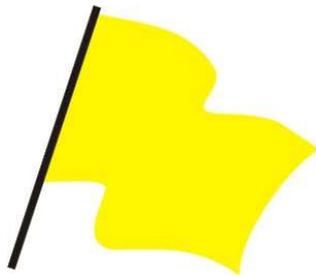

RCG1080 - Dor e Cuidados Paliativos Medidas Conservadoras Não-Farmacológicas

ABORDAGEM COGNITIVO COMPORTAMENTAL E RESTAURAÇÃO FUNCIONAL NO TRATAMENTO DA DOR CRÔNICA

Contexto

- * Uma das linhas de atuação da psicologia.
- * A intenção **não é nos tornarmos psicólogos**, mas sim entendermos amplamente o contexto vivenciado pelo paciente através de estratégias durante a fisioterapia.
- * Abordagem cognitivo comportamental faz parte da intervenção baseada no **modelo biopsicossocial**
- * Para pacientes com dor crônica apresenta bons resultados pois é baseada no conceito de **reestruturação cognitiva**, sendo assim, todos da equipe devem se adaptar a esse modelo.
- * Não é uma técnica específica, mas estratégias para o manejo de condições dolorosas crônicas.

Por que entender abordagem cognitivo comportamental e levar em consideração o modelo biopsicossocial é importante???



Contexto



Pensamentos automáticos

Ex: "O que eu tenho é grave, é uma hérnia de disco."

Informações adquiridas

Ex: "Você tem uma protrusão discal".
"Você tem uma coluna de 80 anos".
"Faça fisioterapia, mas seu caso só vai se resolver com cirurgia"

Sentimentos

Ex: Medo, ansiedade, cinesiofobia, catastrofização.

Efeitos Fisiológicos

Ex: Atividade muscular, limiar de dor e déficit na neuromodulação.

Identificando os processos que sustentam a dor – *Explain Pain*

Modelo da Orquestra



Dor como sendo resultante dos tecidos e das mensagens de perigo. Embora o processo esteja acontecendo no cérebro, há manifestação física real

Modelo da Casca da Cebola



A experiência de dor envolve estímulos de todas as camadas da cebola.

Percepção de dor

“A dor não depende exclusivamente do grau de lesão orgânica. Em vez disso, que a intensidade e o caráter da dor que se sente são também influenciados pelas experiências anteriores, as recordações que delas temos e a capacidade de compreender as suas causas e consequências” – O que você sente é baseado na interpretação pessoal. Crenças e condicionamentos mau adaptados!!



Terapia cognitivo comportamental aplicada aos pacientes com dor crônica

- Terapia Cognitivo Comportamental (CBT) - É uma técnica de tratamento que **busca identificar, corrigir pensamentos negativos que estão automáticos** devido a repetição do estímulo aversivo e **substituir as distorções cognitivas** ou eliminar as respostas disfuncionais. [mais detalhes no artigo no Moodle]
- O tratamento cognitivo-comportamental da dor crônica é baseado em duas esferas sucessivas e complementares, sendo:
 - Ensinar o paciente a enfrentar a dor e conscientizá-lo de que é possível obter uma redução de sua intensidade;
 - Rebater as crenças que são contrárias a capacidade do paciente de utilizar as técnicas de enfrentamento e autogerenciamento



A dor é subjetiva, mas não é abstrata



Ela é sentida por alguém e este alguém precisa ser compreendido e respeitado na sua realidade e totalidade, para que esta dor possa ser verdadeiramente tratada

“Será que ele sente tanta dor assim?”

“Esse paciente está mentindo!”

Relação terapeuta-paciente – O que devo fazer e como devo agir?

1. AVALIAÇÃO é de extrema importância! Nós não sabemos o que o paciente passou anteriormente com os profissionais de saúde. Essa relação já pode estar comprometida.

Momento para criar o elo terapeuta-paciente. Qual deve ser o tempo dedicado a coleta da história?



**Força, adm, marcha,
sensibilidade???**

Relação-terapeuta paciente - O que devo fazer e como devo agir?

2. DIFERENÇA ENTRE OUVIR E ESCUTAR. ESCUTA ATIVA!



**Acene com a
cabeça.**

3. A dor costuma ser o grande **foco** de atenção do paciente, por isso a entrevista tende a ser longa, as vezes repetitiva e com vários retornos no **tempo**.

4. Perceba envolvimento de aspectos **emocionais** na dor: “Quando minha mãe morreu...”, “Quando me separei...”, “Quando mudaram minha função no trabalho...”

Effectiveness of empathy in general practice:

a systematic review

Frans Derksen, Jozien Bensing and Antoine Lagro-Janssen

Relação-terapeuta paciente - O que devo fazer e como devo agir?

5. Tente resgatar da história o contexto em que o paciente é capaz de identificar uma melhora na condição, busque não só a diminuição da intensidade de dor. **PONTUE E REFORCE MOMENTOS POSITIVOS.**

6. Assim como em outras situações de perda o paciente pode estar em qualquer uma das etapas: negação, ira, revolta ou raiva, **depressão**, barganha e aceitação. Esteja preparado para lidar com essas etapas

O que fazer quando o paciente começa a chorar?

O que fazer quando o paciente começa a chorar?



✓ ~~Abraçar~~

✓ **Dê tempo ao paciente (silêncio é poderoso)**

✓ **Identifique que uma emoção apareceu e mostre que:**

- *Tudo bem sofrermos*
- *Falar sobre o que importa pode trazer emoções difíceis*
- *Sobre hipótese alguma assumo que você sabe o motivo*

Habilidades de Comunicação

- * Escute seu paciente de forma ativa!
- * Mantenha contato visual
- * Demonstre interesse pela história
- * Resuma a história e confirme se está correto
- * Se o paciente estiver confuso, ajude a clarear a história
- * Dê tempo para o paciente pensar!

Como identificar crenças/comportamento

Investigue sobre as crenças, medo, aflições e expectativa.
Questione!!

- * Quando você está com muita dor, o que você faz para melhorar?
- * Nas últimas semanas, quantos dias “ruins” você teve, te fazendo deitar ou parar alguma atividade?
- * Você já recebeu alguma explicação sobre o que está acontecendo com você?
- * Está satisfeito com essa explicação?
- * Você já passou por algum tratamento que te deixou pior?

Como identificar crenças/comportamento

- * Como você acha que vai estar daqui alguns meses/anos?
- * Como sua família reage com sua dor?
- * Você acha que conseguirá voltar ao trabalho?
- * Você acha que atividade física pode prejudicar a sua dor?
- * Quais suas expectativas com a fisioterapia?
"Dra. eu vou melhorar?"
- * Está afastado pelo INSS?

Entrevista Estruturada

Comportamento

O que vc faz para aliviar sua dor?

Você se deita e descansa mais por causa da dor?

Faz uso de álcool ou cigarro?

Como está seu sono?

Trabalho

Sua habilidade pra trabalhar foi afetada? Como?

Você está satisfeito com seu trabalho?

Seus empregadores estão interessados na sua condição de saúde?

Como é seu relacionamento com seus colegas?

Família

Como sua família reage à sua dor?

Seus familiares te impedem de fazer certas coisas? Tiram sua confiança?

Alguns familiares fazem comentários negativos sobre sua dor?

Você costuma conversar com eles sobre suas dificuldades?

Observe comportamento e associações!

**Comportamento doloroso (expressões, e posicionamentos)
Observe!!**

Expressão de dor

Postura antálgica

Mudanças nos padrões normais de postura na tentativa de sinalizar sobre a dor

Fique atento a descrição do paciente sobre sua dor

“Me sinto como um papel amassado”

“Me sinto um lixo”

A dor é tudo o que eu tenho!



DOR

“People who have something better to do don't suffer as much”

Objetivo: Tirar o foco da dor e colocar foco nas metas de vida e na função

A dor tem que deixar de ser o foco da vida do paciente

- * A rotina está mudada pela presença da dor
- * As relações pessoais estão alteradas pela presença da dor
- * O corpo está organizado para proteger-se da dor

- * **E a equipe de saúde ajuda a reforçar esse foco toda vez que:**
 - **Escolhe** tratamentos focados exclusivamente na diminuição da intensidade de dor
 - Pergunta se a **dor melhorou**
 - **Muda a conduta** completamente porque a dor não melhorou
 - **Não sabe lidar** com as emoções dos pacientes

Recomendações

- * Encoraje, mesmo com resquícios de dor

- * Estimule a assertividade e debata com seu paciente sobre a sua condição: “Tente”, “Vamos juntos descobrir a atividade que mais te agrada”, “Você vai conseguir”

- * Orientação para o auto tratamento!

- * Deixar canal de comunicação acessível - WhatsApp

Como tratar?



- ✓ Educação Terapêutica
- ✓ Exposição Gradual
- ✓ Autocuidado e restauração funcional

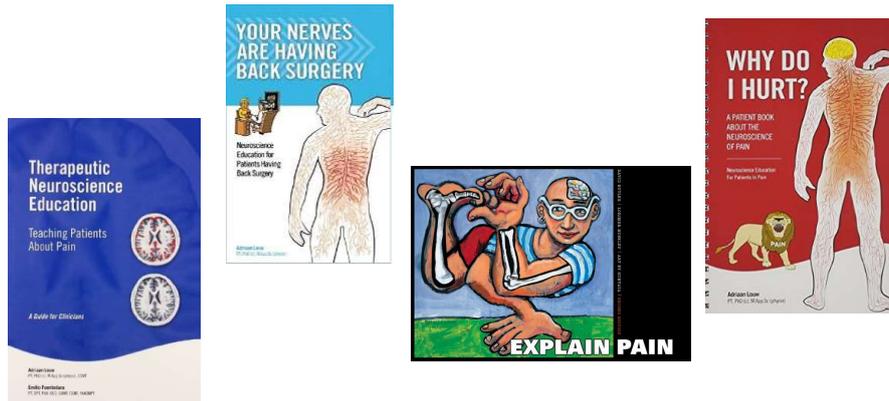


Top Down X Botton Up



Educação terapêutica

- Portadores de condições crônicas costumam ter uma visão muito negativa de sua condição, às vezes influenciada por pouca informação ou por **muitas informações desencontradas**



Educação terapêutica

Primeiro passo do tratamento é explicar para o paciente sua condição e como suas crenças e atitudes influenciam no quadro doloroso. **Use metáforas e não explicações neurofisiológicas.**

Ex. Paciente diarista: Vamos fazer uma faxina nos pensamentos pois eles estão te atrapalhando.

É provável que seja necessário programar mais de um encontro para essa etapa porque o excesso de informação dificulta a assimilação

“Sua coluna é forte, robusta e pode ser confiável!”

“Seu corpo foi feito para se movimentar”

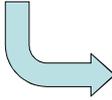
“Sua coluna é muito forte”

“Não se preocupe com alterações em exames, vamos focar no que você sente”

“As alterações em exames de imagem são comuns, iguais a rugas na pele”

Educação terapêutica

- *Hands On x Hands Off – Peter O' Sullivan*

 Ao usar *Hands On* não diga que está realizando uma fixação da instabilidade, ou corrigindo algum desvio...



Peter O'Sullivan

“Haverá dias bons e ruins” – Tudo bem! Pratique e ensine o **NÃO** julgamento

Se não souber aplicar Educação Terapêutica, ao menos evite o **efeito nocebo!**

“Resultado de atos terapêuticos que influenciam de forma negativa o complexo mente-corpo do paciente”.

Benedetti, 2007



Clinicians' Perceptions of Barriers to Avoiding Inappropriate Imaging for Low Back Pain—Knowing Is Not Enough

Erika D. Sears, MD, MS
Tanner J. Caverly, MD, MPH
Jeffrey T. Kullgren, MD, MS, MPH
Angela Fagerlin, PhD
Brian J. Zikmund-Fisher, PhD
Katherine Prenovost, PhD
Eve A. Kerr, MD, MPH

- ✓ Objetivo: Determinar os obstáculos para seguir as recomendações nas solicitações de exames em dores lombares não específicas.
- ✓ Estudo realizado com 579 profissionais da saúde (médicos, enfermagem e assistentes de médicos).

- * Mais da metade dos entrevistados (316) relatou que ficam **preocupados** com o fato do **paciente ficar chateado** se não receber um pedido de exame de imagem.
- * 141 médicos relataram que não teriam tempo de discutir os riscos e benefícios da imagem com o paciente.
- * 149 relataram preocupação em não solicitar um exame de imagem e isso deixá-los vulneráveis a uma acusação de negligência.



Incentivo à prática de atividades físicas/práticas corporais

- Já está bem estabelecido na literatura que **atividade aeróbica de baixa intensidade** auxilia na redução dos níveis de intensidade de dor
- **Incentive** sobre a descoberta de novas atividades físicas para seu paciente
 - A maioria dos pacientes com dor crônica é **cinesiofóbica**
 - É preciso estimular **metas crescentes**
 - Atividades em grupo somam os efeitos fisiológicos a mudança de foco sobre a dor, mas necessita de vários profissionais para lidar com os diferentes níveis de **descondicionamento**

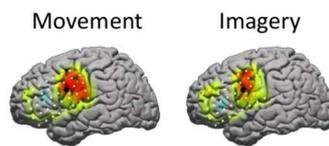
GMI – Graded Motor Imagery – Imagética motora

Top Down

Reconhecimento de lateralidade



Imagética



Terapia do Espelho



Exposição Gradativa de atividade

Importante em pacientes com dor persistente e/ou MEDO

Exemplos:

Fisioterapia Aquática → Fisio solo

Bicicleta ergométrica com apoio do terapeuta → Ciclofaixa sozinho

Jogar tênis com terapeuta na sessão → Tênis com amigos

Hierarquia Gradual



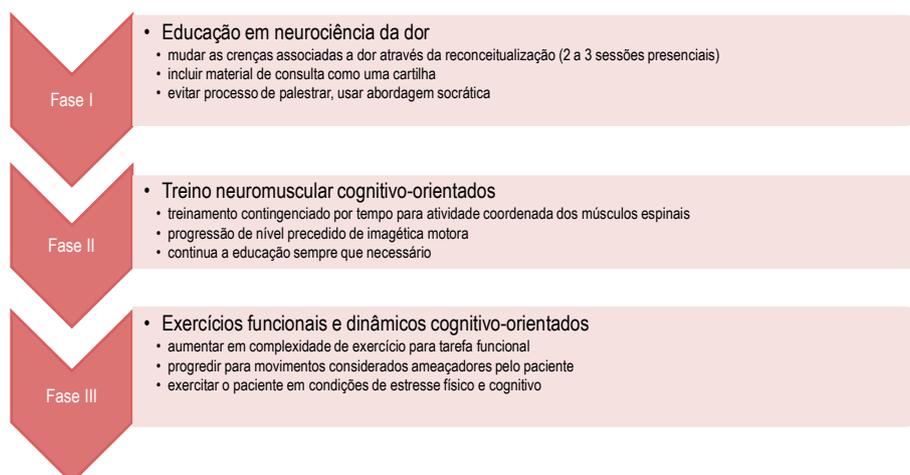
- Fácil para o Difícil
- Simples para o Complexo
- Leve para o Intenso

Grupo de estudos da dor – Facebook – Arthur Padão

Princípios para Exercícios Cognitivo-Orientados para Dor Crônica Musculoesquelética

Princípios	Explicação
1. Exercícios contingenciados por tempo	Não usar o limiar de dor para determinar o número de repetições ou duração dos exercícios
2. Estabelecer objetivos	Permita que o paciente defina os objetivos e use essa informação para organizar o programa de exercícios e para motivar o paciente no processo
3. Aborde a percepção a respeito dos exercícios	Questione e se precisar discuta profundamente a percepção do paciente sobre os exercícios
4. Use imagética motora	É útil usar a imagética motora quando for progredir para o próximo nível (mais difícil) do exercício
5. Aborde os movimentos que causam receio	Re-treine a memória de dor vinculada a esses movimentos, discuta os receios profundamente e altere a percepção de consequências negativas ao realizados. Aplique a exposição gradativa
6. Utilize o estresse	Progrida na direção de exercitar o paciente em condições estressantes do ponto de vista cognitivo e psicológico

Nijs et al., 2014



Jo Nijs et al. PHYS THER 2014;94:730-738

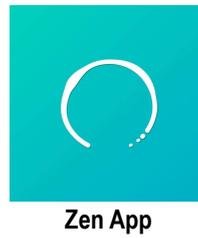
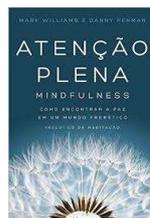
Guia Prático para Prescrever Exercícios para Portadores de Dor Crônica Musculoesquelética Disfuncional

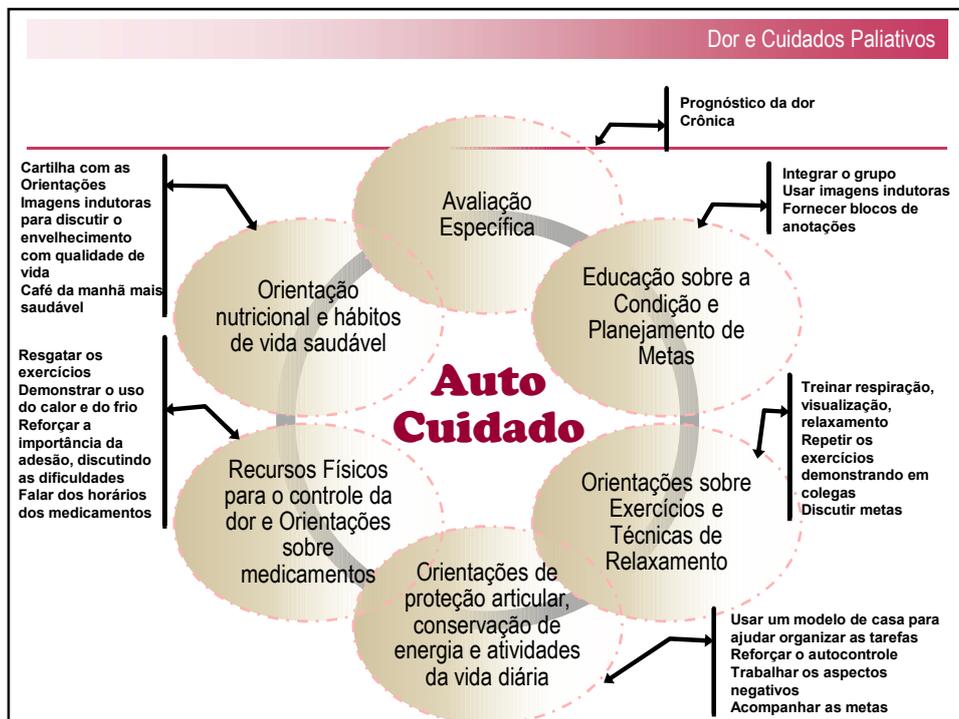
Princípios

- Exercícios devem ser divertidos e não ameaçadores (trabalhe esse aspecto na educação)
- Discuta o conteúdo do protocolo de exercícios com o paciente para adequá-lo as necessidades individuais
- Use exercícios de treino neuromuscular e também aeróbicos
- Tenha cautela ao prescrever exercícios excêntricos
- Inclua exercícios para partes do corpo que não são apontadas como dolorosas
- É possível trabalhar com aumento do sintoma durante e logo depois dos exercícios mas modifique o exercício se a intensidade de dor continuar a aumentar
- Use sempre a estratégia de contingenciar os exercícios por tempo e não por sintoma
- Seja conservador no estabelecimento da linha de base, prefira ser menos ambicioso no começo garantindo que está dentro das capacidades físicas dos pacientes
- Use múltiplos e longos intervalos entre exercícios
- Monitore a ampliação dos sintomas, especialmente durante o início do tratamento e na graduação, adotando modalidades compatíveis com a graduação
- Mínima ampliação de sintomas é natural nas fases iniciais dos protocolos com exercícios, mas deve cessar no decorrer do processo conforme se estabelece uma rotina
- Não avance na graduação dos exercícios se os sintomas estão se ampliando além do esperado

Restauração Funcional e Autocuidado

Preparação para alta e empoderamento do paciente





Dor e Cuidados Paliativos

Melhorando a abordagem do paciente com dor crônica na atenção básica à saúde

- Escolhe tratamentos focados exclusivamente na diminuição da intensidade de dor
 - Em qualquer nível de atenção à saúde, ao se identificar um paciente com potencial para desenvolver um síndrome de dor crônica é preciso organizar uma abordagem multiprofissional e multifatorial
 - Diversificar o tratamento** não significa negligenciar, por exemplo, a medicação analgésica
 - Pacientes com potencial para cronificar precisam da abordagem multiprofissional e de um acompanhamento medicamentoso bastante eficaz
 - Pacientes em seguimento de condições crônicas tem muita dificuldade em **manter a ingestão de medicamentos de maneira adequada**, vários já fizeram uso abusivo de medicamentos ou não compreendem a importância de manter os horários de ingestão
 - Conhecer e orientar técnicas de autocontrole nos casos de recorrência**
 - Organizar grupos que permitam a troca de experiências
 - Organizar grupos de atividades físicas e práticas corporais adaptadas
 - Auxiliar na resignificação das funções e da **participação social** desse paciente

Melhorando a abordagem do paciente com dor crônica

2. Pergunta se a dor melhorou ou como está se sentindo

- Essas nunca devem ser as primeiras perguntas dos encontros com um paciente com dor crônica que está iniciando o tratamento, experimente:

Olá Sra. Fulana. Estou aqui para saber como estão os progressos com as metas que estabelecemos. Quanto a senhora conseguiu caminhar essa semana?

Não pergunte: a Sra. conseguiu caminhar essa semana?
demonstre que está confiante de ela esteja se tomando mais ativa

O que fazer se a resposta for: Minha dor piorou, fiquei quieta e por isso não caminhei?

Não foque na dor! Pergunte sobre outras atividades que estavam planejadas e se todas não foram realizadas: investigue se a medicação orientada foi tomada, se as técnicas de relaxamento foram tentadas, se a algum outro fator estressante aconteceu (desentendimentos). **Finalize deixando claro que isso é um obstáculo a ser vencido, mas que não é intransponível.** Reforce a necessidade de criar mecanismos de distração da dor. **Existem dias ruins**, faz parte, mas tenho certeza que conseguiu seguir com suas metas.

Melhorando a abordagem do paciente com dor crônica

3. Mudar a conduta completamente porque a dor não melhorou

- Ao mudar de conduta de maneira não compartilhada com o paciente, o profissional de saúde tira dele a responsabilidade sobre sua condição. Volta o indivíduo a condição passiva
- Os benefícios fisiológicos da prática de atividades físicas precisam de tempo para serem mensuráveis
- A mudança de atitude do paciente leva tempo e precisa de ser orientada por um profissional preparado

Não se frustre com declínios. Faz parte, não desista do seu plano de tratamento.

Melhorando a abordagem do paciente com dor crônica

4. Confunde responsabilidade com culpar o paciente pela não evolução para cura

O profissional se sente fracassado, culpado pela condição do paciente

A culpa é minha eu ponho em quem eu quero!!

Não há culpados, existe uma condição neuroanatômica, fatores psicológicos e ambientais que (em combinações complexas e provavelmente imprevisíveis) levaram e manterão em partes o paciente àquela condição

Somar esforços e serem parceiros – culpar o outro impede a boa parceria

Questione o paciente: por que você acredita que não estamos evoluindo?

Com quem e com o que estou lidando?

- * Start Back Screening Toll
- * Fear Avoidance Beliefs
- * Tampa kinesiphobia
- * Catastrofização
- * Afetividade

Risco de Mau Prognóstico – Fatores Psicossociais

The Brazilian version of STarT Back Screening Tool – translation, cross-cultural adaptation and reliability*

Versão brasileira do STarT Back Screening Tool – tradução, adaptação transcultural e confiabilidade

Bruna Pilz^{1,2}, Rodrigo A. Vasconcelos^{1,2}, Freddy B. Marcondes^{1,2}, Samuel S. Lodovichi¹, Wilson Mello¹, Débora B. Grossi¹**Anexo 1. STarT Back Screening Tool- Brasil (SBST-Brasil).**

Pensando nas duas últimas semanas, assinale sua resposta para as seguintes perguntas:

	Discordo (0)	Concordo (1)
1. A minha dor nas costas se espalhou pelas pernas nas duas últimas semanas.	()	()
2. Eu tive dor no ombro e/ou na nuca pelo menos uma vez nas últimas duas semanas.	()	()
3. Eu evito andar longas distâncias por causa da minha dor nas costas.	()	()
4. Nas duas últimas semanas, tenho me vestido mais devagar por causa da minha dor nas costas.	()	()
5. A atividade física não é realmente segura para uma pessoa com um problema como o meu.	()	()
6. Tenho ficado preocupado por muito tempo por causa da minha dor nas costas.	()	()
7. Eu sinto que minha dor nas costas é terrível e que nunca vai melhorar.	()	()
8. Em geral, eu não tenho gostado de todas as coisas como eu costumava gostar.	()	()
9. Em geral, quanto a sua dor nas costas o incomodou nas duas últimas semanas () Nada (0) () Pouco (0) () Moderado (0) () Muito(1) () Extremamente(1)		

Pontuação total (9 itens): _____ Subescala psicossocial (5-9 itens): _____

Risco de Mau Prognóstico – Fatores Psicossociais

Preliminary Evaluation of a Modified STarT Back Screening Tool Across Different Musculoskeletal Pain Conditions.Butera KA¹, Lentz TA², Beneciuk JM³, George SZ⁴.

Ⓞ Author information

Abstract**BACKGROUND:** The STarT Back Screening Tool is a validated multidimensional screening measure and risk stratification tool for people with low back pain.**OBJECTIVE:** The study objective was to compare relationships between a modified STarT Back Screening Tool (mSBT) and clinical and psychological measures in people with low back, neck, shoulder, and knee pain. The hypothesis was that the relationships between mSBT scores and clinical and psychological measure scores would be similar across the included musculoskeletal pain conditions.**DESIGN:** A cross-sectional, secondary analysis was done in this study.**METHODS:** Participants with low back (n=118), neck (n=92), shoulder (n=106), or knee (n=111) pain were recruited, and an mSBT was developed for use across the pain conditions. Separate hierarchical linear regression models were developed, with clinical (health status, pain intensity, and disability) and psychological (kinesiophobia, catastrophizing, fear avoidance, anxiety, depressive symptoms, and self-efficacy) measures as dependent variables. Demographic and pain region variables were entered in the first step, mSBT scores were entered in the second step, and pain region × mSBT interactions were entered in the last step.**RESULTS:** In the final models, no interactions were identified, suggesting that dependent measure scores did not differ by pain region. The strongest contributor for all dependent variables was mSBT scores ($\beta=0.32$ [-0.68]); higher mSBT scores were associated with poorer health status and self-efficacy and with higher levels of pain intensity, disability, kinesiophobia, catastrophizing, fear avoidance, anxiety, and depressive symptoms.**LIMITATIONS:** Generalizability was restricted to physical therapy outpatients with the included pain conditions. The mSBT used in this study is not ready for clinical implementation.**CONCLUSIONS:** The results of this study support the feasibility of using a single measure for concise risk assessment across different musculoskeletal pain conditions. Further longitudinal studies are needed to better direct the clinical use of an mSBT in people with low back, neck, shoulder, and knee pain.

Fear Avoidance Beliefs Questionnaire – Atividade Física e Trabalho

Fear Avoidance Beliefs Questionnaire – versão português do Brasil (FABQ-Brasil).

	Pontuação						
Para cada afirmação, favor circular um número de 0 a 6, para informar quanto as atividades físicas como fletir o tronco, levantar, caminhar ou dirigir, afetam ou afetariam sua dor nas costas							
1. Minha dor foi causada por atividade física	0	1	2	3	4	5	6
2. A atividade física faz minha dor piorar	0	1	2	3	4	5	6
3. A atividade física pode afetar minhas costas	0	1	2	3	4	5	6
4. Eu não deveria realizar atividades físicas que poderiam fazer a minha dor piorar	0	1	2	3	4	5	6
5. Eu não posso realizar atividades físicas que poderiam fazer minha dor piorar	0	1	2	3	4	5	6
Para cada afirmação, favor circular um número de 0 a 6, para informar quanto o seu trabalho normal afeta ou afetaria sua dor nas costas							
6. Minha dor foi causada pelo meu trabalho ou por um acidente de trabalho	0	1	2	3	4	5	6
7. Meu trabalho agravou minha dor	0	1	2	3	4	5	6
8. Eu tenho uma reivindicação de pensão em virtude da minha dor	0	1	2	3	4	5	6
9. Meu trabalho é muito pesado para mim	0	1	2	3	4	5	6
10. Meu trabalho faz ou poderia fazer minha dor piorar	0	1	2	3	4	5	6
11. Meu trabalho pode prejudicar minhas costas	0	1	2	3	4	5	6
12. Eu não deveria realizar meu trabalho normal com minha dor atual	0	1	2	3	4	5	6
13. Eu não posso realizar meu trabalho normal com minha dor atual	0	1	2	3	4	5	6
14. Eu não posso realizar meu trabalho normal até que minha dor seja tratada	0	1	2	3	4	5	6
15. Eu não acho que estarei de volta ao trabalho normal dentro de três meses	0	1	2	3	4	5	6
16. Eu não acho que algum dia estarei apto para retornar ao meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6

FABQ-Phys: alternativas relacionadas à atividade física (itens: 1, 2, 3, 4 e 5); FABQ-Work: alternativas relacionadas ao trabalho (itens: 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 15).

Nota: quanto maior o escore, maior é a crença do indivíduo em relação à atividade física e/ou atividade ocupacional e a piora da sua dor nas costas. Os itens 1, 8, 13, 14 e 16 não entram na contagem de pontos.

Instruções – itens relacionados com o relato de alguns pacientes sobre sua dor: 0 = discordo completamente; 1 = discordo razoavelmente; 2 = discordo ligeiramente; 3 = não sei dizer; 4 = concordo ligeiramente; 5 = concordo razoavelmente; 6 = concordo completamente.

Escala Tampa de Cinesiofobia

Aqui estão algumas das coisas que outros pacientes nos contaram sobre sua dor. Para cada afirmativa, por favor, indique um número de 1 a 4, caso você concorde ou discorde da afirmativa. Primeiro, você vai pensar se concorda ou discorda e, a partir daí, se totalmente ou parcialmente.

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1. Tenho medo de me machucar, se eu fizer exercícios.	1	2	3	4
2. Se eu tentasse superar esse medo, minha dor aumentaria.	1	2	3	4
3. Meu corpo está dizendo que alguma coisa muito errada está acontecendo comigo.	1	2	3	4
4. Minha dor provavelmente seria aliviada se eu fizesse exercício.	1	2	3	4
5. As pessoas não estão levando minha condição médica a sério.	1	2	3	4
6. A lesão colocou meu corpo em risco para o resto da minha vida.	1	2	3	4
7. A dor sempre significa que o meu corpo está machucado.	1	2	3	4
8. Só porque alguma coisa piora a minha dor, não significa que essa coisa é perigosa.	1	2	3	4
9. Tenho medo de que eu possa me machucar acidentalmente.	1	2	3	4
10. A atitude mais segura que posso tomar para prevenir a piora da minha dor é, simplesmente, ser cuidadoso para não fazer nenhum movimento desnecessário.	1	2	3	4
11. Eu não teria tanta dor se algo realmente perigoso não estivesse acontecendo no meu corpo.	1	2	3	4
12. Embora eu sinta dor, estaria melhor se estivesse ativo fisicamente.	1	2	3	4
13. A dor me avisa quando devo parar o exercício para eu não me machucar.	1	2	3	4
14. Não é realmente seguro para uma pessoa, com problemas iguais aos meus, ser ativo fisicamente.	1	2	3	4
15. Não posso fazer todas as coisas que as pessoas normais fazem, pois me machuco facilmente.	1	2	3	4
16. Embora alguma coisa me provoque muita dor, eu não acho que seja, de fato, perigosa.	1	2	3	4
17. Ninguém deveria fazer exercícios, quando está com dor.	1	2	3	4

Catastrofização – Pain Catastrophizing Scale - Br

1	A preocupação durante todo o tempo com a duração da dor é	0	1	2	3	4
		Mínima	leve	Moderada	Intensa	Muito intensa
2	O sentimento de não poder prosseguir (continuar) é	0	1	2	3	4
		Mínimo	leve	Moderado	Intenso	Muito intenso
3	O sentimento que a dor é terrível e que não vai melhorar é	0	1	2	3	4
		Mínimo	leve	Moderado	Intenso	Muito intenso
4	O sentimento que a dor é horrível e que você não vai resistir é	0	1	2	3	4
		Mínimo	leve	Moderado	Intenso	Muito intenso
5	O pensamento de não poder mais estar com alguém é	0	1	2	3	4
		Mínimo	leve	Moderado	Intenso	Muito intenso
6	O medo que a dor pode se tornar ainda pior é	0	1	2	3	4
		Mínimo	leve	Moderado	Intenso	Muito intenso
7	O pensamento sobre outros episódios de dor é	0	1	2	3	4
		Mínimo	leve	Moderado	Intenso	Muito intenso
8	O desejo profundo que a dor desapareça é	0	1	2	3	4
		Mínimo	leve	Moderado	Intenso	Muito intenso
9	O sentimento de não conseguir tirar a dor do pensamento é	0	1	2	3	4
		Mínimo	leve	Moderado	Intenso	Muito intenso
10	O pensamento que ainda poderá doer mais é	0	1	2	3	4
		Mínimo	leve	Moderado	Intenso	Muito intenso
11	O pensamento que a dor é grave porque ela não quer parar é	0	1	2	3	4
		Mínimo	leve	Moderado	Intenso	Muito intenso
12	O pensamento de que não há nada para fazer para diminuir a intensidade da dor é	0	1	2	3	4
		Mínimo	leve	Moderado	Intenso	Muito intenso
13	A preocupação que alguma coisa ruim pode acontecer por causa da dor é	0	1	2	3	4
		Mínimo	leve	Moderado	Intenso	Muito intenso

Afetividade - PANAS

	Muito Pouco ou Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito	Excessivamente
Ativo	<input type="radio"/>				
Alerta	<input type="radio"/>				
Atento	<input type="radio"/>				
Determinado	<input type="radio"/>				
Entusiasmado	<input type="radio"/>				
Empolgado	<input type="radio"/>				
Inspirado	<input type="radio"/>				
Interessado	<input type="radio"/>				
Forte	<input type="radio"/>				
Com medo	<input type="radio"/>				
Envergonhado	<input type="radio"/>				
Aflito	<input type="radio"/>				
Culpado	<input type="radio"/>				
Hostil	<input type="radio"/>				
Irritável	<input type="radio"/>				
Inquieto	<input type="radio"/>				
Nervoso	<input type="radio"/>				
Apavorado	<input type="radio"/>				
Chateado	<input type="radio"/>				

A melhor ferramenta que o paciente pode ter é o
terapeuta!

Preste atenção ao que ele te “**diz**”

Seja o terapeuta que ele precisa!

*“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao
tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”*

Carl Jung

OBRIGADA!

mariliacaseiro@gmail.com