

Retomando ... a 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!!



Ou seja dor é multidimensional e o modelo de atenção que adequa melhor a esse cuidado é o modelo biopsicossocial

3

Contexto Clínico

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.



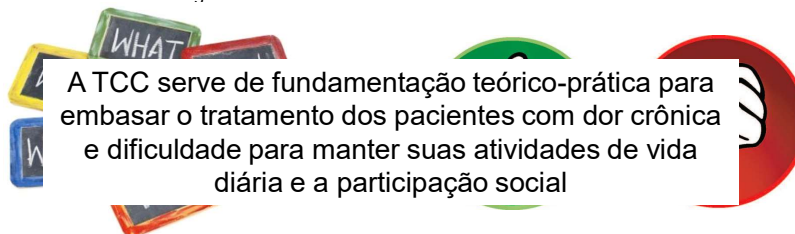
4

TCC 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

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 auto gerenciamento



5

A abordagem cognitivo comportamental e o MBPS



Modelo biopsicossocial pressupõe **participação ativa** do paciente

Requer uma forte **Aliança Terapeuta-Paciente**

Provê tratamento responsivo que respeita **preferências, necessidade e valores** do paciente

Exige tomada de **decisão compartilhada**

Ouvir ativamente, informar e envolver o paciente no tratamento

Prática baseada em evidência

Potencializa o autocuidado em saúde

6

Exposição gradativa a exercícios e atividades

E.M.P.A.T.H.Y.: A Tool to Enhance Nonverbal Communication Between Clinicians and Their Patients Acad Med. 2014
Helen Riess, MD, and Gordon Kraft-Todd

Comunicação Não-Verbal

Acrônimo E.M.P.A.T.H.Y contempla os diferentes aspectos da comunicação não verbal entre o Clínico e o Paciente (Cliente/Usuário)

E = Eye Contact
M = Muscles of Facial Expression
P = Posture/Position
A = Affect
T = Tone of Voice, Touch
H = Hearing the Whole Person
Y = Your Response

Interferem no julgamento que o Paciente faz a respeito do nível de empatia que o Clínico desenvolve na interação

É importante para aderência ao tratamento e para as decisões clínicas compartilhadas

A comunicação não verbal do clínico é um forte preditor de quanta confiança os Pacientes depositam nos Clínicos

Melhora a satisfação do Paciente e evita as reclamações por prática clínica ruim

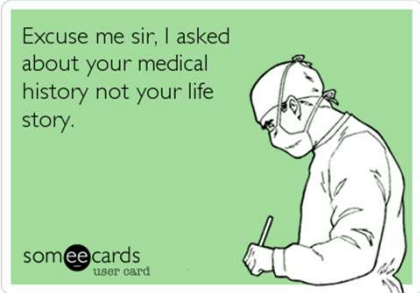
7

Exposição gradativa a exercícios e atividades

Comunicação Verbal

Ajustada as necessidades de comunicação do paciente
nível sociocultural e a linguagem leiga
capacidade auditiva
capacidade cognitiva

Interativa e encorajadora
Empática
Deve checar crenças
Deve anular informação nocebo
Deve checar expectativas
Deve tranquilizar o paciente/cliente/usuário



8

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 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?

9

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?

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 dificuldade?

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?

10

Observe comportamento e associações!

Comportamento doloroso (expressões, e posicionamentos)

Observe!!

Expressão de dor

Postura antálgica

Mudanças nos padrões normais de postura para sinalizar sobre a dor

Fique atento a descrição do paciente sobre sua dor

“Me sinto como um papel amassado”

“Me sinto um lixo”

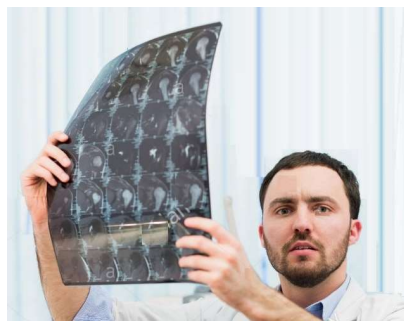
11

Comunicação Não-Verbal

**Não expressar
preocupação excessiva**



Mostra-se interessado



12



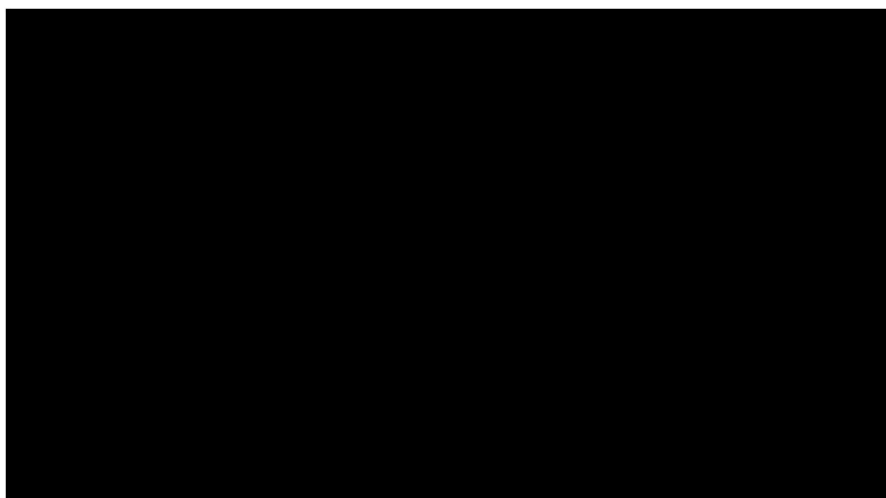
Expressar EMPATIA abrange o reconhecimento e a compreensão do que o paciente está experimentando e inclui elementos de respeito e aceitação

É um sentimento que se expressa de maneira não-verbal e verbal

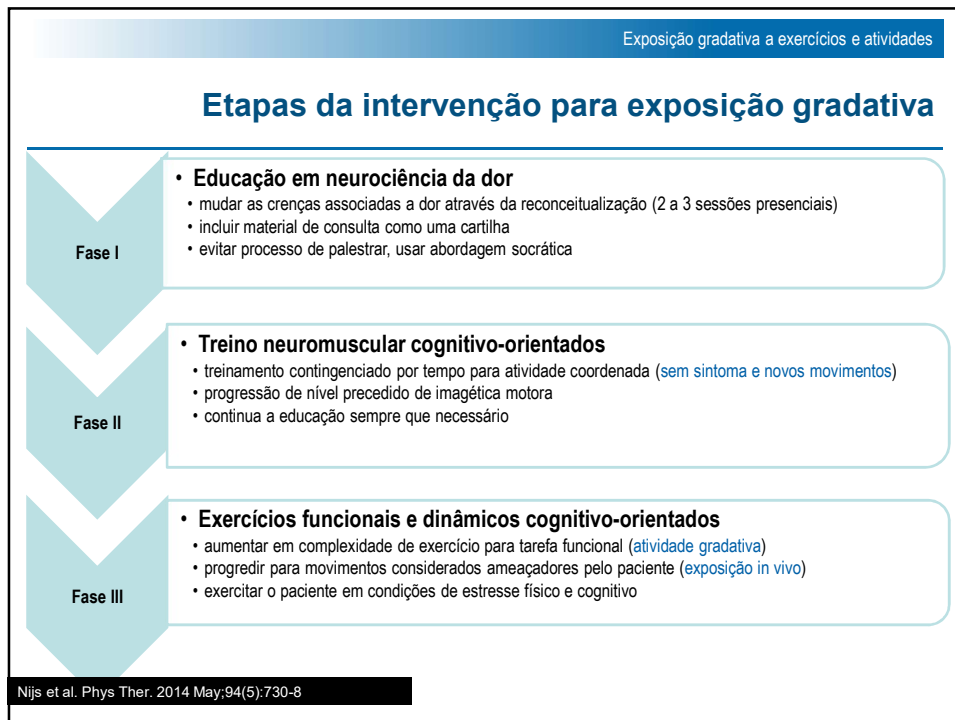
13

Exposição gradativa a exercícios e atividades

Aperte o play 



14



15

Exposição gradativa a exercícios e atividades

Estratégia #0.a Educação em neurociência da dor

A educação em neurociência (PNE/END), também conhecida como educação em neurociência terapêutica, consiste em sessões educacionais para pacientes descrevendo em detalhes a neurobiologia, neurofisiologia e o processamento da dor pelo sistema nervoso

Louw, Diener, Butler e Puentedura 2011

16

Como ensinar ao paciente?



17

Como ensinar ao paciente?



Ou no site: <http://www.pesquisaemdor.com.br>

18

Estratégia #0.a Educação em neurociência da dor

Não palestre - use o questionamento socrático para desafiar a racionalidade das crenças e distorções cognitivas

Entenda primeiro o que o paciente sabe ou acredita sobre a condição
Pergunte se ele deseja saber mais sobre algo

Tópicos importantes

O modelo biopsicossocial aplicado a dor

A dor como um sinalizador da necessidade de proteger os tecidos do corpo quando a ameaça é real

A possibilidade de haver dor mesmo sem lesão/nocicepção

A plasticidade do SNC que de muito sensível pode ser tornar menos sensível

A possibilidade da dor pode ser modulada por crenças e atitudes frente essa experiência

A possibilidade da dor pode ser modulada por hábitos de vida mais saudáveis e exercícios

19

Use técnicas de entrevista motivacional

Crie um distanciamento entre o comportamento de evitação do movimento e o desejo de aliviar a dor

Desejo alívio completo da dor ou me sentir o mais confortável possível ainda que não totalmente livre de dor?

Desejo voltar a uma vida profissional normal?

Quais são as atividades pretendo fazer uma vez que estou parcial ou totalmente livre de dor?

Resgate experiências de sucesso no controle da dor

Em que situações eu já estive livre da dor, distraído ou no controle da situação?

Não confronte o paciente, deixe claro que ele tem os meios para controlar melhor sua dor

20

Estratégia #0.b Reassurance

Tranquilize seu paciente a respeito do que pode acontecer quando o tratamento começar



21

PAIN[®] Cognitive and affective reassurance and patient outcomes in primary care: A systematic review

AFETIVA

Comunicação verbal e não verbal
 Escuta ativa: atenção e reconhecer o sofrimento do paciente
 Terapeuta preocupado com os sentimentos do paciente
 Contato visual
 Carinho, Empatia, Confiança
 Ser amigável e acolhedor
 Reconhecimento e resposta às dicas de angústia
 Utilizar frases: *"Eu não acho que você deve se preocupar tanto assim porque ..."*

COGNITIVA

Explicação dos sintomas
 Excluir doença grave
 Estabelecer metas em acordo com o paciente
 Negociar as opções de tratamento
 Discutir prognóstico e cuidados futuros
 Checar a compreensão
 Discutir os obstáculos
 "Resumir"

Pincus et al. Pain. 2013 Nov;154(11):2407-16

22

Exposição gradativa a exercícios e atividades

PAIN[®] Cognitive and affective reassurance and patient outcomes in primary care: A systematic review

AFETIVA

Objetivos

- Reduzir a preocupação
- Estabelecer um relacionamento
- Estabelecer um senso de que o paciente está sendo cuidado, respeitado e entendido
- ⊕ Rápido e produz uma resposta imediata de redução das preocupações

COGNITIVA

Objetivos

- Mudar as percepções e crenças do paciente através da educação
- ⊖ Sistemático e consome tempo
- ⊕ Mudança nas crenças e aumento do conhecimento é mantido e melhora a aderência e o automanejo

Contexto clínico de tempo reduzido deve priorizar explicações e informações sobre o prognóstico sem inserir nocebos, excluir doença grave e discutir o plano de tratamento

Pincus et al. Pain. 2013 Nov;154(11):2407-16

23

Exposição gradativa a exercícios e atividades

Estratégia #1 Movimentos imaginados

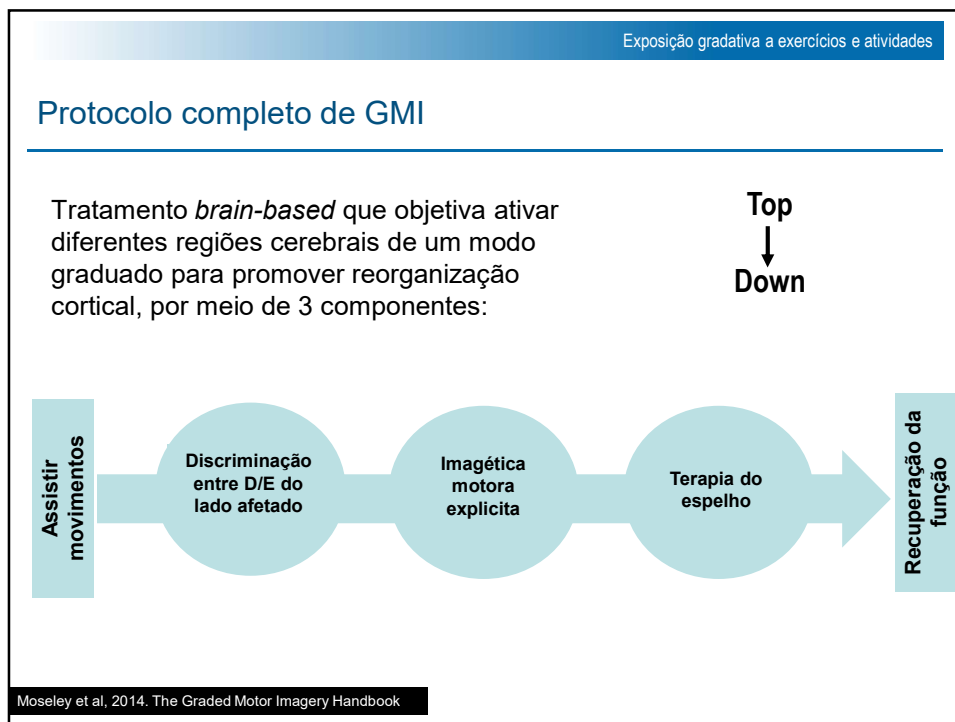
Protocolos completos de Imagética Motora Graduada (GMI)

- Julgamento de Lateralidade
- Imagética Motora Explícita
- Terapia com Espelho

ou Apenas o uso de Imagética Motora Explícita



24



25

Exposição gradativa a exercícios e atividades

Julgamento de lateralidade

Tarefa de "adivinhar" se é a imagem mostrada rapidamente é correspondente ao lado direito ou esquerdo do corpo

O reconhecimento é relativamente inconscientemente devido ao tempo de exposição

Expectativa é que não seja ativada a neurotag da dor!!!

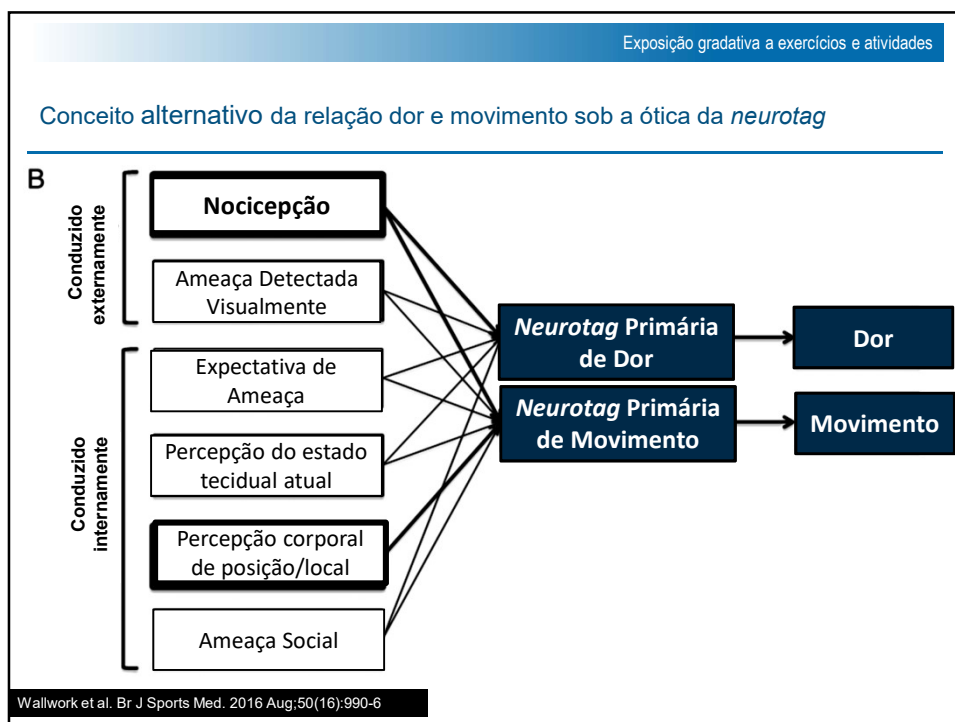
Ativação de células do córtex pré-motor responsáveis por associação

Córtex Motor Primário

Córtex Pré-Motor

Moseley et al., 2014. The Graded Motor Imagery Handbook

26



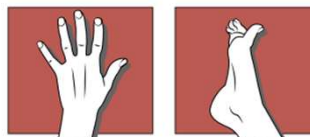
27



28

Julgamento de lateralidade – é direta ou esquerda?

Recognise Flash Cards™



Imagens na internet
Álbuns de fotos

Moseley et al. 2014. The Graded Motor Imagery Handbook

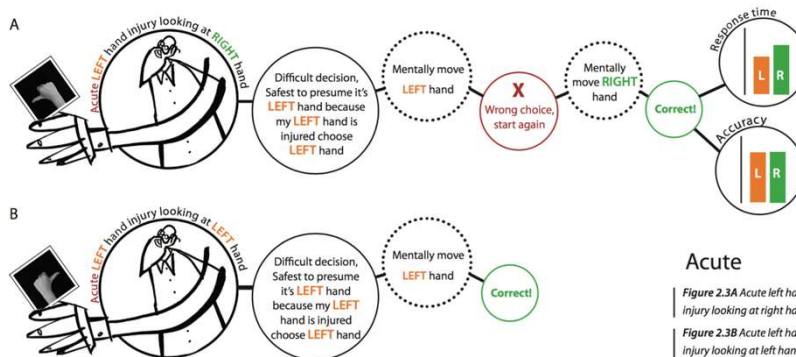
29

Julgamento de lateralidade em caso agudo

Interpretação: acurácia e tempo devem ser bem parecidos entre direita e esquerda e consistentes

Esperado: 80% acurácia e cerca de $1,6 \pm 0,5$ s para pescoço e costas e $2 \pm 0,5$ s para mão, pés ombro e joelhos

Caso Agudo: Aumenta o tempo e diminui a acurácia do lado contralateral ao sintomático



Moseley et al. 2014. The Graded Motor Imagery Handbook

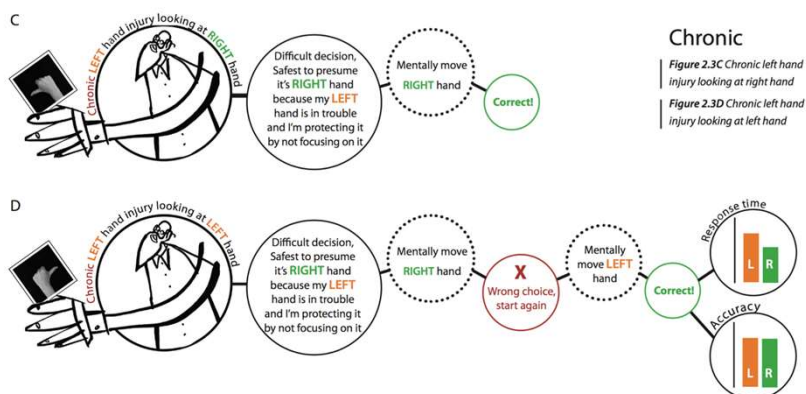
30

Julgamento de lateralidade em caso crônico

Interpretação: acurácia e tempo devem ser bem parecidos entre direita e esquerda e consistentes

Esperado: 80% acurácia e cerca de $1,6 \pm 0,5s$ para pescoço e costas e $2 \pm 0,5s$ para mão, pés ombro e joelhos

Caso Agudo: Aumenta o tempo e diminui a acurácia do lado sintomático



Moseley et al. 2014. The Graded Motor Imagery Handbook

31

Imagética motora explícita

Tarefa é imaginar um movimento ou posição sem realizar o movimento

Paciente está ciente do que está imaginando



Moseley et al. 2014. The Graded Motor Imagery Handbook

32

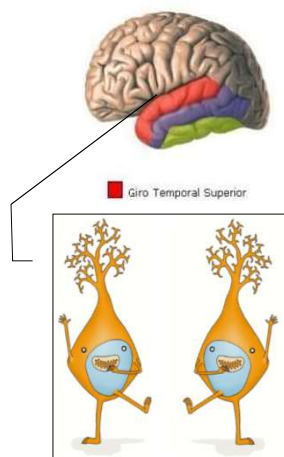
Ativação de neurônios espelhos

Região fronto-temporal e giro temporal superior

Grupo de células neuronais relacionadas a imitação (emulação)

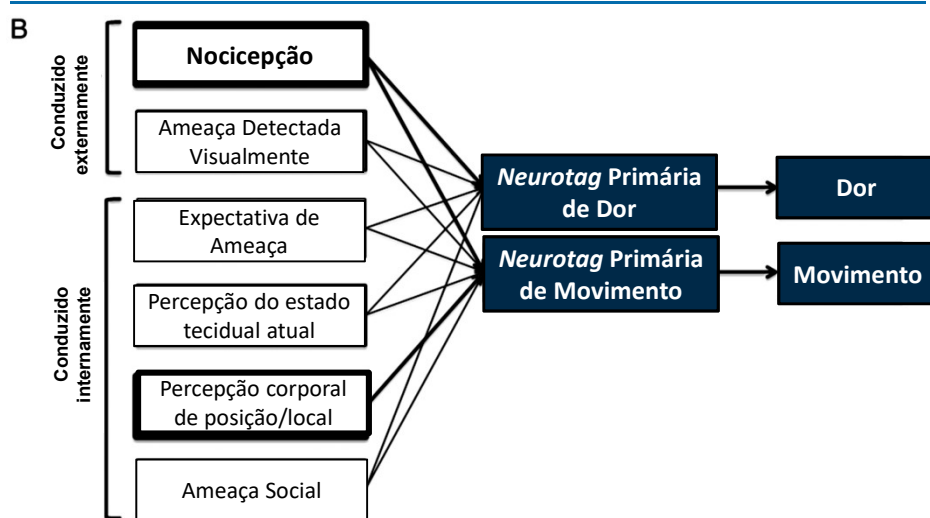
Estão ativos durante movimentos reais assim como durante observações

Ações simples e complexas e no espelhamento emocional (empatia)



33

Conceito alternativo da relação dor e movimento sob a ótica da *neurotag*



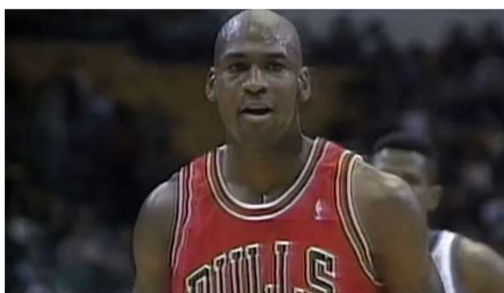
Wallwork et al. Br J Sports Med. 2016 Aug;50(16):990-6

34

Imagética motora explícita na prática

Parecerá estranho ao paciente se for aplicada de forma descontextualizada

Há vários exemplos do uso da imagética explícita no cotidiano



Moseley et al, 2014. The Graded Motor Imagery Handbook

35

Imagética motora explícita na prática

Guie a visualização do paciente

- Fechar os olhos
- Ficar tranquilo
- Posição do paciente
- Ver alguém ou se ver na atividade
- Foco indireto ou direto na parte dolorosa
- Sentir, mover progressivamente



Enriqueça a experiência de visualização motora do paciente

Ambiente

calmo, conhecido e seguro
externo a clínica ou a casa, como
parques, praia, shopping, trabalho

Sensações

calor, brisas, texturas, cheiros, sons,
o peso do seu membro, o toque das
suas roupas

Moseley et al, 2014. The Graded Motor Imagery Handbook

36

Terapia do espelho



Vilayanur Subramanian
Ramachandran

É uma técnica que objetiva a reorganização cortical a partir da ilusão visual, criada pelo espelho refletindo o lado sadio, para informar o cérebro da posição e movimento do lado sintomático

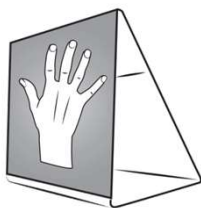
É possível que o treino com espelho ajude na redução da imprecisão e o borramento da representação somatossensorial e separe as neurotags de dor e movimento



Moseley et al, 2014. The Graded Motor Imagery Handbook

37

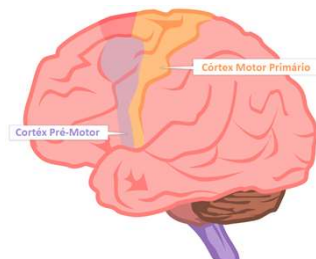
Terapia do espelho



É um etapa a ser considerada sempre que se tenta evoluir da imagética motora explícita para a exposição real ou funcional a um exercício, atividade/tarefa

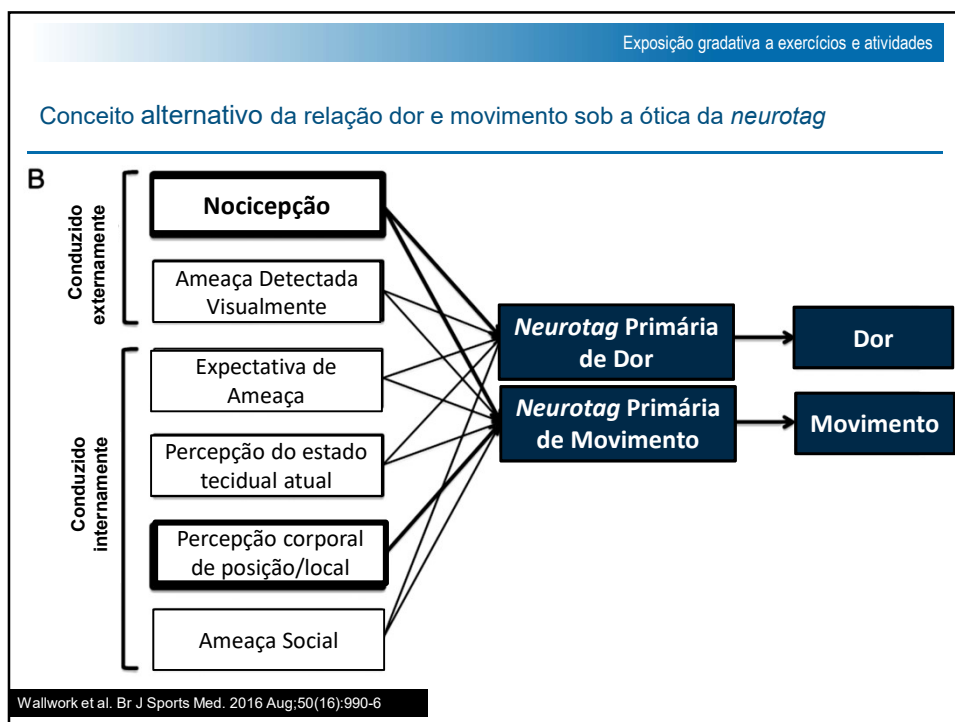
Alto nível de evidência de que é efetiva para redução de dor e disfunção em pessoas com Síndrome Dolorosa Complexa Regional e Dor Fantasma

Ativação de células do córtex motor primário (M1) MENOR que movimentos real mas MAIOR que no movimento imaginado



Moseley et al, 2014. The Graded Motor Imagery Handbook

38



39

Exposição gradativa a exercícios e atividades

GMI e realidade virtual

Imagética Explícita | Terapia do Espelho | Terapia do Espelho Virtual | Execução Motora Fantasma

fMRI BRAIN SCANS

	1	2	3	4	5	6
No VR						
Yes VR						

40



41

Exposição gradativa a exercícios e atividades

Estratégia #2 Movimentos frequentes que não aumentam a dor

Na melhor das hipóteses é um movimento que alivia o sintomas, como o movimento de centralização da dor no Mackenzie ou uma manobra de assistência a escápula do SSMP

Na pior das hipótese é um movimento que não causa nenhuma mudança no sintoma de dor

Tente mover a parte dolorosa de uma forma que não provoque sintomas e se isso não for possível movimente uma área adjacente do corpo

Para acontecer a neuroplasticidade necessária a efetividade dessa estratégia a frequência é importante. Recomende pequenas quantidades a cada 1 ou 2 horas ao longo do dia

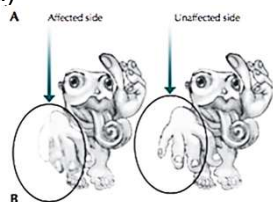
42

Estratégia #3 Novos movimentos

Novos movimentos = movimentos que não fazemos de praxe

Nessa estratégia é preciso ser criativo para encontrar e explorar novas formas de movimentar partes dolorosas sem causar dor

Objetivo é ativar áreas do cérebro responsáveis por planejar, organizar e produzir o movimento da área dolorosa sem causar aumento da dor, ajudando a remapear as áreas do cérebro que estão borradas (como na imagética)



A dor crônica pode reduzir a área de representações dos dedos e afetar o processamento tátil

Juottonen, et al 2002

43

Estratégia #3 Novos movimentos

1. Use uma posição com suporte total do segmento ou que elimina ação da aceleração gravitacional sobre as alavancas do segmento
 - a eliminação da força peso pode criar um contexto de segurança e confiança para o paciente
2. Use uma posição que altera o efeito da força peso sobre as alavancas do segmento
 - diferentes partes da amplitude de movimento vão oferecer mais ou menos resistência ao movimento e isso permite explorar movimentos novos
3. Inverter o ponto fixo da cadeia cinética
 - Essa mudança pode ajudar a fazer com o que o paciente visualize que o momento é possível, não esqueça de reforçar essa idéia e retestar o movimento doloroso (normalmente ele aumenta)

44

Estratégia #3 Novos movimentos

3. Alterar a estabilidade ou trajetória, atrito do movimento
 - Adicionar um suporte instável ou com diferente rugosidade como forma de explorar novas possibilidades para um mesmo movimento, sem causar dor
4. Combinar o movimento da parte afetada com o de outros segmentos
5. Adicionar tarefas cognitivas ou variar contextos para aumentar a complexidade de realização das tarefas – realidade virtual

A progressão deve respeitar as capacidades físicas individuais e as interpretações de cada paciente

Usar a imagética explícita sempre antes iniciar um novo movimento

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

Incluir atividades ativas (preferencialmente) e passivas

45

Estratégia #4 Atividade gradativa

Focada no aumento do nível global de atividade do paciente, incluindo atividades de vida diária básicas e não necessariamente envolvendo a parte afetada

As atividades básicas estão ligadas ao autocuidado do indivíduo, como alimentar-se, banhar-se e vestir-se. Já as atividades instrumentais englobam tarefas mais complexas muitas vezes relacionadas à participação social do sujeito, como por exemplo, realizar compras, atender ao telefone e utilizar meios de transporte.



- O paciente decide que atividade ele quer fazer mais
- A graduação é feita a partir do estabelecimento de uma linha de base
- A atividade é realizada independente do limiar de dor
- A atividade é contingenciada por quotas
- Você tenta evitar o flare-ups, mas não entra em pânico se acontecerem



46

Estabelecendo a linha de base

Considerar que um aumento da dor nos 20-30 min pós exercício é normal e que os músculos estão desconicionados, há a possibilidade de dor muscular tardia que não é agudização

Pain

Getting Uncomfortable (amber)

Manageable Pain (green)



Activity

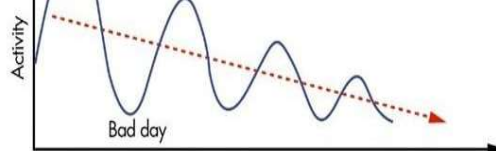
A

Good day

Activity

Bad day

Tomar ao menos 3 medidas para considerar variações



Usar 20 % menos do tempo para estabelecer a meta inicial

Activity	Bad Day	Good Day	Time Limit
sitting	5 mins	20 min	5-20 min
standing	2 min	12 min	2-12 min
walking	3 min	15 min	3-15 min

47

Pacing ou contingenciamento

Pode ser considerado uma estratégia de autocuidado para conservar energia para as atividades que o paciente mais valoriza

Consiste em estabelecer quotas de atividades graduadas para progressivamente aumentar a tolerância à atividade e reduzir a incapacidade

A progressão é propositalmente lenta, baseada em pequenas cotas, exige frequência, intervalos de repouso e desconsidera alguma dor já que busca a plasticidade

48

Um exemplo

Beth tem 62 anos de idade. Ela teve dor em ambos os ombros desde os quarenta. Ela tem três filhos adultos e 4 netos de seu filho mais velho. Ela cuida desses netos 2 tardes por semana. Os netos têm entre 5 anos e 14 anos. Ela também trabalha duas tardes por semana na biblioteca local. Seu médico pediu-lhe que começasse uma caminhada diária, enquanto balançava os braços para aumentar a carga de exercícios, pois está preocupado com o ganho de peso progressivo de Beth.

Caminhada diária (a partir de referência)

□ **Linha de base:** Beth sabe que ela é capaz de caminhar até seu parque local (14 minutos ~ 1400 passos). Ela chega ao primeiro banco do parque em metade desse tempo (7 minutos ~ 700 passos). Ela fica sentada por 30 minutos e volta para casa (ela fez isso recentemente com os netos). Ela sabe que ela pode administrar essa caminhada sem uma agudização da dor. Ela não fez nenhum exercício específico do braço ou do ombro durante a caminhada de referência.

□ Beth pode deve andar 12 a 13 minutos, mas decide que ela começará com 12 minutos (menos de 20% da margem de manobra para evitar agudização).

Balanços delicado dos braços (sem referência)

Quando você anda, você naturalmente balança os braços. Aqui queremos Beth aumente o balanço, mas ainda de forma relaxada.

□ Mini-metas: Beth faz 1 minuto de aumento do balanço do braço no começo e mais um próximo ao fim de sua caminhada

□ Ela aumenta isso na semana 2 adicionando 2 balanços (cerca de 1 segundo) do braço quando ela chega ao tempo médio de sua caminhada

49

Aumento de 10% na quota semanal

Pain Res Manag. 2013 Jul-Aug; 18(4): 207-213. PMID: PMC3812193
Pacing: A concept analysis of a chronic pain intervention

19/02	Baseline -20% 10 min
26/02	11
05/03	12
12/03	13
19/03	14,5
26/03	16
02/04	17,5
09/04	19



50

Alguns pacientes experimentam dificuldades com o pacing

"Fiquei tão envolvido que perdi a noção do tempo"

Um bom ritmo significa saber quando parar e fazer repouso ou uma pausa.

Solução: ter um relógio ou celular a vista e saber usar o alarme de temporizador

"Eu tomo decisões com base em como estou sentindo no momento"

Isso geralmente faz parte do ciclo de excesso de esforço, especialmente nos dias bons dias, seguido de sofrimento como consequência de extrapolar os limites de tolerância.

Solução: Seguir rigorosamente o plano de contingenciamento reconhecendo que é valioso preservar sua condição física para o dia seguinte

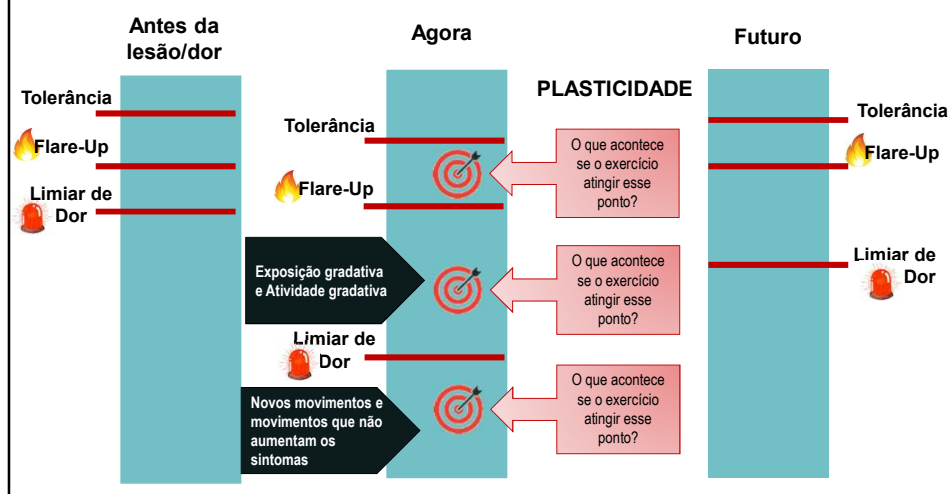
"Eu não sei quanto tempo de repouso ou o que fazer"

A depender da personalidade do paciente essa questão pode ser mais ou menos complexa de ser abordada.

Solução: Algumas atividades requerem quebras mais curtas, outras exigirão intervalos mais longos. Para aproveitar ao máximo as pausas, é importante mudar sua posição e sua postura corporal e fazer que te interesse. É menos útil simplesmente parar e não fazer nada. Tente um passeio, faça um pouco de alongamento, escute rádio ou leia.

51

Como funcionam exposição gradativa *in vivo* e atividade gradativa



52

Estratégia #5 Exposição gradativa *in vivo*

1. Paciente estabelece objetivos a partir da hierarquia do medo
 - Graduar emoções ajuda o cérebro a acessar informações racionais para aspectos afetivos
2. Vocês estabelecem a linha de base
 - O paciente deve estar confiante de que é capaz de partir desse ponto
3. A atividade é realizada independente do limiar de dor

1. Vocês planejam os objetivos claramente (SMART)



- i. Specific
- ii. Measureable
- iii. Achievable
- iv. Realist
- v. Time-bound

2. Você busca evitar o *flare-up*, não entra em pânico se acontecer

53

PHODA Logout

Search for Users Add Users Manage Studies PHODA Tutorial

On a scale of 0 to 10, how *worried* are you that this activity would be harmful to your pain?

10 extremely worried	10
9.5	9.5
9	9
8.5	8.5
8	8
7.5	7.5
7	7
6.5	6.5
6	6
5.5	5.5
5	5
4.5	4.5
4	4
3.5	3.5
3	3
2.5	2.5
2	2
1.5	1.5
1	1
0.5	0.5
0 not at all worried	0

Activity #3: Taking care your hair (blow drying, styling)

On a scale of 0 - 10 how *painful* do you think this activity would be?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

not at all painful worst possible pain

Previous Activity Next Activity

17 activities remaining

54

Estratégia #5 Exposição gradativa in vivo

Exposição Gradativa

Esta escala tem como objetivo identificar quais são suas maiores dificuldades com relação a realização de alguns movimentos ou tarefas.

Parte A. Quais são os dois movimentos ou tarefas que você mais teme realizar?

1. _____

2. _____

Quanto medo você tem de realizar o movimento ou atividade 1?

☐ Sem medo ou muito pouco ☐ Um pouco de medo ☐ Medo moderado ☐ Muito medo ☐ Medo extremo

Quanto você evita o movimento ou atividade 1 por causa das sensações ruins associadas a ele?

☐ Evita nada ou muito pouco ☐ Evita um pouco ☐ Evita moderadamente ☐ Evita Muito ☐ Evita sempre

Quanto medo você tem de realizar o movimento ou atividade 2?

☐ Sem medo ou muito pouco ☐ Um pouco de medo ☐ Medo moderado ☐ Muito medo ☐ Medo extremo

Quanto você evita o movimento ou atividade 2 por causa das sensações ruins associadas a ele?

☐ Evita nada ou muito pouco ☐ Evita um pouco ☐ Evita moderadamente ☐ Evita Muito ☐ Evita sempre



O paciente define a hierarquia de exposição

55

Estratégia #5 Exposição gradativa in vivo

HIERARQUIA DA EXPOSIÇÃO AO VIVO

	ATIVIDADE	META
Sinto medo extremo		
Sinto muito medo		
Sinto medo moderado		
Sinto um pouco de medo		
Sinto muito pouco medo		

** Adaptado de Gelder, M.G. & Marks, I.M. (1966). Severe Agoraphobia: A Controlled Trial. British Journal of Psychiatry, 772: 309-319. (Tradução AMBAN doPq-HC-FMUSP, 1985).*



A graduação é feita a partir do estabelecimento de uma linha de base

56

Exposição gradativa a exercícios e atividades

Estabelecendo metas para atividade gradativa e exposição

META SMART

"Metas permitem que você controle a direção da mudança em seu favor." Brian Tracy

TIME-BASED/TENHA PRAZO
Determine uma linha de chegada.

REALISTIC/REALISTA
Trace metas que são realizáveis.

ATTAINABLE/ALCANÇÁVEL
Faça com que as coisas sejam possíveis.

MEASURABLE/MENSURÁVEL
Meça seu progresso.

SPECIFIC/ESPECÍFICO
Faça com que seu objetivo seja claro.

T Estabeleça em quantos dias/tempo a meta vai ser atingida

R Incluir movimentos e atividades que já eram do repertório e dentro dos limites pré-condição/desuso

A Determinar a solução das barreiras pré-concebidas como organização de tempo e aparecimento de dor

M Realizar o movimento ou atividade por completo de acordo com a quota estabelecida

S Vencer o medo do movimento de acordo com a escala de exposição ou aumentar a atividade escolhida pelo paciente

"Eu quero poder levar minha neta para a escola toda manhã, num total de quatro quadras de ida e volta"

57

Exposição gradativa a exercícios e atividades

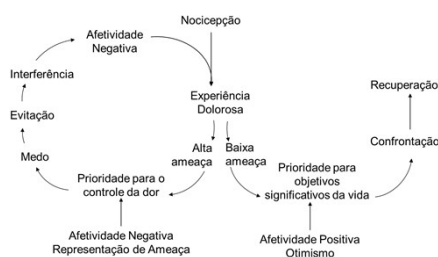
Estabelecendo metas para atividade gradativa e exposição

Objetivo	Eu quero poder levar minha neta para a escola toda manhã, num total de quatro quadras de ida e volta
Estratégia	1. Estabelecer pequenas cotas de caminhada que permitam em um médio prazo caminhar as 4 quadras ida e volta
O que?	a. Estabelecer quanto tempo posso caminhar sem agudizar a dor (baseline) b. Dividir a caminhada em duas partes de tempo iguais iniciando por um período menor que o necessário para sentir agudizar
Onde?	No quarteirão da minha casa
Quando?	segunda, quarta e sexta-feira quando tenho alguém em casa para me ajudar
Quanto?	<i>*Iniciar com o tempo mínimo para agudizar e progredir em 10% a cada dia</i>
Que intensidade?	Usando apenas o peso corporal
Comentários	Se sair sozinho levar o celular para pedir ajuda caso precise

58

Lidando com a agudização, *flare-up*

4. Você busca evitar o *flare-up*, mas não entra em pânico se acontecer
- O alarme está sensível portanto é difícil evitar completamente *flare-ups*
 - Não se estresse ou deixe o paciente preocupado, *flare-ups* são sinais de proteção do sistema e, portanto, são naturais
 - É provável que o paciente sinta-se desanimado com a experiência de agudização, volte a educação em dor e reforce a necessidade da persistência para a plasticidade



59

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) **DISCORDO parcialmente**
- 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 **DISCORDO parcialmente**
- 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 **DISCORDO parcialmente**
- 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

Nijs et al. 2012

60