64
O Modelo 4C. Quando progredir e quando travar

Um dos erros mais comuns na reabilitação é progredir (ou não progredir) com base apenas na dor. "Dói? Então paro." "Não dói? Então aumento." Isto é pensamento zombie. A dor é um fator, não o único. Se o capítulo 63 te deu o mapa (as 5 fases), este capítulo dá-te o GPS: o sistema que te diz quando estás pronto para avançar.

Os quatro critérios

C de Capacity (Capacidade). O cliente tem capacidade física para suportar a exigência da tarefa? Aqui preciso de medir: força com dinamómetro, carga e repetições num teste de força, altura ou distância num salto, ou desempenho num teste aeróbio. O TFP com dinamómetro quantifica força (capítulo 37); o teste manual, sozinho, não dá uma percentagem de força máxima. O ROM ajuda a definir a tarefa disponível, mas não substitui a medição da capacidade. Relaciono estes dados com o controlo, a tolerância e a confiança antes de aumentar a exigência.

É como um carro: a estrada está livre (tolerância), sabes conduzir (controlo), queres ir (confiança), mas o motor não tem cavalos suficientes (capacidade). Não vais a lado nenhum. A Capacity é o hardware.

T de Tolerance (Tolerância). Como é que a pessoa responde ao exercício? Não olho apenas para a dor durante a sessão. Quero perceber como fica depois e no dia seguinte. Na minha prática, acompanho a resposta nas 24 a 48 horas seguintes, mas uso esse tempo como referência, não como um prazo que todos têm de cumprir. Se a dor aumenta de sessão para sessão, o movimento fica mais difícil ou surge inchaço novo na articulação, preciso de reavaliar a dose e perceber se é necessário encaminhar para avaliação médica. Não concluo automaticamente que foi o exercício que causou o problema. Se a resposta é tolerável e a pessoa mantém ou melhora o que consegue fazer, posso considerar progredir, olhando também para a capacidade, o controlo e a confiança.

Isto é acompanhar a resposta ao exercício ao longo do tempo, não decidir apenas pela dor de um momento. Os capítulos 14 (dose de exercício) e 23 (o que é a dor) ajudam a enquadrar este critério. O que a pessoa sente e consegue fazer ajuda-me a ajustar a sessão seguinte, em conjunto com os outros três critérios.

C de Control (Controlo). Como é que o cliente organiza e mantém a tarefa? Observo a execução, a coordenação entre articulações e o que muda com a carga ou a fadiga. O teste manual pode ajudar nesta observação (capítulo 37). O steadiness mostra a estabilidade da força numa tarefa submáxima: comparo o CV% com medições da mesma pessoa, na mesma tarefa e intensidade (capítulos 38 e 44). O mesmo teste pode informar dois C: a força medida informa Capacity; a estabilidade dessa força informa Control. Se o controlo piora quando aumento a exigência, ajusto a tarefa e a dose. O metrónomo, a aprendizagem motora e o treino de steadiness são ferramentas possíveis.

É como conduzir: podes ter um carro potente e estrada livre, mas se não controlas o volante, mais velocidade só piora as coisas. O Control é o software. E às vezes o software precisa de atualização antes de aumentares a velocidade do hardware.

C de Confidence (Confiança). O cliente está psicologicamente preparado para o próximo passo? O medo do movimento (cinesiofobia), a catastrofização, a baixa autoeficácia (capítulo 28) podem ser barreiras tão grandes como a falta de força. Se o cliente tem capacidade, tolerância e controlo, mas não tem confiança, forçar a progressão pode gerar uma experiência negativa que reforça o medo.

Já tive clientes que fisicamente estavam prontos para correr há semanas, mas mentalmente não conseguiam. E forçar não resolveu. O que resolveu foi: imaginética motora (capítulo 47) para treinar o gesto na cabeça primeiro, exposição gradual com foco externo ("corre até àquele cone" em vez de "corre 100 metros"), e educação sobre o que o tecido já aguenta. Às vezes, progredir é progredir na confiança antes de progredir na carga.



Figura 183 — O Modelo 4C. Quando progredir e quando travar — Os quatro critérios

A regra de progressão

Uso três ou quatro critérios favoráveis como referência quando pondero aumentar a exigência global de uma tarefa. Mas também posso progredir apenas uma parte que a pessoa já tolera e controla, mantendo as restantes na dose atual. Um critério positivo apoia a exigência que avaliei; não significa que toda a reabilitação esteja concluída. A contagem não substitui a relação entre os quatro: uma limitação importante num deles pode exigir outra dose ou outra tarefa. Se a capacidade, a tolerância e o controlo permitem avançar, mas a confiança ainda é baixa, trabalha-a com comunicação e exposição gradual (capítulo 28). Se a confiança é ótima, mas falta capacidade para a tarefa, ajusta a exigência.

A pergunta central é: a pessoa está pronta para receber mais carga? E a resposta não é sim ou não. É "sim nestes critérios, ainda não neste". E isso dá-te direção: sabes exatamente o que trabalhar a seguir. O critério mais fraco é a tua prioridade de intervenção.

Exemplo prático: pós-LCA, 12 semanas

Capacity: força do quadricípede medida com dinamómetro a 65% do lado saudável (capítulo 37). AMI ainda presente mas a melhorar com NMES (capítulo 58). Veredito: capacidade em progresso, não completa.

Tolerance: dor pós-sessão: NRS 3/10, volta ao valor inicial em 12 horas. Derrame articular: mínimo após exercício. Veredito: tolerância boa.

Control: steadiness na extensão isométrica do joelho com CV% = 11% nesta avaliação (capítulo 38); volto a medir com o mesmo protocolo para perceber a evolução. Leg extension com controlo aceitável até 70% da ADM. Agachamento parcial: compensação em valgo sob carga > 30 kg. Veredito: controlo parcial (bom em cadeia aberta, insuficiente em cadeia fechada com carga).

Confidence: cliente motivado, mas evita agachamento profundo por medo de "voltar a lesionar-se". Veredito: confiança parcial.

Decisão 4C: Capacity em progresso, Tolerance boa, Control parcial e Confidence parcial. Só a tolerância está plenamente favorável na dose avaliada; os outros três critérios ainda têm limitações. Esta leitura descreve o caso, sem atribuir uma pontuação que substitua as medidas. O que fazes? Progride no que tolera e controla (leg extension com mais carga, steadiness com mais exigência). Mantém a dose no que ainda não controla (agachamento parcial com carga moderada, foco no valgo). Trabalha confiança com educação, imaginética e exposição gradual ao agachamento mais profundo.

Não é "progredir tudo" ou "parar tudo". É progredir cada variável no seu momento. Isto é raciocínio clínico. É a diferença entre escolher exercícios e saber por que razão os estás a escolher.

Outro exemplo: lombalgia crónica, 6 semanas

Capacity: força lombar e core aceitável para a idade. Consegue levantar 15 kg sem compensação. Veredito: capacidade razoável.

Tolerance: dor basal NRS 4 a 5/10, piora com sessões > 45 minutos, mas recupera em 24 h. Veredito: tolerância moderada (precisa de doses controladas).

Control: bom controlo em exercícios simples. Deteriora em exercícios compostos com fadiga. Veredito: controlo condicional.

Confidence: "tenho medo de carregar peso porque a minha coluna está desgastada". Catastrofização moderada. A RMN mostrou uma protusão discal que o médico disse que era "preocupante". Veredito: confiança comprometida.

Decisão 4C: a Confidence é o critério mais fraco. Antes de progredir carga, precisas de mudar a narrativa. Educação (capítulo 28): há pessoas sem dor que também apresentam protusões na ressonância. A imagem, sozinha, não me diz o que esta pessoa consegue fazer (capítulo 22).

Exposição gradual à carga com foco externo. Monitorizar Tolerance de perto (sessões curtas, 30 minutos). Quando a confiança e a tolerância melhorarem, testo se já posso subir a carga.

O que precisas de levar deste capítulo



Figura 184 — O Modelo 4C. Quando progredir e quando travar — O que precisas de levar deste capítulo

Quatro critérios, não um. Capacity (o corpo aguenta?), Tolerance (como responde?), Control (a qualidade mantém-se?), Confidence (está pronto mentalmente?). Três ou quatro critérios positivos são uma referência para aumentar a exigência global da tarefa avaliada, nunca uma autorização automática para aumentar tudo. Também podes progredir uma parte que a pessoa tolera e controla, mantendo as restantes na dose atual. O critério mais fraco é a tua prioridade de intervenção. Não progridas pela agenda. Não progridas só pela dor. Progride pelo que os 4C te dizem. E lembra-te: às vezes o que mais precisa de progredir não é a carga. É a confiança.

Não sejas zombie.

65
Da avaliação à prescrição. O mapa que liga tudo

A avaliação (Parte IV) diz-te onde o cliente está. Os métodos (Parte V) dizem-te que ferramentas tens. O raciocínio clínico é a ponte entre os dois. Mas muitos profissionais saltam da avaliação para a prescrição sem construir a ponte. Fazem a avaliação e depois prescrevem o que costumam prescrever. A avaliação torna-se um ritual, não uma ferramenta de decisão. Isto é ser zombie.

O que cada avaliação te diz e o que prescreves a seguir

ROM com sensações associadas (capítulo 36): se o ROM está limitado com sensação de rigidez/estiramento, essa sensação pode envolver tolerância ao estiramento (capítulo 8), mas não me diz, sozinha, porque falta amplitude. Testo a resposta à carga e volto a medir. Ferramentas: vibração local (cap. 41), foam rolling (cap. 56), alongamento (cap. 57) como abertura, seguidas de exercício na amplitude ganha (isométricos cap. 43, depois excêntricos em posição alongada cap. 49). Se está limitado com dor, precisas de perceber a irritabilidade (capítulo 14): dor alta e irritável = dose baixa. Se está limitado com apreensão/medo, a Confidence (4C) merece atenção. Mas confirmo também a capacidade e a tolerância antes de concluir que é só medo. Educação (cap. 28) e imaginética (cap. 47) antes de forçar amplitude.

TFPs e força adaptativa (capítulo 37): se o cliente "cede" ao final do ROM, a força adaptativa está deficiente nesta tarefa. O resultado não identifica sozinho qual tecido falhou. Foco: treinar força isométrica na posição de défice (cap. 43), depois estabilização alternada/rítmica (cap. 45) para reatividade, e progredir para excêntricos controlados (cap. 49). Volto a testar na mesma posição. Se a força adaptativa está presente, mas a força máxima é baixa, a força máxima passa a ser uma prioridade, sem deixar de verificar o controlo. O foco muda para treino de força tradicional (cap. 50) com progressão em carga.

Steadiness e RFD (capítulo 38): se o steadiness está comprometido (treme, oscila, inconsistente), há mais oscilação nesta tarefa. Quero perceber se muda com a intensidade, a fadiga e a prática antes de escolher a progressão. Ferramentas: treino de steadiness específico (cap. 44), metrónomo para cadeia controlada (cap. 46), vibração local como preparação (cap. 41). Se a RFD está baixa, mas a força máxima é adequada, o cliente consegue produzir força, mas demora mais a produzi-la neste teste. A RFD não identifica, sozinha, a via neural responsável (capítulo 34). Foco em exercícios com velocidade intencional, pliometria progressiva e cluster sets (cap. 54). Depois, volto a medir.

Avaliação subjetiva (capítulo 35): os questionários podem mostrar catastrofização elevada (quando a pessoa interpreta a dor como muito mais ameaçadora), cinesiofobia (medo de se mexer ou de voltar a lesionar-se) ou baixa autoeficácia (pouca confiança na própria capacidade para lidar com o problema). Mas não fazem um diagnóstico nem prescrevem o programa por ti. São mais uma peça da avaliação (Wertli et al., 2014; Martinez-Calderon et al., 2020).

Se estes fatores estiverem a dificultar o movimento ou a exposição à carga, começo a trabalhar a educação desde a primeira sessão e continuo ao longo de todo o processo. Ajusto a dose, escolho tarefas que o cliente consiga tolerar e uso a exposição gradual para criar experiências de movimento bem-sucedidas. A confiança não tem de aparecer antes do exercício. Muitas vezes, é o próprio exercício, bem escolhido e bem doseado, que começa a devolvê-la (Woods & Asmundson, 2008).

A imaginética motora pode ser uma opção quando o cliente ainda não tolera o movimento real ou quando o medo é uma barreira muito grande. Não é uma etapa obrigatória antes da carga. Assim que encontro uma forma tolerável de carregar, uso-a (Suso-Martí et al., 2020).

Ignorar estes fatores pode tornar a progressão mais difícil. Mas também não faz sentido transformar um questionário num rótulo ou fazer o cliente acreditar que primeiro tem de "resolver a cabeça" para depois poder mexer-se.



Figura 185 — Da avaliação à prescrição. O mapa que liga tudo — O que cada avaliação te diz e o que prescreves a seguir