\*Não foi realizado o Cranial Cervical Tension Test por não existir no Serviço o material necessário

## Punho

*Teste de Phalen:* Positivo bilateralmente (++) à direita)

*Teste de Tinel:* Positivo à direita

## 10. HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

O quadro abaixo resume as principais evidências positivas e negativas para as duas hipóteses colocadas – radiculopatia cervical e compressão do nervo mediano ao nível do túnel cárpico:

		STC	RADICULOPATIA CERVICAL
EVIDÊNCIA POSITIVA	Exame Subjectivo	Sintomas bilaterais Dor melhora com frio local Dor predominantemente noturna Dor isquêmica	Dor cervical de natureza mecânica
	Exame Objectivo	Sinal Tinel positivo Sinal Phalen positivo Hipoestesia tátil em parte do território sensitivo do nervo mediano ULTT1 positivo sugerindo lesão de deslizamento distal Ligeira fraqueza dos músculos inervados pelo nervo mediano	Hiperlordose cervical Dor à extensão e rotação direita cervical Hipomobilidade PA dolorosa em C6, C7 e T1
EVIDÊNCIA NEGATIVA	Exame Subjectivo	Território doloroso não corresponde à totalidade do território de inervação do Nervo Mediano (1º, 2º, 3º e metade lateral do 4º dedo)	D2 não parece surgir relacionada com D1.
	Exame Objectivo	-----	Flexão homolateral indolor Reflexo tricipital normal Território sensitivo de C7 sem alterações Miotomas de C7 sem alterações Teste de Spurling negativo

Pela análise do quadro apresentado, pode considerar-se que existe um maior número de achados que parecem sustentar de forma mais sólida a hipótese de estarmos perante um comprometimento do nervo mediano ao nível do túnel cárpico. A utente refere sintomas bilaterais, apesar de mais acentuados à direita, predominantemente noturnos e de natureza isquémica. Os testes diferenciais referidos na literatura são ambos positivos, e regista-se hipoestesia táctil em parte do território de inervação do nervo mediano. Para além disso, regista-se também ligeira fraqueza dos músculos inervados por esta estrutura.

No entanto, o quadro apresentado não corresponde na totalidade ao que usualmente é descrito para o STC, e que frequentemente surge na prática diária. Neste caso, a utente nega quaisquer sintomas ao nível do 1º dedo, o que muitas vezes é, só por si, motivo para excluir esta patologia e procurar sinais e sintomas cervicais.

A este nível, foram encontradas algumas alterações que sugerem lesão regional, nomeadamente, dor cervical mais acentuada à extensão e rotação direita e hipomobilidade dolorosa nos níveis C6, C7 e T1; e que poderia justificar os sintomas neuropáticos, através de compressão radicular. Por outro lado, surge também alguma evidência negativa, principalmente quando avaliada função neurológica – a flexão homolateral é indolor (caso existisse compressão radicular, a flexão lateral para o mesmo lado deveria piorar os sintomas, uma vez que reduz o espaço ao nível dos buracos de conjugação<sup>31</sup>), os ROT são normais, não existem alterações de sensibilidade no território de C7, nem perda de força nos seus miotomas. Para além disso, o Teste de Spurling é negativo.

Perante um quadro pouco esclarecedor, considerou-se então a possibilidade de estarmos perante um *double-crush*. Esta entidade é definida por compressão em uma ou mais localizações ao longo do curso de um nervo periférico, que podem coexistir e sinergeticamente resultarem em aumento da intensidade dos sintomas<sup>32</sup>. A teoria subjacente a esta possibilidade será a interrupção do fluxo de nutrientes em ambas as direções, ao longo do axónio<sup>32</sup> provocando alterações neurais pelo fluxo axoplasmático alterado<sup>33</sup>. A predisposição de indivíduos com radiculopatia cervical apresentarem STC é um dos *double-crushs* mais comuns e mais encontrados na prática clínica.

## **11. NECESSIDADE DE INFORMAÇÃO ADICIONAL**

O facto de existirem duas hipóteses preliminares, e considerando que o exame objetivo não foi totalmente esclarecedor quanto à confirmação de uma, ou de outra; a realização de exames complementares de diagnóstico poderia revelar-se útil no estabelecimento de um diagnóstico definitivo.

Ainda assim, e considerando a cronicidade dos sintomas, e a possibilidade de diferentes afeções estarem a influenciar o quadro clínico, a realização de um ECD específico poderia acabar por resultar num fator de confudimento, e até no planeamento de uma intervenção restritiva e não direcionada aos sintomas da utente.

Desta forma, e considerando que não existem dados que possam indicar patologias mais graves, considera-se que não existe necessidade de solicitar ECD antes do início de tratamento.

Ainda assim, e consoante a evolução apresentada pela utente, não se deverá excluir a possibilidade de esta solicitação ser feita mais tarde, caso necessário.

## **12. INTERVENÇÃO E REAVALIAÇÃO**

Após a avaliação e subjacente processo de raciocínio clínico, podemos verificar que o quadro estabelecido não é totalmente claro quanto à condição da utente.

Estas apresentações são comuns na prática clínica, sobretudo em situações que se prolongam no tempo e com as quais coexistem, necessariamente, crenças e perspetivas do utente, eventuais processos de sensitização central ou alterações psicossociais que podem, por si só, alterar a perceção de dor ou mesmo a transferência da informação para o profissional de saúde.

A D. Glória, apesar de referir algumas alterações emocionais, não pareceu demonstrar, pelos motivos já assinalados, alterações ao nível do processamento mas, ainda assim, não deixa de ser importante ficar atento a qualquer progressão no plano de intervenção que possa evidenciar algum nível de sensitização central.

Quanto ao planeamento da intervenção torna-se então fundamental que a utente compreenda quais as condições que podem estar a contribuir para as suas queixas e eventuais riscos associados, compreendendo e colaborando no processo de tomada de decisão.

O quadro a seguir apresentado estabelece o plano de tratamento inicial, com base nos principais objetivos delineados conjuntamente com a utente, que referiu que o que mais necessitava no momento era de reduzir as parestesias noturnas, para dormir melhor, e

a dor cervical durante o dia, que a fazia sentir-se “dorida” durante as atividades agrícolas. Sensibilizou-se a utente para a necessidade de adotar alguns cuidados e a prática rotineira de exercício, de forma não só a potenciar os resultados da fisioterapia, mas também a aumentar a sua capacidade de autogestão do problema, tanto na fase atual, como no futuro, de forma a minimizar o impacto da condição na sua vida diária.

	INTERVENÇÃO	RESULTADOS ESPERADOS	AValiaÇÃO
EDUCAÇÃO	<p>Descrever, de forma simples e tendo em conta o nível sócio-cultural da utente, a anatomia do Sistema Nervoso Periférico (SNP) e da coluna cervical; explicando mecanismos de lesão e o comportamento da dor neuropática – poderão ser usadas ferramentas tecnológicas</p> <p>Relacionar D1 e D2, de forma a que a utente possa compreender que as atividades que exacerbam D1, poderão também ser responsáveis pela exacerbação de D2.</p> <p>Consciencializar a utente de que deverá encontrar uma forma de realizar as suas atividades diárias, que seja menos nociva para o seu problema e que, assim, possa resultar numa melhoria das queixas e da qualidade de vida.</p> <p>Ensinar posturas adequadas e exercícios a realizar em casa</p>	<p>Perceção da disfunção, das atividades que agravam/aliviam e dos mecanismos que justificam essa resposta.</p> <p>Reconhecimento das posturas mais adequadas, para minimizar o aparecimento dos sintomas.</p> <p>Aprendizagem da execução correta dos exercícios ensinados; e reconhecimento da sua importância para uma recuperação favorável.</p>	<p>Entrevista</p> <p>Observação da execução dos exercícios a realizar em casa.</p>
TERAPIA MANUAL	<p>TENS trajeto C7/nervo Mediano – Para redução da dor neuropática<sup>34,35</sup></p> <p>Técnicas de Tração Cervical – Para aumentar o espaço intervertebral e aliviar a compressão radicular<sup>24,33,43</sup></p> <p>Mobilização acessória de C6, C7 e T1 – Para aumentar a mobilidade e reduzir a dor<sup>36</sup></p> <p>Mobilizações com movimento para rotação direita – Para ganho de amplitude ativa não dolorosa<sup>36</sup></p> <p>Mobilização neural – Para aumentar a mobilidade do tecido neural e libertar pontos de tensão regionais, de forma a reduzir os sintomas neuropáticos<sup>26,37</sup></p>	<p>Melhoria momentânea da dor cervical.</p> <p>Melhoria dos sintomas neuropáticos num período de 48H</p> <p>Aumento da mobilidade acessória cervical, com redução da dor à mobilização passiva.</p> <p>Aumento da mobilidade ativa para rotação direita</p> <p>Aumento da amplitude de movimento indolor do tecido neural (progressão na mobilização neural).</p>	<p>END (Dor cervical)</p> <p>END (sintomas neuropáticos – avaliado 48H após o tratamento)</p> <p>Toma de AINE (Entrevista)</p> <p>Mobilização acessória cervical</p> <p>Mobilização ativa cervical</p> <p>Avaliação da mobilidade neural (ULTT1)</p>
EXERCÍCIO	<p>Exercícios de fortalecimento/resistência e alongamento dos músculos cervicais<sup>36,38,39</sup></p> <p>Exercícios de estabilização cervical e do complexo articular do ombro<sup>38,39</sup></p> <p>Exercícios de mobilidade do punho<sup>28</sup></p> <p>Exercícios ativos de mobilização neural<sup>26,37</sup></p>	<p>Reconhecimento da forma mais adequada de realizar os exercícios, sem compensações e respeitando os tempos de manutenção e frequência de realização (séries, repetições).</p>	<p>Observação</p>

### 13. PROGRESSÃO / MODIFICAÇÃO AO TRATAMENTO / ALTA

Consoante a resposta da utente ao tratamento inicial, antecipam-se algumas possibilidades de progressão, explicitadas no quadro abaixo.

Considerando uma resposta favorável, que implica melhoria da biomecânica e melhoria dos sintomas, sugere-se progressão até à alta:

		BIOMECÂNICA	
		MELHORIA	NÃO MELHORIA
SINTOMAS	MELHORIA	<p>Progredir, em termos de educação, para a alteração consciente de hábitos e rotinas diárias; e para a sua manutenção a longo prazo.</p> <p>Manter mobilizações cervicais, activas e passivas.</p> <p>Manter mobilização neural, progredindo para mobilizações com sensitização máxima, sem dor.</p> <p>Progredir para exercícios de estabilização mais exigentes, nomeadamente, utilizando superfícies instáveis.</p> <p>Fortalecimentos dos músculos inervados pelo mediano.</p> <p>Alongamento dos grupos musculares flexores do punho e dedos.</p> <p>Treino de sensibilidade e motricidade fina.</p>	<p>Manter técnicas de tracção e de mobilização cervical (activa e passiva).</p> <p>Manter mobilização neural, progredindo na amplitude de tratamento.</p> <p>Dar relevância à realização do plano de exercícios, nomeadamente monitorizando a realização durante a sessão e controlando a adesão da utente, fora do Serviço.</p>
	NÃO MELHORIA	<p>Maior relevância às técnicas mais suaves, de redução da dor.</p> <p>Maior precaução na mobilização neural.</p> <p>Redução da frequência e intensidade dos exercícios realizados.</p> <p>Introdução de técnicas mais específicas para alívio dos sintomas [Crioterapia (utente referia redução dos sintomas); Aplicação de bandas neuromusculares,..].</p>	<p>Rever as hipóteses de diagnóstico. Reencaminhar, se necessário.</p>
	PIORIA	<p>Suspender mobilização neural, no membro afetado, reiniciando suavemente no membro contralateral.</p> <p>Suspender mobilização acessória cervical.</p> <p><b><u>SE CONTINUIDADE:</u></b></p> <p>Ponderar existência de problemas mais graves. Se necessário, solicitar ECD.</p>	<p>Rever as hipóteses de diagnóstico. Reencaminhar, se necessário</p>

## 14. PROGNÓSTICO E CRITÉRIOS DE ALTA

O quadro abaixo resume os resultados esperados para cada sinal subjetivo e objetivo e o raciocínio subjacente a esse prognóstico.

Inclui ainda uma antecipação dos possíveis motivos de recorrência e os critérios de alta definidos.

DADOS SUBJECTIVOS				
	RESULTADOS	RACIOCÍNIO	RECORRÊNCIA	ALTA
<b>Dor Cervical (D1)</b>	Resolução	Efeito neuro fisiológico das técnicas de controlo da dor utilizadas  Melhoria da biomecânica vertebral cervical Melhoria do controlo postural  Prevenção de posturas e atividades que agravam os sintomas	Novo trauma / esforço  Não cumprimento do plano de exercícios e das indicações relativas às atividades que agravam os sintomas	Desaparecimento da dor, por um período consecutivo de, pelo menos, uma semana.
<b>Dor Neuropática (D2)</b>	Melhorada	Melhoria da mobilidade neural e da normal condução nervosa	Nova lesão do SNP  Não cumprimento do plano de exercícios e das indicações relativas às atividades que agravam os sintomas	Melhoria acentuada da dor, em termos de frequência e intensidade.
<b>Alteração do Padrão de Sono</b>	Resolvido	Redução de D2, com efeito nas queixas noturnas e na necessidade de alterar a posição durante a noite.	Recorrência de D2	Restabelecimento de um padrão de sono normal.
<b>Reconhecimento de atividades que agravam D1 e D2</b>	Atingido	Evicção de atividades lesivas, com repercussão negativa na dor.	Crenças negativas em relação à influência das atividades realizadas no agravamento da dor	Reconhecimento das atividades lesivas e compreensão da sua importância na prevenção da dor.
<b>Reconhecimento das posturas mais adequadas para minimizar o impacto na condição</b>	Atingido	Capacidade em corrigir posturas desadequadas e assumir um controlo postural mais correto.	Crenças negativas em relação à influência das posturas no agravamento da dor	Reconhecimento das posturas adequadas para a prevenção da dor e capacidade para as implementar, sem esforço.

**DADOS OBJECTIVOS**

	<b>RESULTADOS</b>	<b>RACIOCÍNIO</b>	<b>RECORRÊNCIA</b>	<b>ALTA</b>
<b>Mobilidade Cervical Passiva</b>	Restabelecida	Efeitos biomecânicos da mobilização acessória e das mobilizações com movimento.  Melhoria postural, com menor impacto nas estruturas cervicais.	Novo trauma / esforço  Não cumprimento do plano de exercícios e da manutenção de posturas adequadas.	Restabelecimento da mobilidade cervical passiva (comparativamente com os níveis adjacentes), sem dor
<b>Mobilidade Cervical Ativa</b>	Restabelecida	Efeitos biomecânicos da mobilização acessória e das mobilizações com movimento.  Melhoria postural, com menor impacto nas estruturas cervicais.	Novo trauma / esforço  Não cumprimento do plano de exercícios e da manutenção de posturas adequadas.	Restabelecimento da mobilidade cervical ativa, sem dor
<b>Mobilidade Neural</b>	Melhorada	Libertação de pontos de tensão neural e melhoria da relação com a interface mecânica	Nova lesão do SNP  Não cumprimento do plano de exercícios e das indicações relativas às atividades que agravam os sintomas	Mobilidade neural semelhante bilateralmente, e próxima do esperado
<b>Controlo e Estabilização Postural</b>	Melhorado	Normalização dos desequilíbrios musculares e melhoria da consciencialização postural.	Não cumprimento do plano de exercícios  Não reconhecimento da importância da manutenção de posturas adequadas	Melhoria do Controlo Postural e reconhecimento da importância de manter plano de exercícios de estabilização a longo prazo.
<b>Força Muscular</b>	Melhorada	Fortalecimento dos músculos inervados pelo Mediano.	Não cumprimento do plano de exercícios  Recorrência ao nível da normal recuperação neural	Melhoria da força muscular (Grau 4+) e reconhecimento da importância de manter exercícios de fortalecimento após a alta.
<b>Sensibilidade</b>	Melhorada	Melhoria da função neural  Estimulação dos recetores sensoriais e recrutamento muscular regional	Recorrência ao nível da normal recuperação neural.	Recuperação da sensibilidade normal.
<b>Funcionalidade</b>	Restabelecida	Melhoria dos restantes sinais objetivos, com repercussão positiva na funcionalidade.	Recorrência ao nível dos restantes sinais objetivos	Funcionalidade restabelecida.

## **15. REFLEXÃO ACERCA DO CASO CLÍNICO**

Muitas vezes, o Fisioterapeuta procura sinais subjetivos e objetivos que correspondam a padrões teóricos estabelecidos, de forma a facilitar o seu raciocínio clínico e a, rapidamente, estabelecer hipóteses diagnósticas que encaixem em conceitos reconhecidos na literatura e no conhecimento previamente adquirido.

No entanto, em grande parte das vezes, a apresentação dos utentes não segue linearmente estas premissas, o que pode levar o profissional a assumir intervenções desadequadas, por não conseguir (ou não procurar) o entendimento total da apresentação do utente.

O caso da D. Glória representa uma destas situações. Os sinais subjetivos não correspondem, na totalidade, ao esperado, para as condições que se sugere que possam estar na origem dos seus sintomas. Da mesma forma, o exame objetivo fornece informações que, por um lado, parecem confirmar alguma das hipóteses sugeridas, mas por outro trazem novos dados, que indicam a possibilidade da existência de outras condições, ou de afeções “sobrepostas”. Neste caso em especial, existia ainda informação acerca de uma lesão antiga no membro afetado, e que também poderia estar a influenciar os sintomas ou a apresentação objetiva.

A evolução prolongada da situação poderá ser, em parte, responsável por este quadro. Cada vez mais, associado ao envelhecimento da população, o Fisioterapeuta deverá estar preparado para lidar com situações crónicas que, não raras vezes, constituem apresentações que não têm paralelismo com alterações biomecânicas ou estruturais e constituem um desafio muito mais abrangente, em que o utente, enquanto pessoa, deve estar no centro de todo o processo de cuidados.

Assim sendo, é fundamental um acompanhamento constante da situação do utente e da sua evolução clínica, reavaliando constantemente os resultados e percebendo, a cada momento, que fatores poderão estar contribuir para o surgimento de bons ou maus resultados. Só assim será possível encontrar o plano de tratamento adequado, em cada momento.

## CONCLUSÃO

---

O fisioterapeuta, enquanto prestador de um modelo de cuidados de contacto direto, necessita de estar habilitado a desenvolver um processo de tomada de decisão que sirva as melhores necessidades do utente.

O raciocínio clínico é assim um conceito que se torna central na prática da fisioterapia músculo-esquelética, pois é a base que permite, a partir da avaliação das componentes física e psicossocial dos utentes, partir para um diagnóstico e explorar opções de tratamento, que deverão ser baseadas na melhor evidência possível, considerando os eventuais riscos e dando sempre primazia às preferências do utente.

Existem diversos modelos de raciocínio clínico que podem e devem ser interligados na prática clínica, de forma colaborativa e consciente, e consoante a necessidade avaliada em cada caso particular.

Em todos os momentos, as intervenções deverão ser adaptadas de forma a encaixar a participação activa do utente e responsabilidade partilhada entre utente e profissional, desenvolvendo alianças terapêuticas dentro de um modelo biopsicossocial, que deverá sustentar as práticas nos cuidados de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. Perfil de Competências do Fisioterapeuta. Published online 2020.
2. Rushton A, Rivett D, Carlesso L, Flynn T, Hing W, Kerry R. International framework for examination of the cervical region for potential of Cervical Arterial Dysfunction prior to Orthopaedic Manual Therapy intervention. *Man Ther.* 2014;19(3):222-228. doi:10.1016/j.math.2013.11.005
3. Edwards I, Jones M, Carr J, Braunack-Mayer A, Jensen GM. Clinical Reasoning Strategies in Physical Therapy. *Phys Ther.* 2004;84(4):312-330. doi:10.1093/ptj/84.4.312
4. Jones M, Rivett D. *Clinical Reasoning for Manual Therapists.*; 2004.
5. Edwards I, Richardson B. Clinical reasoning and population health: Decision making for an emerging paradigm of health care. *Physiother Theory Pract.* 2008;24(3):183-193. doi:10.1080/09593980701593797
6. Christe G, Nzamba J, Desarzens L, Leuba A, Darlow B, Pichonnaz C. Physiotherapists' attitudes and beliefs about low back pain influence their clinical decisions and advice. *Publ.* 2021;53(March).
7. Cruz EB, Moore A, Cross V. Clinical reasoning and patient-centred care in musculoskeletal physiotherapy in Portugal - A qualitative study. *Man Ther.* 2012;17(3):246-250. doi:10.1016/j.math.2012.02.007
8. Smart K, Doody C. The clinical reasoning of pain by experienced musculoskeletal physiotherapists. *Man Ther.* 2007;12(1):40-49. doi:10.1016/j.math.2006.02.006
9. Corp N, Mansell G, Stynes S, et al. Evidence-based treatment recommendations for neck and low back pain across Europe: A systematic review of guidelines. *Eur J Pain (United Kingdom).* 2021;25(2):275-295. doi:10.1002/ejp.1679
10. Jones M, Edwards I, Gifford L. Conceptual models for implementing biopsychosocial theory in clinical practice. *Man Ther.* 2002;7(1):2-9. doi:10.1054/math.2001.0426
11. Nijs J, Roussel N, Paul van Wilgen C, Köke A, Smeets R. Thinking beyond

- muscles and joints: Therapists' and patients' attitudes and beliefs regarding chronic musculoskeletal pain are key to applying effective treatment. *Man Ther.* 2013;18(2):96-102. doi:10.1016/j.math.2012.11.001
12. Unsworth CA. Clinical reasoning: How do pragmatic reasoning, worldview and client-centredness fit? *Br J Occup Ther.* 2004;67(1):10-19. doi:10.1177/030802260406700103
  13. Berwick DM. What "patient-centered" should mean: Confessions of an extremist. *Health Aff.* 2009;28(4):555-565. doi:10.1377/hlthaff.28.4.w555
  14. Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA. Patient-centered care and outcomes: A systematic review of the literature. *Med Care Res Rev.* 2013;70(4):351-379. doi:10.1177/1077558712465774
  15. Jaensch D, Baker N, Gordon S. Contemporaneous patient and health professional views of patient-centred care: A systematic review. *Int J Qual Heal Care.* 2019;31(10):G165-G173. doi:10.1093/intqhc/mzz118
  16. Picker Institute. Principles of Person Centred Care. <https://www.picker.org/about-us/picker-principles-of-person-centred-care/>
  17. Davis K, Schoenbaum SC, Audet AM. A 2020 vision of patient-centered primary care. *J Gen Intern Med.* 2005;20(10):953-957. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.0178.x
  18. College of Physiotherapists of Ontario. Are You Providing Patient Centred Care?
  19. Shaller D, Consulting S. PATIENT-CENTERED CARE : WHAT DOES IT TAKE ? Dale Shaller Shaller Consulting October 2007. *Commonwealthfund.* 2007;(1067). [www.commonwealthfund.org](http://www.commonwealthfund.org).
  20. Moore L, Britten N, Lydahl D, Naldemirci Ö, Elam M, Wolf A. Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scand J Caring Sci.* 2017;31(4):662-673. doi:10.1111/scs.12376
  21. Nkrumah J, Abekah-Nkrumah G. Facilitators and barriers of patient-centered care at the organizational-level: A study of three district hospitals in the central region of Ghana. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):1-11. doi:10.1186/s12913-019-4748-z
  22. Luxford K, Safran DG, Delbanco T. Promoting patient-centered care: A qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a

- reputation for improving the patient experience. *Int J Qual Heal Care*. 2011;23(5):510-515. doi:10.1093/intqhc/mzr024
23. Clarke MA, Moore JL, Steege LM, et al. Health information needs, sources, and barriers of primary care patients to achieve patient-centered care: A literature review. *Health Informatics J*. 2016;22(4):992-1016. doi:10.1177/1460458215602939
  24. Caridi JM, Pumberger M, Hughes AP. Cervical radiculopathy: a review. *HSS J*. 2011;7(3):265-272. doi:10.1007/s11420-011-9218-z
  25. Bogduk N. On the definitions and physiology of back pain, referred pain, and radicular pain. *Pain*. 2009;147(1-3):17-19. doi:10.1016/j.pain.2009.08.020
  26. Childs JD, Cleland JA, Elliott JM, et al. Neck pain: Clinical practice guidelines linked to the international classification of functioning, disability, and health from the orthopaedic section of the american physical therapy association. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2008;38(9). doi:10.2519/jospt.2008.0303
  27. Sesek RF, Khalighi M, Bloswick DS, Anderson M, Tuckett RP. Effects of prolonged wrist flexion on transmission of sensory information in carpal tunnel syndrome. *J Pain*. 2007;8(2):137-151. doi:10.1016/j.jpain.2006.06.009
  28. Padua L, Coraci D, Erra C, et al. Carpal tunnel syndrome: clinical features, diagnosis, and management. *Lancet Neurol*. 2016;15(12):1273-1284. doi:10.1016/S1474-4422(16)30231-9
  29. Wang L. Guiding Treatment for Carpal Tunnel Syndrome. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2018;29(4):751-760. doi:10.1016/j.pmr.2018.06.009
  30. Shi LL, Freehill MT, Yannopoulos P, Warner JJP. Suprascapular nerve: is it important in cuff pathology? *Adv Orthop*. 2012;2012(Figure 2):516985. doi:10.1155/2012/516985
  31. Rui GU, Ming-yang K, Zhong-li GAO, et al. Differential diagnosis of cervical radiculopathy and superior. 2012;125(15):2755-2757. doi:10.3760/cma.j.issn.0366-6999.2012.15.019
  32. Kane PM, Daniels AH, Akelman E. Double Crush Syndrome. *J Am Acad Orthop Surg*. 2015;23(9):558-562. doi:10.5435/JAAOS-D-14-00176
  33. Kwon H-K, Hwang M, Yoon D-W. Frequency and severity of carpal tunnel syndrome according to level of cervical radiculopathy: double crush syndrome?

*Clin Neurophysiol.* 2006;117(6):1256-1259. doi:10.1016/j.clinph.2006.02.013

34. Chimenti RL, Frey-Law LA, Sluka KA. A mechanism-based approach to physical therapist management of pain. *Phys Ther.* 2018;98(5):302-314.  
doi:10.1093/ptj/pzy030
35. Moisset X, Lanteri-Minet M, Fontaine D. Neurostimulation methods in the treatment of chronic pain. *J Neural Transm.* 2020;127(4):673-686.  
doi:10.1007/s00702-019-02092-y
36. Hidalgo B, Hall T, Bossert J, Dugeny A, Cagnie B, Pitance L. The efficacy of manual therapy and exercise for treating non-specific neck pain: A systematic review. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 2017;30(6):1149-1169.  
doi:10.3233/BMR-169615
37. Savva C, Korakakis V, Efstathiou M, Karagiannis C. Cervical traction combined with neural mobilization for patients with cervical radiculopathy: A randomized controlled trial. *J Bodyw Mov Ther.* 2021;26:279-289.  
doi:10.1016/j.jbmt.2020.08.019
38. Kay TM, Gross A, Goldsmith CH, Hoving JL, Brønfort G. Exercises for mechanical neck disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(4):14651858.  
doi:10.1002/14651858.CD004250.pub3
39. Fredin K, Lorås H. Manual therapy, exercise therapy or combined treatment in the management of adult neck pain – A systematic review and meta-analysis. *Musculoskelet Sci Pract.* 2017;31:62-71. doi:10.1016/j.msksp.2017.07.005