

“A FISIOTERAPIA NA AUTO-GESTÃO DA DOR CRÓNICA”

Eduardo Cruz* - Fisioterapeuta e Subdirector da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal; **Carmen Caeiro**** - Fisioterapeuta, Professora Adjunta Equiparada do Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal; **Rita Fernandes***** - Fisioterapeuta, Professora Adjunta Equiparada do Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

As patologias do foro osteoarticular e músculo-esquelético constituem a principal causa da elevada prevalência estimada para a dor crónica em Portugal (Plano Nacional de luta contra a Dor 2008). De acordo com um trabalho desenvolvido a nível europeu pela iniciativa *Pain Proposal* (2010) cerca de 36% da população adulta portuguesa sofre de Dor Crónica (duração superior a 6 meses e presente no último mês), sendo que as patologias osteoarticulares, em particular as lombalgias, foram identificadas como a principal causa, abrangendo mais de 40% dos indivíduos. Aproximadamente 50% dos indivíduos com Dor Crónica referem que esta afecta de forma moderada ou grave as suas actividade domésticas e laborais, tendo-se verificado que 4% perderam o seu emprego devido à condição e 13% obtiveram reforma antecipada. Em termos de impacto económico, estima-se que os indivíduos com Dor Crónica apresentam em média 14 dias de baixa por ano, o que representa anualmente mais de 290 milhões de Euros de custos salariais suportados pela Segurança Social (Castro-Lopes, Saramago, Romão & Paiva - *Pain Proposal*, 2010).

Segundo dados recolhidos num estudo realizado pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (2007), as principais respostas a esta condição acontecem ao nível dos cuidados de saúde primários, através de uma abordagem essencialmente baseada na medicação e/ ou fisioterapia tradicional. No que à Fisioterapia diz respeito, continuam a prevalecer as abordagens tradicionais centradas no modelo da dor aguda em que o sintoma (dor) é o principal objectivo da intervenção (Gil et al. 2009). As práticas mantêm-se centradas nos agentes físicos e electroterapia e na passividade e dependência dos utentes, sem resultados aparentes.



Mesmo considerando que o tratamento efectuado é apropriado, o tipo de resposta preconizado no modelo de prática encontrado não é adequado à natureza e evolução das condições de dor crónica de natureza músculo-esquelética, e das suas co-morbilidades, em particular do seu impacto na capacidade de funcionar e exercer uma participação activa na sociedade (OMS 2002).

Para obter resultados adequados e duradouros neste tipo de condição crónica, os indivíduos necessitam muitas vezes de modificar seu estilo de vida, adquirir conhecimento actualizado e adequado sobre a sua condição (*literacia em saúde*), ser pro-activos, ter auto-controlo (*capacitação*), e desenvolver a máxima autonomia possível no que respeita ao seu “*empowerment*” (*In Cidadania e Saúde, um caminho a percorrer, Plano Nacional de Saúde 2011-16*). Assim, quer a natureza das condições, quer a sua evolução, sugerem modelos alternativos de cuidados nos quais o utente e a sua capacitação para controlar e lidar com os problemas e com a condição deve estar no centro de cuidados. Estes modelos, centrados na auto-gestão da condição por parte do utente, pressupõem a aceitação de que os profissionais de saúde são quem mais sabe sobre o que é mais adequado para o problema clínico do indivíduo, mas que são os indivíduos quem sabe o que é melhor para a sua vida. O desenvolvimento de programas específicos de controle e gestão da dor crónica devem, por isso, enfatizar a intervenção na pessoa com dor crónica e não na dor crónica em si (OMS 2002).

Com estas preocupações como pano de fundo, o Departamento de Fisioterapia desenvolveu um projecto intitulado “O Movimento é Saúde”, dirigido a utentes com dor lombar crónica e osteoartrose da anca e joelho com o principal objectivo de melhorar os níveis de funcionalidade e reduzir a dor destes indivíduos. O projecto englobou o desenho de dois programas de intervenção baseados em dois princípios fundamentais: 1) na melhor evidência científica actual acerca dos resultados da intervenção em fisioterapia, que valoriza programas com componentes educacional e de exercício; 2) centrados nas necessidades e potencialidades de cada utente e promovem a auto-gestão da sua condição, através da partilha de experiências e conhecimento entre os diferentes intervenientes (fisioterapeuta e utentes).



Os Programas baseiam-se nas Normas de Orientação Clínicas actuais, que são consistentes na afirmação de que a intervenção mais efectiva e eficiente nestas condições engloba a educação e o exercício (Airaksinen et al., 2006; Mayer, Haldeman, Tricco, & Dagenais, 2010; Savigny et al., 2009; Bennell & Hinnam, 2011). Este tipo de programa tem sido largamente testado noutros países e com outras populações, demonstrando resultados positivos ao nível da diminuição da intensidade da dor, incapacidade funcional e capacidade de gestão da condição (Henschke et al., 2010; Ostelo et al., 2005; Smeets, Vlaeyen, Kester, & Knottnerus, 2006b; Spinhoven et al., 2004; Sullivan & Stanish, 2003; Sullivan et al., 2005b; van Tulder, Malmivaara, Esmail, & Koes, 2000; Bennell & Hinnam, 2011; The Royal Australian College of General Practitioners, 2009).

Os resultados preliminares do projecto “O Movimento é Saúde” apontam para valores muito satisfatórios a curto prazo. Os programas de intervenção foram entretanto revistos e actualizados e estão a ser implementados em diversos locais do país mediante formação prévia dos Fisioterapeutas.

Associado ao programa foi igualmente desenvolvido um sistema de registo electrónico que se prevê ser introduzido em 50 instituições parceiras até ao final de 2012. Com o sistema de registo e com o programa tipificado, esperamos nos próximos anos desenvolver conhecimento consistente acerca dos efeitos destes programas, na dor, função e percepção de melhoria dos indivíduos com estas patologias, e comparar a sua efectividade e eficiência com modelos tradicionais de tratamento.

Esperamos igualmente desenvolver conhecimento acerca da forma como os indivíduos percebem a sua capacidade de gerir e tomar decisões relativas à sua condição, no sentido de promover a sua autonomia e participação na sociedade.

* *Eduardo Cruz* Fisioterapeuta, Professor Coordenador do Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal
Doutorado em Fisioterapia pela University of Brighton, Reino Unido;
Vice-Director da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal;
Membro do Grupo de Investigação “Chronic Pain Research Group”.



**** *Carmen Casiro*** Fisioterapeuta, Professora Adjunta Equiparada do Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal
Doutoranda em Fisioterapia na University of Brighton, Reino Unido;
Membro do Grupo de Investigação “Chronic Pain Research Group”.

***** *Rita Fernandes*** Fisioterapeuta, Professora Adjunta Equiparada do Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal;
Doutoranda em Biomecânica na Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa
Membro do Grupo de Investigação “Chronic Pain Research Group”.