

A educação em dor para o paciente: o que e como ensinar?



1

Me Ajude!! POR QUE EU AINDA ESTOU COM DOR?

As pessoas querem uma explicação ou diagnóstico

A incerteza é um estressor

A expectativa de recuperação é uma coisa boa

A desinformação preenche muito bem as lacunas

Explicações simples podem ser boas ou ruins

Ter uma boa compreensão da ciência é sempre bom

Individualizar ajuda

<http://www.cor-kinetic.com/help-why-do-i-still-hurt/>

2

Conceitos fundamentais à ETD

Exige um *modelo biopsicossocial em saúde*

Entende a *dor como um sinalizador, à percepção, da necessidade de proteger os tecidos do corpo*

É *biologicamente plausível*

Prática fundamentada em *teorias da mudança conceitual e do design instrucional*

Entende que *'a dor pode ser modulada por crenças'*

A presença de *catastrofização e cinesiofobia* devem ser sempre avaliadas

G. Lorimer Moseley and David S. Butler. Critical Review: Fifteen Years of Explaining Pain: The Past, Present, and Future. The Journal of Pain 2015; 16(9): 807-813

3

Conceito de Plausibilidade

Princípio 3: O Paradigma do Paraquedas

Usar um paraquedas ao pular de um avião representa uma conduta utilizada para reduzir a mortalidade das pessoas.

Neste caso é tão plausível (plausibilidade extrema) que o paraquedas vai prevenir a morte, que não se realizou um ensaio clínico randomizado (paraquedas vs. placebo) para comparar o desfecho morte entre os dois grupos.

Na vigência de plausibilidade extrema, devemos acreditar no fenômeno ou adotar uma conduta, independente de demonstração científica.

Por outro lado, cuidado com a banalização deste paradigma. Argumentos a favor do uso de condutas baseados só em alguma plausibilidade não vale. Plausibilidade extrema se assemelha ao exemplo do paraquedas, algo que indubitavelmente deve ser feito. Algo que seria antiético deixar de fazer.

<http://medicinabaseadaemvidencias.blogspot.com.br/2011/10/os-sete-principios-da-medicina-baseada.html>

Luís Cláudio Correia - Os Sete Princípios da Medicina Baseada em Evidências

4

Two Systematic Reviews

- The Effect of Neuroscience Education on Pain, Disability, Anxiety, and Stress in Chronic Musculoskeletal Pain, 2011
- The Efficacy of Pain Neuroscience Education on Musculoskeletal Pain: A Systematic Review of the Literature, 2016

5

SYSTEMATIC REVIEW

The Effect of Neuroscience Education on Pain, Disability, Anxiety, and Stress in Chronic Musculoskeletal Pain

Adriaan Louw, PT, MAppSc, Ina Diener, PT, PhD, David S. Butler, PT, EdD, Emilio J. Puentedura, PT, DPT

ABSTRACT. Louw A, Diener I, Butler DS, Puentedura EJ. The effect of neuroscience education on pain, disability, anxiety, and stress in chronic musculoskeletal pain. Arch Phys Med Rehabil 2011;92:2041-56.

Key Words: Education; Musculoskeletal System; Neurophysiology; Neurosciences; Pain; Rehabilitation.
© 2011 by the American Congress of Rehabilitation Medicine

Vários ensaios clínicos randomizados (ECR) investigaram a eficácia da EP em diversas condições clínicas. Há evidências que a EP diminui a dor, aumenta o desempenho físico, diminui a deficiência percebida e a catastrofização.

Ressalva: dados de 8 estudos e 401 pacientes, incluindo lombalgia crônica, síndrome de fadiga crônica, dor generalizada e whiplash crônico. A heterogeneidade na avaliação dos resultados e a frequência e duração das sessões EP restringiram a metanálise.

6

The Efficacy of Pain Neuroscience Education on Musculoskeletal Pain: A Systematic Review of the Literature, 2016

Louw A, Zimney K, Puentedura EJ, Diener I, 2016

Objetivo: trata-se de estudos controlados randomizados (RCT) realizados nos últimos 20 anos para verificar a eficácia da EP sobre a dor, função, deficiência, fatores psicológicos e qualidade de vida em portadores de dor musculoesquelética.

Conclusões: Há evidências de que a EP pode:

- Reduz a dor
- Melhora o desempenho físico
- Aumenta o desempenho físico
- Atenua os fatores psicológicos
- Reduz a utilização de medicamentos para dor

Referências: Moseley (2002), Moseley (2003c), Moseley et al. (2004), Ryan et al. (2010), Meeus et al. (2010), Vibe Fersum et al. (2013), Gallagher et al. (2013), Van Oosterwijck et al. (2013), Ittersum et al. (2014), Louw et al. (2014), Téllez-García et al. (2014), Beltran-Alacreu et al. (2015), Pires et al. (2015)

7

A EP é Plausível

Hipótese de trabalho para o mecanismo da EP: ela altera o valor da ameaça de tal forma que a construção que o cérebro faz "do que é mais provável de ser realidade" é deslocada daquela que requer proteção para aquela que não a requer. Isso é, não há mais percepção de ameaça

Qual é a eficácia de se modificar a resposta perceptual a um dado estímulo sensorial via mudança cognitivamente mediada pelo valor ameaça?

Existe um grande corpo de evidências informais que sugerem efeitos potencialmente poderosos sobre a dor ao se alterar o valor de ameaça de uma situação ou estímulo

Há evidências convincentes de que o efeito é em si biologicamente plausível, mas a base formal de evidências científicas de qualidade ainda está crescendo, sem estar madura

8

Teorias da mudança conceitual e do design instrucional

Princípios fundamentais da EP:

Psicologia educacional, principalmente as
Estratégias de mudança conceitual

Psicologia da saúde, e
Ciências que relacionam a dor à neuroimunologia

A aprendizagem de mudanças conceituais implica em confrontar o conhecimento já existente e pede estratégias de aprendizagem que envolvam apresentar conceitos novos que encontrem resistência dos antigos, pois eles são contra intuitivos e dependem de comportamentos coletivos ou emergente dos constituintes, que são distintos da lógica do comportamento linear

9

O modelo de mudança conceitual

É centrado numa abordagem construtivista de ensino:

Importa o que “existe na cabeça do aprendiz”

Encontrar sentido supõe estabelecer relações

Quem aprende constrói, de maneira ativa, significados

10

Quatro condições para que ocorra a mudança conceitual

- 1. Produzir insatisfação com os pré-conceitos existentes:** é fundamental que um indivíduo tenha coletado um estoque de questões não resolvidas e tenha observado a incapacidade de suas concepções em resolvê-las.
- 2. A nova concepção deve ser inteligível:** o indivíduo deve ser capaz de compreender como a experiência pode estar estruturada pela nova concepção, de modo a explorar as possibilidades inerentes a ela.
- 3. A nova concepção deve parecer inicialmente plausível:** isto é, deve ao menos parecer ter a capacidade para resolver os problemas gerados por suas predecessoras.
- 4. A nova concepção deve sugerir a possibilidade de um frutífero programa de pesquisa,** que deve ter potencial para ser estendido, para explorar novas áreas de pesquisa.

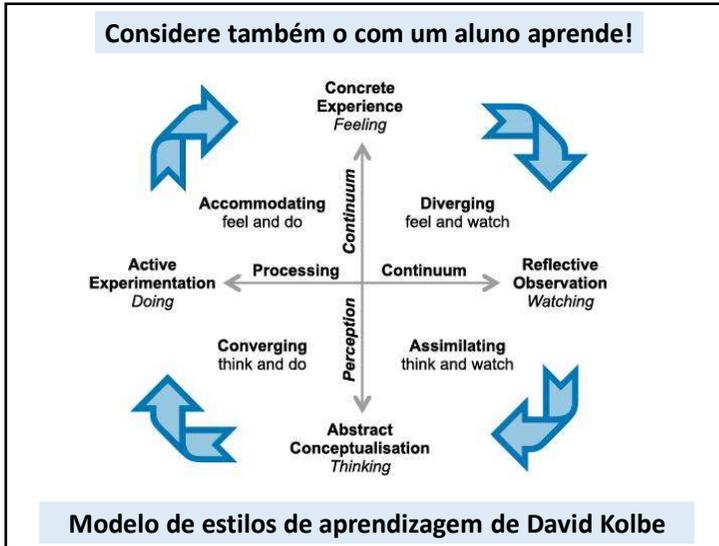
11

O design educacional é um ciclo de atividades que, em um nível macro, assemelha-se a um planejamento de ensino, incluindo a sequência e estrutura de unidades, os principais métodos a serem usados em cada lição, o grupo de estruturas, o planejamento das atividades e a avaliação sistemática.

	Tecnologia Instrucional Tradicional	Tecnologia Instrucional Emergente
Papel do professor	Especialista	Facilitador
Papel do aluno	Receptor passivo	Colaborador ativo
Ênfase instrucional	Fatos e Aprendizagem dirigida	Pensamento crítico
Avaliação da aprendizagem	Retenção	Assimilação e interpretação de fatos
Método de ensino	Exercício e Prática	Interatividade e colaboração
Acesso ao conhecimento	Acesso limitado ao conhecimento e informação	Acesso ilimitado ao conhecimento e informação via tecnologia

Figura 1 - Tecnologia educacional emergente comparada com a tecnologia tradicional [HOSS96].

12



13

DESIGN INSTRUCIONAL E CONSTRUTIVISMO

É o uso de tecnologias da informação e comunicação numa filosofia construtivista de trabalhar com o aluno a aprendizagem colaborativa

No modelo construtivista, os programas educativos devem ajudar a ensinar habilidades do pensamento e não a memorizar fatos

Tecnologia educacional com enfoque construtivista: os alunos seleccionam e desenvolvem suas próprias estratégias e são encorajados a buscar novos domínios do conhecimento

Recursos das tecnologias da informação e comunicação: **multimídia, hipertexto, hipermídia, realidade virtual e telemática** podem oferecer flexibilidade, personalização, interatividade e qualidade no ensino

14



15

Material de Apoio

Vídeos legendados disponibilizados pelo Grupo de Dor do IFRJ

<https://www.youtube.com/channel/UCJOas7H4araFr4zZsfE04sg>

16

Caminho da Recuperação

Você sabia que cada número representa um aspecto importante na vida da pessoa com dor?

- ✓ Primeira Ferramenta Online para Educação em Dor no Brasil
- ✓ Desenvolvida com base em ensaios clínicos e revisões sistemáticas
- ✓ Gratuita

Visite:
www.pesquisaemdor.com.br

17

PAIN[®] 154 (2013) 942-950

Um exemplo

The *Pain Course*: A randomised controlled trial of a clinician-guided Internet-delivered cognitive behaviour therapy program for managing chronic pain and emotional well-being

Blake F. Dear^{*,†}, Nick Titov^{*}, Kathryn Nicholson Perry[‡], Luke Johnston^{*}, Bethany M. Wootton^{*}, Matthew D. Terides^{*}, Ron M. Rapee^{*}, Jennifer L. Hudson^{*}

O estudo avaliou a eficácia de um *Pain Course*, um programa de terapia cognitivo-comportamental (TCC) conduzido por um profissional e feito via internet, visando reduzir a incapacidade, a ansiedade e a depressão associadas com quadros de dor crônica.

Tratamento: 5 aulas EAD com conteúdo baseado em TCC, dadas em 8 semanas, e tarefas de casa, e-mail ou contato telefônico semanal com o psicólogo clínico, e-mails automatizados e recursos adicionais. Follow-up de 3 meses. Em média, o clínico passou 81,54 minutos (DP 30,91 minutos) em contato com os participantes durante o programa.

Resultados: o programa tem potencial de reduzir a incapacidade, deficiência, ansiedade e depressão das pessoas com dor crônica.

18

Resumindo: 4 passos para a educação do paciente

- Avaliar** – Definir as necessidades e interesses dos pacientes; observe a vontade de aprender.
- Planejar** – Estabeleça objetivos de ensino; selecione materiais.
- Implementar** – Ponha o plano em ação; faça correção de rumos, se necessário.
- Documentar** – Registre o processo.

Avalie o processo e os resultados - a avaliação é crítica e deve ser contínua para todos os quatro passos! Isso irá ajudá-lo a não perder o foco e a resolver problemas rapidamente

KRAMES staywell

19

Explaining Pain in 2015 David Butler (May 06, 2015)

Uma sugestão de avaliação para a EP

Pergunte ao paciente algo do tipo:

"Você está interessado em algumas informações novas sobre por que você está sofrendo? É muito provável que isso o ajude a controlar a sua dor".

+ A maioria (mas não todos) provavelmente vai responder de forma afirmativa

"Como você gostaria de aprender?"

+ É uma boa maneira de "pegar" problemas como o da alfabetização, por ex.

Peça-lhes: "Pense em uma experiência anterior onde você aprendeu alguma coisa. Qual era a informação, o apresentador e o ambiente que fez a 'coisa grudar' e ficar no seu cérebro?"

A avaliação subjetiva e física dentro de um modelo biopsicossocial e com base no raciocínio clínico, deve sugerir as bases para a maior parte das metas educacionais

KRAMES staywell

20

Explaining Pain in 2015 David Butler (May 06, 2015)

E-flags. Na coleta da história clínica, anote com uma @ as coisas que você deve voltar e explicar mais tarde

As e-flags podem vir do bio (p.ex., dor em queimação sem referência a um dermatômo), do psico (ansiedade, medo, crenças disfuncionais) e do social ("Por que meus colegas de trabalho não acreditam em mim?")

Usar os vários questionários (de conhecimento sobre dor ou sobre as atitudes frente a dor)

Identifique obstáculos à intervenção (entrevista motivacional):
- "Você está confiante de que, se continuarmos mais um pouco com o tratamento e com as informações, nós poderemos conseguir mais benefícios?"

KRAMES
staywell

21

Explaining Pain in 2015 David Butler (May 06, 2015)

Identifique onde a pessoa mais frequentemente acessa (busca) conhecimento. Cuidado com o paciente que tem um vizinho "experiente", mas, em contrapartida, esteja certo de que a sua mensagem educativa é susceptível de se espalhar para além da pessoa que está na sua frente

Verifique se existem quaisquer influências da dor crônica na aprendizagem. Por exemplo, imprecisão e alterações de memória muitas vezes fazem parte de estados de dor crônica

KRAMES
staywell

22

Explaining Pain in 2015 David Butler (May 06, 2015)

Qual é o

Equívoc

- + U
- + E
- + C

Serão n

analogi

equivoc



KRAMES
staywell

23

"A noção de currículo, que é muito mal considerada no campo da saúde, é fundamental para a educação individual e em grupo. O currículo faz o educador considerar questões como o conteúdo, os objetivos-chave de aprendizagem, a adaptação a um grupo ou a um indivíduo, o tempo (carga horária), o lidar com discrepâncias de conhecimento, o ensino de habilidades associadas, com o processo de avaliação e a atualização da aprendizagem." (Butler 2015)

CURRÍCULO E CONHECIMENTO
O QUE ENSINAR E COMO ENSINAR?

24

Objetivos Gerais

Instituir um processo de ensino-aprendizagem acerca dos conceitos sobre dor, para auxiliar a modificar as crenças do paciente sobre a sua dor.

Alterar o conceito de dor como sendo um sinalizador de danos nos tecidos ou de patologias, para o conceito de um sinalizador da percepção da necessidade de proteger os tecidos corporais (Butler & Moseley 2013).

Aumentar o conhecimento que o paciente tem sobre a biologia da dor visando diminuir a dor, melhorar as atividades restritas pelo medo e catastrofização e aumentar a adesão de sua participação num processo de reabilitação conduzido dentro de um modelo biopsicossocial

25

O programa (currículo) do curso

Content of the Pain Course.

Lesson	Time before next lesson	Lesson and homework content	Primary skill taught in lesson and homework	Additional resources
Lesson 1	1 week	Education about the prevalence of chronic pain and symptoms of anxiety and depression. Information about pain perception and the nervous system. Introduction of a CBT model and explanation of the functional relationship between physical, thought, and behavioural symptoms. Instructions for identifying their own symptoms and how their symptoms interact	- Symptom identification - Symptom formulation	- Sleep management - What to do in an emergency - Working with health professionals and treatments for chronic pain
Lesson 2	2 weeks	Introduction to the basic principles of cognitive therapy and importance of managing thoughts to help manage pain, but also anxiety and depression. Instructions for monitoring and challenging thoughts	- Thought monitoring - Thought challenging	- Structured problem solving - Challenging beliefs
Lesson 3	1 week	Introduction to the physical symptoms of anxiety (ie, hyperarousal) and depression (ie, hypoarousal) and their relationship to emotional well-being and managing the impact of chronic pain. Instructions about controlling physical symptoms using de-arousal strategies such as controlled breathing and pleasant scheduling activities	- Controlled breathing - Pleasant activity scheduling	- Attention management and chronic pain - Chronic pain and panic attacks - A list of 100 pleasant things to do
Lesson 4	2 weeks	Introduction to the behavioural symptoms of anxiety, low mood, and chronic pain. Explanation of the overdoing-underdoing cycle of physical activity and issues around the fear and the avoidance of physical activities. Instructions for pacing and gradually and safely increasing physical activities	- Pacing - Graded exposure	- Assertive communication
Lesson 5	2 weeks (end of Course)	Information about the occurrence of lapses in pain, depression, and anxiety. Information about the signs of relapse and the importance of goal-setting into the future. Instructions for creating a relapse prevention plan and goal-setting	- Relapse prevention - Goal setting	

CBT, cognitive behaviour therapy.

26

KEPI	Content to support the KEPI	Media
1. You have an irritated nerve root	<ul style="list-style-type: none"> It's quite a common pattern It's common to have leg pain and no back pain as the issue is in nerve tissue and not back structures Nerve roots get tugged a bit when you stride I can understand why you thought it was muscle - it can certainly feel like muscle. Explain the word "root" -it's part of a continuum not the start of the nervous system. 	<ul style="list-style-type: none"> Draw or show an image of L5 and its distribution Use theratube to show nerve movement and the neural continuum. Show that there is plenty of space in the intervertebral foramen. (Neural tissue only takes up a third of the space)
2. Irritated/injured nervous system, including roots, often "report from the area they look after".	<ul style="list-style-type: none"> Follow up with notions of dermatomes. The area reported on does not have to be damaged The nervous system sends 'danger signals' not 'pain signals' and it is always 'up to the brain' whether you not you'll experience pain - not knowing and being worried about what is going on are more likely to lead the brain to err on the side of caution and construct pain 	<ul style="list-style-type: none"> Show L5 dermatome image to demonstrate the area looked after. Emphasise variability in dermatomes (not as clear cut as all the diagrams show) Appropriate clips, images etc to assist with more general EP
3. This will get better	<ul style="list-style-type: none"> The nerve is irritated and not compressed Irritation is associated with ion channels opening and these can be stress (adrenosensitive) and mechanically sensitive Ion channels turn over every few days The therapy is education to de-threaten the situation and graded movement 	<ul style="list-style-type: none"> Draw a picture of various kinds of ion channels and explain their function Recheck and discuss neurological signs and the Straight Leg Raise

27

Resumo do conteúdo e dos métodos usados em educação em neurociência para tratar a dor musculoesquelética e a disfunção (Louw et al., 2011 e 2016).

Conteúdo da educação neurociência:

- Neurofisiologia da dor (sem referências a modelos anatômicos ou anatomopatológicos)
- Neurônios, sinapses, potencial de ação
- Dor Aguda X Dor Crônica
- Nocicepção e vias nociceptivas
- Fenômenos de inibição e facilitação na medula espinal
- Sensibilização periférica e central
- Plasticidade do sistema nervoso
- Fatores psicossociais e crenças que contribuem para a dor

28

CUIDADO!

O paciente pode entender que o terapeuta está querendo dizer que "a dor é psicológica", no sentido de que não tem base ou origem física

Evitar isso explicando:

1º. Os mecanismos nociceptivos agudos (dor normal); depois, compará-los com os processos de sensibilização central dos casos de dor crônica espinal (dor patológica)

2º. Discutir os potenciais fatores de manutenção da sensibilização central, tais como: as emoções, o estresse, a percepção da doença, o conhecimento sobre a dor e o comportamento doloroso

29

Duração: carga horária

Duas a três sessões individuais, distribuídas ao longo de 2 semanas, pelo menos.

É um processo contínuo, iniciado durante as sessões educacionais prévias e que continua na fase de tratamento ativo, durante todo o programa de reabilitação, que é feito através da terapia com exercícios específicos.

30

Resumo do conteúdo e dos métodos usados em educação em neurociência para tratar a dor musculoesquelética e a disfunção (Louw et al., 2011 e 2016).

Duração e frequência das sessões de educação em neurociência:

- De 30' até 4h (sessões de 30 min, variando de uma a várias delas, com intervalo entre as várias sessões de uma semana).

Formato educacional:

- **Principalmente individual**, mas também em grupo de iguais.
- Sessões *one-on-one*: conversa com incentivo para os pacientes fazerem perguntas (material individualizado) e não em formato de palestra pronta.

Ferramentas educacionais auxiliares:

- Imagens preparados, apresentações em PowerPoint, desenhos, exemplos, metáforas, histórias e livros que complementam as informações da educação individualizada.
- Questionário sobre Neurofisiologia da Dor

31

Resumo do conteúdo e dos métodos usados em educação em neurociência para tratar a dor musculoesquelética e a disfunção (Louw et al., 2011 e 2016).

Tratamentos associados à ETD:

- Mobilização e manipulação
- Massagem dos tecidos moles
- Mobilização neural e muscular
- Estabilização segmentar lombar e cervical
- Exercício aeróbico em circuito
- Cinesioterapia e Hidrocinesioterapia
- Exposição gradual com atividades diárias
- Agulhamento seco de pontos gatilho

- Nenhum (somente ETD)

32

The Clinical Application of Teaching People about Pain

Adriaan Louw (May 06, 2015)

- ▶ **1º Encontro:** ampla entrevista (anamnese) e um rigoroso exame físico antes de iniciar o plano de tratamento.
- ▶ **Escuta Qualificada:** questões fundamentais para ETD incluem:
 - ▶ O que você acha que está acontecendo com as suas _____ (costas, p.ex.)?
 - ▶ Por que você acha que elas doem?
 - ▶ O que você acha que deve ser feito para melhorar suas costas?
 - ▶ Onde você se vê daqui a cinco anos?

33

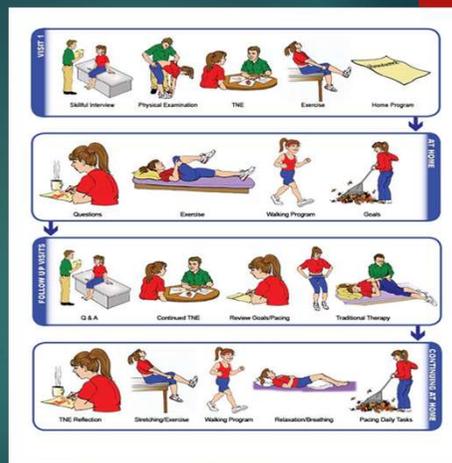
The Clinical Application of Teaching People about Pain

Adriaan Louw (May 06, 2015)

- ▶ No 1º encontro, em função do tempo gasto com a entrevista e o exame físico (em média de 30-35 minutos), uma breve ETD é ministrada ao paciente, a partir da qual serão construídas as sessões subsequentes
- ▶ Descobrimos que a forma mais fácil e receptiva para introduzir os pacientes na ETD é perguntar:
 - ▶ "Alguém já te explicou por que você (ainda) está sofrendo dor?"
 - ▶ Em quase todos os casos, a resposta é "não"
- ▶ Tudo isso estrutura o plano de cuidados: depois da breve ETD, combinar que "vamos vê-lo uma vez por semana, durante seis semanas para aprender mais sobre a dor (ETD) e usar essas estratégias calmantes" (essa parte da sessão leva menos de 15 minutos)
- ▶ Exercícios e lição de casa (folhetos ETD)

34

RESUMO DA METODOLOGIA DO LOUW



The Clinical Application of Teaching People about Pain. Adriaan Louw (May 06, 2015)

35

Five Requirements for Effective Pain Neuroscience Education in Physiotherapy Practice

Jo Nijs & Mira Meeus (May 06, 2015)

- 1: É necessária a interação com um terapeuta para a obtenção de efeitos clinicamente significativos sobre a dor
- 2: Somente os pacientes insatisfeitos com suas percepções atuais sobre a dor estarão dispostos a reconceituar a dor
- 3: A nova explicação deve ser inteligível para o paciente
- 4: A nova explicação deve parecer plausível e benéfica para o paciente
- 5: Os novos conceitos devem ser compartilhados no ambiente direto do paciente (familiares, amigos, etc.)

PS: é crucial a comunicação com os outros especialistas que cuidam do paciente. Quando diferentes especialistas dão opiniões e explicações contraditórias para os pacientes, eles ficam confusos e podem voltar a procurar as "balas mágicas" biomédicas que, na maioria das vezes, exigem muito menos esforço e participação ativa em seu processo de recuperação.

36

A educação terapêutica da dor, baseada na neurociência (Nijs)

- ▶ Antecede, necessariamente, o treinamento de controle de motor.

É fundamental não iniciar o treinamento de controle de motor antes que o paciente adote novas crenças sobre a dor.

- ▶ Mas a ETD é também um processo contínuo, iniciado durante as sessões educacionais prévias e que continua na fase de tratamento ativo, durante todo o programa de reabilitação em longo prazo.

37

Grupo Pain in Motion

Segunda Sessão

- ▶ Abordar questões e aspectos pouco claros
- ▶ Discutir a aplicação na vida diária*
- ▶ Diário de dor
- ▶ Aliança terapêutica
- ▶ **Círculo vicioso:**

Dor -> Pensamentos -> Sentimentos -> Comportamento -> Consequências -> Dor

38

Application of pain neuroscience education during daily activities ➔ Pain Reaction Record

Date / Time	Pain Situation	Negative Thoughts	What you did	What could you have done differently?
Thursday	During walking	Mad and sad	Stopped walking	?
Thursday	Shoulder pain	Tendinitis?	Ruminating, drugs and rest	Ignoring?

39

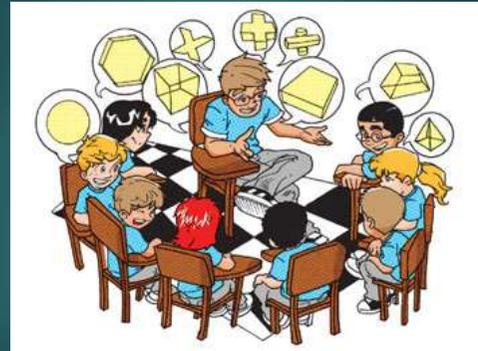
Fase 1 Educação sobre a dor baseada na neurociência	Modificação das crenças sobre dor, via reconceitualização das mesmas
Fase 2 Treino neuromuscular visando a cognição: Durante o treino de controle de motor, discutir as percepções do paciente sobre cada exercício, incluindo as falsas crenças sobre os exercícios. (p. ex., aumento da dor, mais danos)	Treino tempo-contingenciado da atividade coordenada dos músculos espinhais Progressão para a próxima fase precedida por exercícios de imaginação motora
Fase 3 Exercícios dinâmicos e funcionais: Facilitar a incorporação dos princípios teóricos durante a fase prática de intervenção por meio dos exercícios	Aumentar a complexidade dos exercícios, progredindo para tarefas funcionais Progredir para exercitar aqueles movimentos dos quais o paciente tem medo de fazer Exercitar durante condições de estresse cognitivo e psicológico

40

Educação Terapêutica em Neurofisiologia da Dor (ETND)– Nijs et al. 2011		
	A ETND está indicada?	
Há Sensibilização Central (SC) presente?		Há crenças mal adaptativas presentes?
	Primeira sessão de ETND	
Explique a neurofisiologia da dor		Explique Sensibilização Central (SC)
	Lição de casa entre as sessões 1 e 2	
Folhetos informativos educacionais		Teste sobre neurofisiologia da dor
	Segunda sessão de ETND	
Verifique se houve reconceituação da dor		Aplicação durante situações de vida diária
Aplicar durante o tratamento		

41

Estratégias de Ensino



42



Texto injuntivo
e
Texto prescritivo

Eu quero ser instrucional e não prescritivo!

43

4. Injuntivo:

Texto com a finalidade de instruir o leitor (interlocutor). Por esse motivo, sua estrutura se caracteriza por verbos no imperativo: ordenando ou sugerindo.

instrucional:

A orientação não é coercitiva, não estabelece claramente uma ordem, mas uma sugestão, um conselho.

Exemplos:

- a) o texto que predomina num livro de autoajuda;
- b) o manual de instruções de um eletroeletrônico;
- c) o manual de instruções (programação) - dirigido a determinados funcionários de uma empresa - sobre metas, funções etc.;
- d) uma ingénua receita de bolo escrita pela avó...

prescritivo:

A orientação é uma imposição, uma ordem baseada em condições *sine qua non*.

Exemplos:

- a) a receita de um médico (a um paciente) transmitida à enfermeira responsável;
- b) os artigos da Constituição ou do Código de Processo Penal;
- c) a norma culta da Língua Portuguesa;
- d) manuais de guerrilha;
- e) o edital de um concurso público...

44

Estratégias de Ensino

- ▶ Usar linguagem adequada e num ritmo que leve em conta o nível de alfabetização, a capacidade intelectual e os conhecimentos em saúde que o paciente possua.
- ▶ Usar ilustrações, exemplos e metáforas.
- ▶ Muito mais do que ensinar, é preciso garantir que esse processo de comunicação abra as portas para que o paciente modifique seu comportamento (incluindo a adesão à terapia por exercícios).

Lembrar: conhecimento não significa necessariamente mudança comportamental.

45

Ferramentas Educacionais

Fotos preparadas;

Exemplos;

Metáforas;

Desenhos;

Pasta de trabalho com tarefas de leitura e de perguntas e respostas



Questionários sobre Neurofisiologia da Dor

46

VAMOS MONTAR NOSSO PRÓPRIO MATERIAL DE EDUCAÇÃO EM NEUROCIÊNCIA DA DOR

11 grupos - Cada um com um objetivo instrucional – 30 min
 Seleciona uma imagem ou duas que ilustra o conceito (manda a(s) figura(s) para siriani@fmrp.usp.br com o assunto – Grupo "X"
 Não é permitido fazer uso de imagens ou referências anatômicas ou fisiológicas

Usaremos metáforas! *Metáfora é uma figura de linguagem que consiste no uso de uma palavra/expressão/exemplo com o sentido de outra com o qual é possível estabelecer uma relação de comparação*

Procurem exemplos, situações reais ou perguntas que criam um desafio para o conceito de senso comum que os pacientes têm e que os farão refletir e se abrir para um conceito alternativo e plausível

Ao final todos vamos apresentar, cada grupo terá 2 min!

47

Avaliação – “Provas”.

- ▶ Avaliar o quanto o paciente modificou suas crenças sobre dor antes de passar para a próxima fase de tratamento.

Pré e Pós Teste:

- ▶ Sobre as percepções que o paciente tem sobre a sua doença (pedir ao paciente para falar/explicar qual é, na opinião dele, a natureza da sua dor).
- ▶ Sobre o próprio conhecimento sobre a dor: “Questionário sobre Neurofisiologia da Dor” (Moseley)
- ▶ Usar o Inventário de Atitudes frente à Dor – IAD
- ▶ Usar medidas como a Escala de Catastrofização da Dor
- ▶ Verificar se aumentou a adesão às atividades e exercícios contingenciados pelo tempo e orientados pela cognição.

48



- ▶ Não se trata de avaliar a dor e sim o conhecimento sobre o fenômeno “dor”
- ▶ Para avaliar a dor há diversos instrumentos *
- ▶ Ao se avaliar a dor, especialmente a crônica, inclua instrumentos de desempenho e performance motora (TUG, caminhada de 5 minutos, etc.) **

49



Aliança Terapêutica (AT)

Duas palavras sobre ela,
pois está associada com
mudanças conceituais

50

Elementos e Exigências

Elementos da AT

Acordo sobre os objetivos do tratamento
Acordo sobre as tarefas a serem realizadas
Desenvolvimento de um vínculo entre terapeuta e cliente

Exigências da AT

Habilidades de comunicação
Entrevista motivacional
Tomada de decisão compartilhada
Cuidado empático

O objetivo do TA é maximizar resultados terapêuticos por meio de um processo colaborativo entre terapeuta e paciente

51

O que envolve e como ajuda?

- Envolve uma explicação convincente do problema para o paciente e
- Uma explicação do porquê as ações terapêuticas serão eficazes em reduzir os sintomas.

PARA

- Aumentar a confiança do paciente nas sugestões do terapeuta e
- Aumentar a compreensão e a adesão aos aconselhamentos dados

52

Eu quero ser um Terapeuta

Eu me disponho a mim mesmo como instrumento de ajuda ao outro

Eu faço com o outro, caminho junto, seleciono e oriento o processo terapêutico

O fisioterapeuta é um privilegiado em estabelecer relações de ajuda terapêutica, porque seu contato com o paciente é praticamente diário, o que torna possível fortes vínculos terapêuticos

53

53

VAMOS FAZER UM EXERCÍCIO

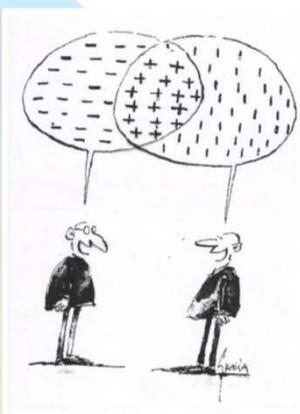
EM DUPLAS

1. Sentar-se no chão com as pernas cruzadas e receber a cabeça do colega no seu colo.
2. Vamos ficar assim por um tempo, apenas olhando um para o outro
3. Depois vamos trocar

Vamos contar como nos sentimos depois dessa experiência

54

O Encontro entre o outro e eu



O encontro é o espaço onde pacientes e terapeutas podem se arriscar numa relação intersubjetiva dialógica que amplie o cuidado à saúde.

Nesta relação, ambos, terapeuta e cliente, podem trazer e trocar, afetos, saberes, tecnologias e culturas.

Eu ouço o outro!

55



*A dupla
Paciente e Seu Dotô
cantando juntos*

Trata-se de abrir espaço para uma discursividade mais livre no ato de cuidar, onde o profissional, deixando de lado uma anamnese estrita, evita que a fala do paciente seja só uma extensão do discurso médico, tornando mais claro o sentido existencial do Cuidado e até mais precisas a avaliação e as condutas necessárias para o cuidado e autocuidado.

(Ayres 2004).

Incluir o "ENCONTRO" e questões da intersubjetividade na formação profissional pode ser uma estratégia para qualificar o cuidado à saúde

56