

UNIVERSIDADE SANTO AMARO

Curso De Fisioterapia

Kelly Rodrigues De Matos

**ANÁLISE DAS CRENÇAS DE MEDO-EVITAÇÃO E DA
AUTOEFICÁCIA EM PACIENTES COM DOR CRÔNICA ATENDIDOS
EM UMA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA**

**SÃO PAULO
2026**

Kelly Rodrigues De Matos

**ANÁLISE DAS CRENÇAS DE MEDO-EVITAÇÃO E DA
AUTOEFICÁCIA EM PACIENTES COM DOR CRÔNICA ATENDIDOS
EM UMA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado ao Curso de Fisioterapia da
Universidade Santo Amaro - UNISA, como
requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cintia Lopes Ferreira

**SÃO PAULO
2026**

M381a

Matos, Kelly Rodrigues de

Análise das crenças de medo-evitação e da autoeficácia em pacientes com dor crônica atendidos em uma clínica escola de fisioterapia / Kelly Rodrigues de Matos. - São Paulo, 2026.

40 p.

Monografia (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Santo Amaro, 2026.

Orientadora: Prof.^a Dra. Cintia Lopes Ferreira.

Bibliografia incluída

1. Dor crônica. 2. Fatores psicossociais. 3. Incapacidade. I. Ferreira, Cintia Lopes. II. Universidade Santo Amaro. III. Título.

CDD 615.82

Kelly Rodrigues De Matos

**ANÁLISE DAS CRENÇAS DE MEDO-EVITAÇÃO E DA
AUTOEFICÁCIA EM PACIENTES COM DOR CRÔNICA ATENDIDOS
EM UMA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA**

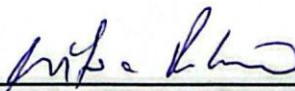
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fisioterapia da
Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção
do título Bacharel em Fisioterapia.

Data da Aprovação: 25 / 05 / 2026

Banca Examinadora



Prof.ª. Dr.ª. Cintia Lopes Ferreira
(Orientadora)



Prof.ª Ma. Cinthia Ribeiro Mucci
(Banca Externa)



Prof. Dr. Thiago Domingues Stocco
(Banca Interna)

Conceito final: 9,2

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me conceder força, sabedoria e perseverança ao longo desta caminhada acadêmica.

A minha família, pelo amor, apoio e compreensão nos momentos de ausência e dedicação aos estudos.

Aos meus professores, pela paciência, ensinamentos e incentivo constante, fundamental para meu crescimento pessoal e profissional.

Aos colegas e amigos, especialmente ao meu grupo “90%fisios”, que fizeram dessa trajetória um caminho mais leve, acolhedor e cheio de companheirismo. Obrigada por cada risada, apoio, troca de experiências e por dividirem comigo os desafios e conquistas dessa etapa tão importante.

A todos os profissionais do Hospital Municipal Capela do Socorro, que fizeram parte da minha trajetória e contribuíram de alguma forma para meu aprendizado e amadurecimento profissional. Levo comigo cada ensinamento, acolhimento e experiência vivida ao longo desse período.

Por fim, agradeço de forma especial à minha orientadora, Cintia, pela dedicação, paciência, apoio e confiança durante todo o desenvolvimento deste trabalho. Seus ensinamentos foram fundamentais para minha formação e para a concretização deste sonho.

A todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte desta caminhada, minha eterna gratidão. Cada apoio, palavra de incentivo e gesto de carinho foram essenciais para que eu chegasse até aqui.

“Movimento é vida, e poder devolvê-lo às pessoas é o que dá sentido à minha escolha pela fisioterapia.”

RESUMO

Introdução: A dor crônica é uma condição multifatorial e um dos principais motivos de procura por atendimento fisioterapêutico. O entendimento atual da neurociência da dor reconhece que a dor crônica não se restringe aos aspectos biomédicos, envolvendo também alterações nos mecanismos de modulação nociceptiva e repercussões funcionais, emocionais e sociais. Nesse contexto, fatores psicossociais, como crenças de medo-evitação e autoeficácia, desempenham papel importante na manutenção da dor e da incapacidade funcional. **Objetivo:** Analisar a correlação entre medo-evitação e autoeficácia, com intensidade da dor, cinesiofobia e qualidade de vida, em pacientes com dor musculoesquelética crônica atendidos em uma clínica escola de fisioterapia. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional, analítico e transversal, realizado com 17 participantes com dor musculoesquelética crônica. Foram aplicados os instrumentos *Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire* (FABQ), Escala de Autoeficácia para Dor Crônica, Escala Tampa de Cinesiofobia (TSK), Escala Numérica de Dor (END) e SF-36. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e correlação de *Spearman*, considerando $p \leq 0,05$. **Resultados:** Os participantes apresentaram intensidade de dor de 7,76 ($\pm 1,85$), escore de 44,47 ($\pm 9,16$) na escala tampa de cinesiofobia, escore de crenças de medo-evitação no domínio laboral de 31,71 ($\pm 10,20$) e no domínio de atividade física de 10,82 ($\pm 6,85$), e nível de autoeficácia de 133,29 ($\pm 35,68$). Houve correlação positiva moderada entre FABQ atividade física e cinesiofobia ($r=0,60$; $p=0,01$) e forte correlação entre FABQ atividade laboral e cinesiofobia ($r=0,84$; $p=0,00$). Também foi observada correlação negativa moderada entre FABQ atividade laboral e os domínios estado geral de saúde ($r=-0,51$; $p=0,03$) e aspectos sociais ($r=-0,53$; $p=0,02$) do SF-36. Não foram observadas correlações significativas envolvendo a autoeficácia. **Conclusão:** A partir dos resultados deste estudo é possível concluir que as crenças de medo-evitação estão associadas à cinesiofobia e aos aspectos da qualidade de vida em pacientes com dor musculoesquelética crônica. Maiores níveis de medo-evitação relacionados à atividade física e laboral apresentaram correlação com maior cinesiofobia, enquanto maiores níveis das crenças de medo-evitação relacionadas à atividade laboral apresentaram correlação com a pior percepção do estado geral de saúde e prejuízo nos aspectos sociais. A autoeficácia não apresentou correlação com as variáveis analisadas. Esses achados reforçam a importância de considerar fatores cognitivos e comportamentais na avaliação e no manejo fisioterapêutico da dor musculoesquelética crônica.

Palavras-chave: Dor crônica. Dor musculoesquelética. Incapacidade. Fatores psicossociais. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: Chronic pain is a multifactorial condition and one of the main reasons for seeking physiotherapy care. Current understanding in the neuroscience of pain recognizes that chronic pain is not restricted to biomedical aspects, but also involves changes in nociceptive modulation mechanisms and functional, emotional, and social repercussions. In this context, psychosocial factors, such as fear-avoidance beliefs and self-efficacy, play an important role in the persistence of pain and functional disability. **Objective:** To analyze the correlation between fear-avoidance beliefs and self-efficacy with pain intensity, kinesiophobia, and quality of life in patients with chronic musculoskeletal pain treated at a physiotherapy teaching clinic. **Methodology:** This was an observational, analytical, and cross-sectional study conducted with 17 participants with chronic musculoskeletal pain. The following instruments were applied: Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ), Chronic Pain Self-Efficacy Scale, Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK), Numerical Pain Rating Scale (NPRS), and SF-36 Health Survey. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's Rank Correlation Coefficient, considering $p \leq 0.05$. **Results:** Participants presented a mean pain intensity of 7.76 (± 1.85), a mean score of 44.47 (± 9.16) on the Tampa Scale of Kinesiophobia, fear-avoidance belief scores of 31.71 (± 10.20) in the work-related domain and 10.82 (± 6.85) in the physical activity domain, and a self-efficacy level of 133.29 (± 35.68). A moderate positive correlation was found between FABQ physical activity and kinesiophobia ($r=0.60$; $p=0.01$), and a strong positive correlation was found between FABQ work-related activity and kinesiophobia ($r=0.84$; $p=0.00$). A moderate negative correlation was also observed between FABQ work-related activity and the general health status ($r=-0.51$; $p=0.03$) and social functioning ($r=-0.53$; $p=0.02$) domains of the SF-36. No significant correlations were found involving self-efficacy. **Conclusion:** Based on the findings of this study, it can be concluded that fear-avoidance beliefs are associated with kinesiophobia and quality-of-life aspects in patients with chronic musculoskeletal pain. Higher levels of fear-avoidance related to physical and work-related activities were correlated with greater kinesiophobia, while higher levels of work-related fear-avoidance beliefs were correlated with poorer perception of general health status and impairments in social functioning. Self-efficacy showed no correlation with the variables analyzed. These findings reinforce the importance of considering cognitive and behavioral factors in the assessment and physiotherapeutic management of chronic musculoskeletal pain.

Keywords: Chronic pain. Musculoskeletal pain. Disability. Psychosocial factors. Quality of life.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	9
1.1. JUSTIFICATIVA	12
1.2. HIPÓTESE	12
2. OBJETIVOS.....	13
2.1. Objetivo Geral.....	13
2.2. Objetivos Específicos	13
3. METODOLOGIA	13
3.1. Local do estudo.....	13
3.2. Aspectos éticos.....	13
3.3. Desenho de estudo	14
3.4. População e amostra	15
3.5. Critérios de inclusão e exclusão	15
3.6. Riscos e Benefícios	15
3.7. Procedimentos de coleta de dados	16
3.8. Instrumentos de avaliação	16
3.8.1. Questionário sociodemográfico e clínico.....	17
3.8.2. Escala numérica de dor (END).....	17
3.8.3. Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK) – Escala Tampa de Cinesiofobia	17
3.8.4. Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ).....	17
3.8.5. Escala de Autoeficácia para Dor Crônica	18
3.8.6. SF-36 (Short Form Health Survey).....	18
3.9. Análise dos dados	19
4. RESULTADOS.....	19
5. DISCUSSÃO	23
6. Conclusão	27
REFERÊNCIAS.....	29
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	32
APÊNDICE B – FICHA DE AVALIAÇÃO	34

1. INTRODUÇÃO

A dor é um dos principais motivos que levam os pacientes a buscarem por atendimento fisioterapêutico¹. A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), define a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a, ou semelhante àquela associada a dano tecidual real ou potencial” ². Essa definição de dor pela IASP vem sendo adotada por profissionais da área da saúde, pesquisadores e organizações governamentais e não governamentais, incluindo a Organização Mundial da Saúde ².

A dor crônica é um fenômeno multifatorial que desafia profissionais da saúde, especialmente, quando não está associada a uma lesão tecidual clara ou a um processo inflamatório evidente². Tradicionalmente, muitos casos de pacientes que apresentavam dor sem uma evidência clara de um fator causal, eram rotulados como "dor inespecífica", um termo que, além de impreciso, pode gerar insegurança nos pacientes e até contribuir para efeitos nocebo². Em resposta a limitação que existia na classificação da dor, o conceito de fenotipagem ganhou destaque no campo do estudo da dor³. Este conceito propõe a classificação da dor com base nos mecanismos predominantemente envolvidos, sendo eles os mecanismos nociceptivo, neuropático e nociplástico³. Essa classificação permite uma compreensão mais precisa da fisiopatologia da dor e pode orientar decisões clínicas mais eficazes³.

A dor nociceptiva ocorre por meio da ativação fisiológica dos nociceptores em resposta a estímulos potencialmente lesivos, estando geralmente associada a processos inflamatórios ou lesões teciduais, como aquelas que acometem estruturas ósseas, musculares ou ligamentares⁴. Esse tipo de dor apresenta, em geral, uma relação proporcional entre o grau de lesão tecidual e a intensidade do sintoma, sendo considerada uma resposta protetora do organismo frente a possíveis danos teciduais⁴.

A dor neuropática é definida como a dor que surge como consequência de uma lesão ou doença que afeta o sistema nervoso somatossensorial^{4,5}. Esse fenótipo está associado a sintomas sensoriais não dolorosos, como formigamento, dormência e fraqueza muscular que seguem a distribuição

neuroanatomica correspondente a área potencialmente acometida⁴.

A dor nociplástica é caracterizada por uma alteração no processamento da nocicepção, decorrente de atividade nociceptiva aumentada, mesmo na ausência de evidência clara de dano tecidual ou de lesão no sistema somatossensorial que justifique a dor^{4,6}. Esse tipo de dor está frequentemente associado aos mecanismos de sensibilização central, nos quais ocorre amplificação da resposta dolorosa e redução da modulação inibitória, contribuindo para a persistência dos sintomas e maior complexidade clínica⁶.

A dor crônica não é apenas uma alteração de um estímulo nociceptivo ao longo do tempo, mas sim o resultado de uma alteração complexa dos mecanismos de modulação da dor, envolvendo tanto o sistema nervoso periférico quanto o sistema nervoso central⁷. Estudos recentes indicam que, em muitos casos, há uma hipersensibilização central, caracterizada pelo aumento de excitabilidade dos neurônios medulares e redução da inibição descendente da dor⁷. A neuroplasticidade mal adaptativa também desempenha um papel fundamental nesse processo de cronificação da dor⁸. Mudanças estruturais e funcionais em regiões cerebrais como o tálamo, córtex somatossensorial e córtex pré-frontal contribuem para a manutenção da dor e para a alteração da percepção emocional associada a dor⁸. Desta forma, a dor crônica deixa de ser apenas um sintoma e passa a ser compreendida como uma doença do sistema nervoso⁸.

Diante dessa complexidade, o modelo biomédico tradicional mostra-se insuficiente para explicar a dor. O modelo biopsicossocial, proposto por Engel⁹, propõe uma visão ampliada, que considera a interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais no surgimento e manutenção da dor. Essa abordagem tem sido amplamente adotada em programas de reabilitação, especialmente, na fisioterapia, psicologia e medicina da dor⁹.

Dentro da perspectiva biopsicossocial, compreende-se que a dor crônica não é determinada apenas por fatores biológicos, mas resulta da interação dinâmica entre aspectos emocionais, cognitivos e sociais¹⁰. Assim, elementos como ansiedade, catastrofização, crenças disfuncionais relacionadas à dor,

padrões de evitação e níveis reduzidos de autoeficácia atuam como importantes moduladores da experiência dolorosa, influenciando diretamente a persistência dos sintomas e a evolução clínica do paciente¹¹. Esses fatores psicossociais podem amplificar a percepção de ameaça, favorecer comportamentos de proteção excessiva e dificultar estratégias adaptativas de enfrentamento, contribuindo para um ciclo de manutenção da dor crônica e da incapacidade funcional¹¹.

Entre os fatores psicossociais que interferem no manejo da dor crônica, destacam-se as crenças de medo-evitação e a autoeficácia¹². O modelo de medo-evitação propõe que indivíduos que associam a dor ao risco de lesão tendem a evitar movimentos e atividades físicas, favorecendo o descondicionamento e a perpetuação do quadro doloroso¹³. A autoeficácia, caracteriza-se como a crença na própria capacidade de realizar atividades mesmo diante da dor, atuando como um fator protetor, estando associada à melhor adesão ao tratamento e à recuperação funcional para aqueles que apresentam níveis altos de autoeficácia¹⁴.

No estudo de Lame et al.¹³, verificou-se que a autoeficácia se destaca como um dos principais preditores de incapacidade em pacientes com dor musculoesquelética subaguda e crônica atendidos na atenção primária, apresentando maior influência quando comparada a variáveis como intensidade da dor e respostas de medo-evitação, indicando que a confiança do indivíduo em conseguir desempenhar suas atividades diárias, mesmo sentindo dor, exerce um papel decisivo no seu grau de limitação funcional. A autoeficácia é um importante componente no manejo da dor musculoesquelética crônica, pois representa a confiança do indivíduo em sua capacidade de controlar sintomas, realizar atividades físicas e conduzir estratégias de autocuidado¹⁵. Em pacientes com dor crônica, níveis mais elevados de autoeficácia estão associados a melhores desfechos clínicos, especialmente menor incapacidade funcional e melhor desempenho nas atividades diárias¹⁵.

1.1. JUSTIFICATIVA

A dor crônica é caracterizada como um fenômeno multifatorial, influenciado por fatores físicos, cognitivos e emocionais. O modelo biopsicossocial revolucionou a compreensão da dor ao incluir, em sua estrutura, determinantes psicológicos e sociais. Evidências na literatura de dor crônica indicam que fatores psicossociais, como crenças relacionadas à dor, catastrofização, medo de movimento, estratégias de enfrentamento disfuncionais e baixa autoeficácia, estão associados à manutenção da dor e ao aumento da incapacidade funcional.¹⁶

O medo de se movimentar, decorrente da crença de que a atividade física pode piorar a dor ou causar lesões, normalmente, está associado à limitação funcional, redução da prática de atividades e pior prognóstico. Da mesma forma, as crenças de medo-evitação contribuem para padrões comportamentais que reforçam a inatividade e o descondicionamento físico do paciente¹⁷. Por outro lado, altos níveis de autoeficácia estão associados a melhor adaptação funcional em indivíduos com dor crônica, atuando como fator protetor no manejo da condição de dor¹⁸. Enquanto pacientes com baixa autoeficácia tendem a apresentar maior incapacidade funcional e pior desempenho em atividades relacionadas ao trabalho em contextos de dor crônica, evidenciando a importância desse construto na avaliação clínica¹⁹.

1.2. HIPÓTESE

Considerando o modelo biopsicossocial da dor e o papel reconhecido de variáveis psicossociais na modulação da incapacidade em indivíduos com dor crônica, a hipótese deste estudo é que fatores psicossociais como as crenças de medo-evitação e a autoeficácia podem ter relação com o medo do movimento, intensidade da dor e qualidade de vida em pessoas com dor musculoesquelética crônica.

Assim, espera-se que níveis mais elevados de medo e evitação do

movimento estejam associados a pior qualidade de vida, enquanto maiores níveis de autoeficácia estejam associados a melhores desfechos clínicos, conforme já apontado pela literatura

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Analisar se existe correlação entre medo-evitação e autoeficácia, com a intensidade da dor, cinesiofobia e qualidade de vida, em pacientes com dor musculoesquelética crônica atendidos na clínica escola de fisioterapia.

2.2. Objetivos Específicos

Avaliar as crenças de medo-evitação e a autoeficácia em pacientes com dor musculoesquelética crônica atendidos na clínica escola de fisioterapia.

Mensurar os níveis de qualidade de vida, dor e cinesiofobia em pacientes com dor musculoesquelética crônica atendidos na clínica escola de fisioterapia.

3. METODOLOGIA

3.1. Local do estudo

O estudo foi realizado na Clínica Escola de Fisioterapia da Unisa, localizada no Campus Interlagos, na cidade de São Paulo. Os pacientes foram convidados a participarem da pesquisa antes ou após suas sessões regulares de atendimento fisioterapêutico no setor de Ortopedia.

3.2. Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Santo Amaro (CEP-UNISA), número do parecer 8.164.165. O estudo seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde), incluindo respeito à autonomia, sigilo, beneficência e não maleficência. Os participantes do estudo leram, concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Este projeto foi conduzido de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Foram assegurados o respeito à dignidade humana, a autonomia dos participantes, a confidencialidade dos dados pessoais e clínicos, e a garantia de que nenhum indivíduo será exposto a danos previsíveis decorrentes de sua participação.

A participação no projeto foi voluntária, não havendo qualquer tipo de obrigatoriedade, coerção ou condicionamento ao atendimento fisioterapêutico na clínica escola, tampouco vantagens financeiras. Os participantes poderiam desistir ou retirar o consentimento a qualquer momento, sem prejuízo de qualquer natureza.

Para auxiliar na busca por referências bibliográficas foi utilizado a *OpenEvidence*, uma plataforma de Inteligência Artificial desenvolvida para profissionais da saúde, e para realizar correção gramatical e auxiliar na melhora da coesão do texto foi utilizada a Inteligência Artificial ChatGPT.

3.3. Desenho de estudo

Trata-se de um estudo observacional, analítico, transversal, de abordagem quantitativa, de avaliação presencial de pacientes com dor musculoesquelética crônica.

Os dados foram coletados através de instrumentos validados e metodologia padronizada, por questionários respondidos presencialmente.

3.4. População e amostra

A amostra foi composta por indivíduos adultos com idade entre 18 e 65 anos, de ambos os sexos que apresentavam dor musculoesquelética crônica, superior a três meses.

3.5. Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos indivíduos adultos com idade entre 18 e 65 anos, de ambos os sexos, com queixa de dor musculoesquelética igual ou superior a 3 meses de duração, em qualquer região do corpo.

Os critérios de exclusão foram presença de condições neurológicas graves ou doenças sistêmicas incapacitantes, histórico cirúrgico há menos de 3 meses na região de maior queixa de dor, pacientes com dor aguda, que apresentavam sintomas de dor há menos de 3 meses, ou com episódios de dor exacerbados e incapacitantes no dia da avaliação, pacientes com incapacidade cognitiva ou dificuldade significativa de compreensão que impedisse o preenchimento adequado dos questionários, pacientes que estivessem participando de outro estudo que interferisse nas variáveis analisadas e o preenchimento incompleto dos questionários.

3.6. Riscos e Benefícios

Como a amostra incluiu pacientes com dor musculoesquelética crônica, era possível que ocorresse leve desconforto durante a aplicação dos questionários relacionados às variáveis de medo-evitação e autoeficácia. No entanto, todas as etapas foram realizadas sob supervisão direta dos pesquisadores, que adotaram as medidas necessárias para garantir a segurança e o bem-estar dos participantes.

Antes de responder aos questionários, os voluntários receberam orientações e esclarecimentos sobre os objetivos e métodos utilizados, a fim de

minimizar qualquer risco ou ansiedade durante a coleta de dados.

Os voluntários não receberam benefícios imediatos decorrentes da participação, mas os resultados deste estudo poderão contribuir significativamente para a compreensão da relação entre medo-evitação, autoeficácia e dor crônica em pacientes atendidos na clínica de fisioterapia, favorecendo futuras intervenções mais eficazes e direcionadas à promoção da funcionalidade e autonomia.

.3.7. Procedimentos de coleta de dados

A abordagem dos pacientes foi realizada na Clínica Escola de Fisioterapia da Unisa, no período de 02 de março a 12 de março de 2026, antes ou após o atendimento fisioterapêutico. Os objetivos da pesquisa e o TCLE foi apresentado para leitura e assinatura para todos os voluntários. Após o aceite através do TCLE, todas as respostas foram registradas, garantindo confidencialidade, segurança e integridade das informações.

O questionário (Apêndice B) foi organizado em:

Questionário sociodemográfico que reuniu informações para caracterização da amostra, incluindo idade, sexo e intensidade da dor autorreferida.

Questionário de fatores psicossociais com a aplicação das seguintes escalas: Escala Tampa de Cinesiofobia (TSK), *Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire* (FABQ), Escala de Autoeficácia para Dor Crônica, SF-36 (*Short Form Health Survey*).

3.8. Instrumentos de avaliação

3.8.1. Questionário sociodemográfico e clínico

O questionário coletou informações sobre idade, sexo, profissão, características da dor, tempo de sintomas, tratamentos prévios e condições de saúde associadas.

3.8.2. Escala numérica de dor (END)

A intensidade da dor foi avaliada por meio da Escala Numérica de Dor (END), instrumento unidimensional amplamente utilizado na prática clínica e em pesquisas²⁰. A escala varia de 0 a 10, sendo 0 correspondente à ausência de dor e 10 à pior dor imaginável.

Os participantes foram orientados a indicar o número que melhor representasse a intensidade da dor no momento da avaliação.

3.8.3. Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK) – Escala Tampa de Cinesiofobia

Foi utilizada a versão brasileira validada da Escala Tampa de Cinesiofobia, que é uma escala de autoavaliação composta por 17 itens avaliados em formato Likert de quatro pontos²¹. O instrumento mensura o medo de movimento e crenças relacionadas à possibilidade de lesão ou agravamento da dor, frequentemente presentes em indivíduos com dor lombar crônica. A pontuação total varia de 17 a 68 pontos, sendo que escores mais elevados indicam maior nível de cinesiofobia.

3.8.4. Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ)

O *Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire* (FABQ) foi utilizado para avaliar crenças de medo-evitação relacionadas à dor²². O instrumento é composto por

16 itens, distribuídos em dois domínios:

Atividade física (FABQ-AF): pontuação de 0 a 24 pontos

Atividade laboral (FABQ-AL): pontuação de 0 a 42 pontos

Os itens são avaliados por meio de escala Likert de 0 a 6, sendo que escores mais elevados indicam maiores níveis de crenças de medo-evitação.

3.8.5. Escala de Autoeficácia para Dor Crônica

A Escala de Autoeficácia para Dor Crônica foi utilizada para avaliar a confiança do indivíduo em sua capacidade de realizar atividades e lidar com a dor²³. O instrumento é composto por 22 itens, distribuídos em três domínios: autoeficácia para controle da dor, autoeficácia para funcionalidade e autoeficácia para lidar com outros sintomas.

Cada item é avaliado em uma escala de 10 a 100 pontos, resultando em escore total que varia de 30 a 300 pontos. Escores mais elevados indicam maior nível de autoeficácia.

3.8.6. SF-36 (*Short Form Health Survey*)

O SF-36 é um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, composto por 36 itens distribuídos em oito domínios, sendo eles: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental²⁴.

Os escores de cada domínio variam de 0 a 100 pontos, sendo que valores mais altos indicam melhor percepção de qualidade de vida.

3.9. Análise dos dados

Os dados foram tabulados em uma planilha do programa Microsoft Excel® e analisados por meio do software SPSS, versão 20,0. Inicialmente, foi realizada a análise descritiva das variáveis, sendo as variáveis categóricas apresentadas em frequência absoluta e relativa, e as variáveis contínuas descritas em média e desvio padrão (DP).

A normalidade da distribuição dos dados foi verificada por meio do teste Shapiro-Wilk, considerando o valor de $p \leq 0,05$. Considerando que a maioria das variáveis não apresentou distribuição normal foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman para verificar a associação das variáveis de medo-evitação e autoeficácia com a intensidade da dor, cinesiofobia e qualidade de vida.

O coeficiente de correlação foi interpretado de acordo com a seguinte classificação: 0,00 a 0,10 = nenhuma correlação; 0,10 a 0,39 = correlação fraca; 0,40 a 0,69 = correlação moderada; 0,70 a 0,89 = correlação forte; 0,90 a 1,00 = correlação muito forte. O valor de $p \leq 0,05$ foi considerado para indicar significância estatística.²⁵

4. RESULTADOS

Os dados de caracterização da amostra estão descritos da Tabela 1. A amostra foi composta por 17 participantes, com média de idade de $57,59 \pm 6,87$ anos e IMC médio de $28,18 \pm 4,18$ kg/m². Observou-se predominância do sexo feminino (94,1%), a maioria dos participantes relataram ter pelo menos 1 filho (88,2%) e serem responsáveis por tarefas domésticas da sua própria casa (94,1%).

Em relação ao perfil ocupacional, 70,6% dos participantes não exerciam atividade remunerada no momento da avaliação, embora 52,9% fossem responsáveis pela principal fonte de renda familiar. Além disso, apenas 47,1% relataram prática de atividade física.

Os participantes, em sua maioria, classificaram como regular (64,7%) a sua percepção quanto ao próprio estado de saúde, e relataram impacto da dor nas atividades laborais, com destaque para desempenho ruim (47,1%) e necessidade de afastamento em parte dos casos.

Tabela 1. Dados de caracterização da amostra (n=17 participantes)

Variável	n (%) / Média $\pm$ DP
Idade (anos)	57,59 $\pm$ 6,87
IMC (kg/m²)	28,18 $\pm$ 4,18
Sexo (Feminino)	16 (94,1%)
Filhos (Sim)	15 (88,2%)
Tarefas domésticas (Sim)	16 (94,1%)
Renda principal (Sim)	9 (52,9%)
Atividade física (Sim)	8 (47,1%)
Lesão pregressa (Sim)	17 (100%)
Trabalho remunerado (Não)	12 (70,6%)
Escolaridade	
<i>Fundamental completo</i>	3 (17,6%)
<i>Fundamental incompleto</i>	6 (35,3%)
<i>Médio completo</i>	6 (35,3%)
<i>Superior completo</i>	2 (11,8%)
Estado civil	
<i>Casado</i>	10 (58,8%)
<i>Solteiro</i>	5 (29,4%)
<i>União estável</i>	1 (5,9%)
<i>Viúvo</i>	1 (5,9%)
Cor/etnia	
<i>Branco</i>	5 (29,4%)
<i>Negra</i>	2 (11,8%)
<i>Parda</i>	10 (58,8%)
Estado de saúde	
<i>Ótima</i>	1 (5,9%)
<i>Bom</i>	2 (11,8%)
<i>Regular</i>	11 (64,7%)
<i>Ruim</i>	2 (11,8%)
<i>Péssima</i>	1 (5,9%)
Redução de trabalho	
<i>Não reduziu</i>	2 (11,8%)
<i>Desempenho ruim</i>	8 (47,1%)
<i>Parou 1-2 dias</i>	1 (5,9%)

<i>Parou 3-5 dias</i>	2 (11,8%)
<i>Parou 1 semana</i>	3 (17,6%)
<i>Afastada</i>	1 (5,9%)

Legenda: n número absoluto; % número percentual; DP desvio padrão; kg/m² quilogramas por metro quadrado.

A Tabela 2 apresenta a média e o desvio padrão dos escores dos questionários aplicados.

Tabela 2. Média e Desvio Padrão dos Escores dos Questionários aplicados para o público avaliado (n=17 participantes).

Questionário	média ± DP
Intensidade da Dor (0-10)	7,76 ± 1,85
FABQ Atividade física (0-24)	10,82 ± 6,85
FABQ Atividades laborais (0-42)	31,71 ± 10,20
Autoeficácia (30-300)	133,29 ± 35,68
Cinesiofobia/TAMPA (17-62)	44,47 ± 9,16
SF 36	
<i>Capacidade funcional (0-100)</i>	42,06 ± 29,74
<i>Limitação aspectos físicos (0-100)</i>	21,18 ± 30,59
<i>Dor (0-100)</i>	37,88 ± 10,61
<i>Estado de saúde geral (0-100)</i>	47,47 ± 12,73
<i>Vitalidade (0-100)</i>	50,0 ± 20,31
<i>Aspectos sociais (0-100)</i>	62,47 ± 27,18
<i>Aspectos emocionais (0-100)</i>	17,53 ± 26,58
<i>Saúde mental (0-100)</i>	55,76 ± 19,67

Legenda: DP = desvio padrão; END = Escala Numérica de Dor (Numeric Pain Rating Scale); TSK = Tampa Scale for Kinesiophobia; FABQ = Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire; FABQ-PA = domínio atividade física; FABQ-W = domínio trabalho; EAD = Escala de Autoeficácia para Dor Crônica (Chronic Pain Self-Efficacy Scale); SF-36 = Short Form Health Survey.

A Tabela 3 apresenta os valores dos coeficientes de correlação para as variáveis de interesse. Os resultados demonstraram que as variáveis de crenças de medo-evitação relacionadas à atividade física (FABQ-AF) e à atividade laboral (FABQ-AL) apresentaram correlação positiva moderada ($r=0,60$; $p=0,01$) e forte ($r=0,84$; $p=0,00$), respectivamente, com a cinesiofobia, indicando que quanto maior é a crença de medo-evitação, maior é a cinesiofobia, em pacientes com dor musculoesquelética crônica.

As crenças de medo-evitação relacionadas à atividade laboral (FABQ-AL) apresentaram correlação moderada e negativa com as variáveis de estado de

saúde geral ($r = -0,51$; $p = 0,03$) e aspectos sociais ($r = -0,53$; $p = 0,02$), domínios do SF-36, indicando que quanto maior a crença de medo-evitação relacionada à atividade laboral, pior é a qualidade de vida relacionada aos aspectos estado geral de saúde e aos aspectos sociais, em pacientes com dor musculoesquelética crônica.

Não foi observada nenhuma correlação da autoeficácia com as demais variáveis analisadas.

Tabela 3- Correlação (r) entre as variáveis de crenças de medo e evitação e autoeficácia com intensidade de dor, cinesiofobia e qualidade de vida da população avaliada (n=17)

Variável	SF 36										
	Autoeficácia	Dor	Cinesiofobia	CF	LAF	Dor	ESG	Vitalidade	AS	AE	Saúde mental
FABQ AF	0,09	0,29	0,60**	-0,38	-0,25	-0,22	-0,13	-0,21	-0,33	-0,48	0,02
FABQ AL	0,12	0,14	0,84**	-0,47	-0,45	-0,25	-0,51*	0,46	-0,53*	-0,21	-0,28
Autoeficácia	-	-0,08	0,30	0,37	-0,41	-0,09	-0,22	-0,02	0,14	-0,38	0,13

Legenda: r = coeficiente de correlação de Spearman; p = valor de significância; *p < 0,05; **p < 0,01; END = Escala Numérica de Dor (Numeric Pain Rating Scale); TSK = Tampa Scale for Kinesiophobia; FABQ = Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire; FABQ-PA = domínio atividade física; FABQ-W = domínio trabalho; EAD = Escala de Autoeficácia para Dor Crônica (Chronic Pain Self-Efficacy Scale); SF-36 = Short Form Health Survey; CF = Capacidade Funcional; LAF = Limitação por Aspectos Físicos; ESG = Estado de Saúde Geral; AS = Aspectos Sociais; AE = Aspectos Emocionais; SM = Saúde Mental. * p≤0,05; ** p≤0,01.

5. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo analisar a correlação entre medo-evitação e autoeficácia, com a intensidade da dor, cinesiofobia e qualidade de vida, em pacientes com dor musculoesquelética crônica atendidos na clínica escola de fisioterapia. As variáveis de crenças de medo-evitação relacionadas à atividade física e à atividade laboral apresentaram correlação positiva moderada e forte, respectivamente, com a cinesiofobia, indicando que quanto maior é a crença de medo-evitação, maior é a cinesiofobia, em pacientes com dor musculoesquelética crônica. As crenças de medo-evitação relacionadas à atividade laboral também apresentaram correlação moderada e negativa com as variáveis de estado de saúde geral e aspectos sociais, domínios do SF-36, indicando que quanto maior a crença de medo-evitação relacionada à atividade

laboral, pior é a qualidade de vida relacionada aos aspectos de estado geral de saúde e aos aspectos sociais, em pacientes com dor musculoesquelética crônica. A autoeficácia não apresentou correlação com nenhuma variável analisada.

O modelo de medo-evitação propõe que indivíduos que interpretam a dor como ameaçadora tendem a evitar movimentos e atividades, o que contribui para descondicionalismo físico, aumento da incapacidade funcional e manutenção do quadro doloroso¹⁴. De acordo com os resultados encontrados no presente estudo, a associação entre medo-evitação, cinesiofobia e qualidade de vida evidencia o impacto negativo dessas crenças no comportamento e na funcionalidade dos pacientes, reforçando a relevância das crenças de medo-evitação como um dos principais fatores cognitivos envolvidos na dor musculoesquelética crônica e que precisa ser abordado durante o processo de acompanhamento desses pacientes.

Os participantes do presente estudo apresentaram níveis de crenças de medo-evitação de moderado a alto, especialmente, no domínio relacionado à atividade laboral que apresentou correlação com altos níveis de cinesiofobia, com o pior estado de saúde geral e de aspectos sociais. A maioria dos indivíduos que responderam aos questionários deste estudo, reportaram não realizar uma atividade laboral remunerada no momento da pesquisa, apesar de serem responsáveis pela renda principal da família, indicando que estes pacientes, provavelmente, estão com algum tipo de afastamento remunerado do trabalho. De acordo com os dados do Ministério da Previdência Social, as principais causas de afastamento temporário do trabalho são dores nas costas e os problemas de coluna.²⁶ Uma vez que maiores níveis de crenças de medo-evitação estão associados à pior percepção de saúde e maior impacto social, esses achados reforçam a influência dos fatores psicossociais na qualidade de vida e laboral de indivíduos com dor crônica sendo um fator que precisa ser melhor investigado e abordado como estratégia para tentar diminuir os impactos sociais das dores crônicas nos gastos públicos.

A cinesiofobia foi a única variável que se correlacionou com as

crenças de medo-evitação tanto para o domínio de atividade física quanto para o domínio de atividade laboral. Os participantes do presente estudo apresentaram níveis elevados de cinesiofobia, 44,47 pontos, sendo considerado acima do ponto de corte estabelecido na literatura que é de 37 pontos²⁷, indicando que os pacientes avaliados apresentam altos índices de cinesiofobia. Esses achados são consistentes com o modelo de medo-evitação, no qual crenças disfuncionais relacionadas à dor favorecem comportamentos evitativos e contribuem para a manutenção da incapacidade funcional, reforçando a interdependência entre fatores cognitivos e comportamentais na dor crônica, indicando que crenças disfuncionais podem intensificar o medo de movimento e perpetuar o quadro doloroso, e desta forma, comprometer atividades físicas e laborais²⁷. Além disso, os altos níveis de cinesiofobia observados na amostra indicam que o medo de movimento está presente de forma clinicamente relevante, podendo atuar como uma barreira importante para a adesão ao tratamento fisioterapêutico e a prática de exercícios físicos. Esse aspecto é relevante na prática clínica, uma vez que intervenções baseadas apenas em abordagens físicas podem ser insuficientes se não houver também o manejo dos fatores psicossociais envolvidos na dor¹⁴.

Os pacientes participantes do presente estudo também apresentaram comprometimento importante na qualidade de vida, especialmente, nos domínios físicos e emocionais, evidenciando o impacto multidimensional da dor musculoesquelética crônica, demonstrando consonância com estudos que demonstram que pacientes com dores crônicas apresentam prejuízos significativos nas dimensões física, emocional e social²⁸. Além disso, os participantes apresentaram baixos níveis de autoeficácia, 133,29 pontos, sugerindo menor capacidade de enfrentamento da dor. Apesar disso, não foi observada correlação entre os níveis de autoeficácia e a intensidade de dor, cinesiofobia e qualidade de vida entre os indivíduos com dor musculoesquelética crônica avaliados.

A literatura aponta a autoeficácia como um fator protetor na dor crônica, associando maiores níveis de autoeficácia à melhor funcionalidade

e menor percepção da dor²⁹. O fato de não ter sido observada correlação entre a autoeficácia e as demais variáveis pode estar relacionado às características específicas da amostra, como tempo da dor, contexto clínico, e fatores sociodemográficos, como a escolaridade dos participantes do presente estudo. A maior parte dos pacientes reportaram ter cursado apenas o ensino fundamental de forma completa ou incompleta, o que pode estar associado à menor compreensão sobre a condição clínica e às dificuldades no acesso à informação em saúde, impactando negativamente o manejo da dor, características como nível educacional parecem estar relacionadas à dor, à funcionalidade e à autoeficácia em pacientes com dor musculoesquelética³⁰.

A intensidade da dor observada entre os participantes foi elevada, 7,76 pontos, porém não apresentou associação significativa com as variáveis psicossociais analisadas. Esse resultado sugere que a experiência da dor não depende exclusivamente de sua intensidade, mas da forma como o indivíduo a interpreta e responde, reforçando a importância do modelo biopsicossocial.

O presente estudo apresenta algumas limitações, como a utilização de amostragem por conveniência e o reduzido tamanho amostral, o que pode limitar a interpretação dos resultados e reduzir o poder estatístico das análises. Além disso, não houve controle sobre variáveis clínicas importantes, como o tempo de dor, o tipo e a duração do tratamento fisioterapêutico recebido pelos participantes, fatores que podem influenciar diretamente os aspectos psicossociais avaliados. Desta forma, as características da amostra devem ser consideradas na interpretação dos resultados, uma vez que foi composta predominantemente por mulheres, com baixa prática de atividade física e presença de dor crônica de longa duração, fatores que podem ter influenciado os níveis elevados de cinesiofobia, crenças de medo-evitação e os baixos níveis de autoeficácia observados.

Os resultados do presente estudo destacam a relevância das crenças

de medo-evitação no contexto da dor crônica, evidenciando sua associação com a cinesiofobia e com aspectos da qualidade de vida. Tais achados reforçam a importância da avaliação de fatores psicossociais na prática fisioterapêutica, contribuindo para uma abordagem mais abrangente e alinhada ao modelo biopsicossocial. O estudo apresenta relevância ao descrever o perfil clínico e psicossocial de pacientes com dor musculoesquelética crônica atendidos em uma clínica escola de fisioterapia, contribuindo para a compreensão da influência de fatores psicossociais nesse contexto específico de atendimento. Em conjunto, esses achados evidenciam um perfil psicossocial desfavorável, caracterizado por elevado medo de movimento, crenças disfuncionais e baixa confiança na capacidade de lidar com a dor, consistente com o modelo de medo-evitação. Nesse modelo, a interpretação da dor como ameaça favorece comportamentos evitativos, contribuindo para o descondicionamento físico e a manutenção da incapacidade funcional. Estudos futuros com amostras maiores, delineamentos longitudinais e maior controle das variáveis clínicas, poderão auxiliar na melhor compreensão e aprofundamento do entendimento das relações entre crenças de medo-evitação, autoeficácia e desfechos clínicos em indivíduos com dor musculoesquelética crônica e contribuir na elaboração de melhores estratégias de intervenção e prevenção evitando maiores impactos sociais.

6. Conclusão

A partir dos resultados deste estudo é possível concluir que as crenças de medo-evitação estão associadas à cinesiofobia e aos aspectos da qualidade de vida em pacientes com dor musculoesquelética crônica. Maiores níveis de medo-evitação relacionados à atividade física e laboral apresentaram correlação com maior cinesiofobia, enquanto maiores níveis das crenças de medo-evitação relacionadas à atividade laboral apresentaram correlação com a pior percepção do estado geral de saúde e prejuízo nos aspectos sociais. A autoeficácia não apresentou correlação com as variáveis analisadas. Esses achados reforçam a importância de considerar fatores cognitivos e comportamentais na avaliação e no manejo

fisioterapêutico da dor musculoesquelética crônica.

REFERÊNCIAS

1. Chimenti RL, Frey-Law LA, Sluka KA. A Mechanism-Based Approach to Physical Therapist Management of Pain. *Phys Ther.* 2018 May 1;98(5):302-314. doi: 10.1093/ptj/pzy030. PMID: 29669091; PMCID: PMC6256939.
2. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, Keefe FJ, Mogil JS, Ringkamp M, Sluka KA, Song XJ, Stevens B, Sullivan MD, Tutelman PR, Ushida T, Vader K. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain.* 2020 Sep 1;161(9):1976-1982. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001939. PMID: 32694387; PMCID: PMC7680716.
3. Nijs J, De Baets L, Hodges P. Phenotyping nociceptive, neuropathic, and nociplastic pain: who, how, & why? *Braz J Phys Ther.* 2023 Jul-Aug;27(4):100537. doi: 10.1016/j.bjpt.2023.100537. Epub 2023 Aug 22. PMID: 37639943; PMCID: PMC10470273.
4. Schug SA, Daly HCS, Stannard KJD. Fisiopatologia da Dor. Em: Fitridge R, Thompson M, editores. Mecanismos da Doença Vascular: Um Livro de Referência para Especialistas Vasculares [Internet]. Adelaide (AU): University of Adelaide Press; 2011. 20. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534269/>
5. Stretanski MF, Kopitnik NL, Matha A, et al. Dor Crônica. [Atualizado em 23 de junho de 2025]. Em: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; janeiro de 2025. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553030/>
6. Kosek, Eva a, b, *; Garra, Daniel c; Nijs, Jo d, e, f; Barão, Ralf G; Gilron, Ianh; Harris, Richard E.c; Mico, Juan-Antonio i; Arroz, Andrew SCj; Sterling, Michele K. Dor nociplástica crônica relacionada ao sistema musculoesquelético: critérios clínicos e sistema de classificação. *DOR* 162(11):p 2629-2634, novembro de 2021. | DOI: 10.1097/j.pain.0000000000002324
7. Woolf CJ. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain.* 2011 Mar;152(3 Suppl):S2-S15. doi: 10.1016/j.pain.2010.09.030. Epub 2010 Oct 18. PMID: 20961685; PMCID: PMC3268359.
8. Jaffal SM. Neuroplasticity in chronic pain: insights into diagnosis and treatment. *Korean J Pain.* 2025 Apr 1;38(2):89-102. doi: 10.3344/kjp.24393. PMID: 40159936; PMCID: PMC11965994.
9. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977 Apr 8;196(4286):129-36. doi: 10.1126/science.847460. PMID: 847460.
10. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future

- directions. *Psychol Bull.* 2007 Jul;133(4):581-624. doi: 10.1037/0033-2909.133.4.581. PMID: 17592957
11. Martinez-Calderon J, Flores-Cortes M, Morales-Asencio JM, Luque-Suarez A. Pain-Related Fear, Pain Intensity and Function in Individuals With Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain.* 2019 Dec;20(12):1394-1415. doi: 10.1016/j.jpain.2019.04.009. Epub 2019 May 4. PMID: 31063874.
 12. Asghari A, Nicholas MK. Pain self-efficacy beliefs and pain behaviour. A prospective study. *Pain.* 2001 Oct;94(1):85-100. doi: 10.1016/S0304-3959(01)00344-X. PMID: 11576748.
 13. Lame IE, Peters ML, Vlaeyen JWS, Kleef M van, Patijn J. Self-efficacy, fear avoidance, and pain intensity as predictors of disability in subacute and chronic musculoskeletal pain patients in primary health care. *Pain.* 2004;111(3):245-52. doi:10.1016/j.pain.2004.07.001.
 14. Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: state of the art. *Pain.* 2000;85(3):317-32
 15. Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain.* 1993 Feb;52(2):157-168. doi: 10.1016/0304-3959(93)90127-B. PMID: 8455963.
 16. Ferrari S, Vanti C, Pellizzer M, Dozza L, Monticone M, Pillastrini P. Is there a relationship between self-efficacy, disability, pain, and sociodemographic characteristics in chronic low back pain? A multicenter retrospective analysis. *Arch Physiother.* 2019 Oct 12; 9:9. doi: 10.1186/s40945-019-0061-8. PMID: 31632695; PMCID: PMC6790029.
 17. Quartana PJ, Campbell CM, Edwards RR. Pain catastrophizing: a critical review. *Expert Rev Neurother.* 2009 May;9(5):745-58. doi: 10.1586/ern.09.34. PMID: 19402782; PMCID: PMC2696024.
 18. Salvetti M de G, Pimenta CA de M. Validação da Chronic Pain Self-Efficacy Scale para a língua portuguesa. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo) [Internet].* 2005 Jul;32(4):202–10. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000400002>
 19. Sardá J Jr, Nicholas MK, Asghari A, Pimenta CA. The contribution of self-efficacy and depression to disability and work status in chronic pain patients: a comparison between Australian and Brazilian samples. *Eur J Pain.* 2009 Feb;13(2):189-95. doi: 10.1016/j.ejpain.2008.03.008. Epub 2008 Apr 29. PMID: 18448371.
 20. Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, French M. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2011 Nov;63 Suppl 11: S240-52. doi: 10.1002/acr.20543. PMID: 22588748

21. Siqueira FB, Teixeira-Salmela LF, Magalhães LC. Analysis of the psychometric properties of the Brazilian version of the Tampa Scale for Kinesiophobia. *Acta Ortop Bras*. 2007;15(1):19-24.
22. Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*. 1993;52(2):157-68
23. Salvetti MG, Pimenta CAM. Validação da Chronic Pain SelfEfficacy Scale para a língua portuguesa. *Rev Psiquiatr Clín*. 2005;32(4):202-10
24. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-50.
25. Schober P, Boer C, Schwarte LA. Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation. *Anesth Analg*. 2018 May;126(5):1763-1768. doi: 10.1213/ANE.0000000000002864. PMID: 29481436.
26. BRASIL. Ministério da Previdência Social. Previdência Social protege segurados ao conceder 4,1 milhões de benefícios por incapacidade temporária em 2025. Brasília, DF, 27 jan. 2026. Disponível em:
27. Swinkels-Meewisse EJ, Swinkels RA, Verbeek AL, Vlaeyen JW, Oostendorp RA. Psychometric properties of the Tampa Scale for kinesiophobia and the fear-avoidance beliefs questionnaire in acute low back pain. *Man Ther*. 2003 Feb;8(1):29-36. doi: 10.1054/math.2002.0484. PMID: 12586559.
28. Jensen MP, Moore MR, Bockow TB, Ehde DM, Engel JM. Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in persons with physical disabilities: a systematic review. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011 Jan;92(1):146-60. doi: 10.1016/j.apmr.2010.09.021. PMID: 21187217; PMCID: PMC3028590.
29. Ferrari S, Vanti C, Pellizzer M, Dozza L, Monticone M, Pillastrini P. Is there a relationship between self-efficacy, disability, pain, and sociodemographic characteristics in chronic low back pain? A multicenter retrospective analysis. *Arch Physiother*. 2019 Oct 12; 9:9. doi: 10.1186/s40945-019-0061-8. PMID: 31632695; PMCID: PMC6790029.
30. Agostinho NB, Fayão JG, Martins J, Oliveira AS. Are SPADI scores, age, level of education, and gender predictive of self-efficacy in patients with shoulder pain? *Fisioter Pesqui*. 2020;27(4):423–428

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PRESENCIAL

PROTOCOLO: ANÁLISE DAS CRENÇAS DE MEDO-EVITAÇÃO E DA AUTOEFICÁCIA EM PACIENTES COM DOR CRÔNICA ATENDIDOS EM UMA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA

Estes esclarecimentos estão sendo apresentados para convidar você a participar, de forma livre e voluntária, do projeto “Fatores psicossociais e incapacidade funcional em indivíduos com dor musculoesquelética crônica”, do Curso de Fisioterapia da Universidade Santo Amaro – UNISA.

A pesquisa será realizada pela professora responsável Prof.^a Dr.^a Cintia Lopes Ferreira e pelas alunas Kelly Rodrigues de Matos e Maria Fernanda Santos Cardoso, como parte do Trabalho de Conclusão de Curso.

A dor musculoesquelética crônica é uma condição muito comum e que pode causar limitações nas atividades do dia a dia e na qualidade de vida. Estudos mostram que fatores emocionais e comportamentais, como medo de se movimentar, crenças sobre a dor e a confiança da pessoa em lidar com sua condição, podem influenciar bastante na forma como a dor é sentida e no quanto ela limita a vida da pessoa.

Objetivo geral da pesquisa: Investigar a relação entre a limitação funcional causada pela dor e fatores psicossociais em pessoas com dor musculoesquelética crônica.

Objetivos específicos da pesquisa: Conhecer o perfil e a condição clínica das pessoas com dor crônica; avaliar medo de movimento, limitação funcional, crenças sobre a dor, qualidade de vida e autoeficácia; Verificar como esses fatores se relacionam entre si; identificar quais fatores podem estar mais ligados à limitação funcional; contribuir para melhorar as estratégias de avaliação e tratamento fisioterapêutico.

Procedimentos: A coleta de dados será realizada presencialmente na Clínica Escola de Fisioterapia da UNISA (Campus Interlagos – São Paulo/SP). Você será convidado(a) a participar antes ou após sua sessão de fisioterapia. Caso aceite, será solicitado que leia e assine este termo. Em seguida, você responderá alguns questionários sobre: Seus dados pessoais e de saúde; características da sua dor; Limitações nas atividades do dia a dia; Qualidade de vida; Medo de movimento; Crenças relacionadas à dor; sua confiança em lidar com a dor. Essas respostas serão registradas e depois organizadas em planilhas protegidas, garantindo a segurança e o sigilo das informações.

Desconfortos e riscos: Não há riscos físicos para você, pois a pesquisa envolve apenas responder questionários. Contudo, pode acontecer um leve desconforto emocional ao falar sobre sua dor e suas limitações. Se isso ocorrer, você pode parar de responder a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Antes de iniciar, você receberá todas as orientações necessárias e poderá tirar dúvidas.

Benefícios: Você não receberá benefício direto ou financeiro por participar. No entanto, sua participação ajudará a melhorar o conhecimento sobre a dor crônica e poderá contribuir para que futuros tratamentos fisioterapêuticos sejam mais eficazes e personalizados.

Garantias ao participante: Sua participação é totalmente voluntária; você pode desistir a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento; sua identidade será mantida em sigilo absoluto; seu nome não aparecerá em nenhum trabalho ou publicação; não haverá custos para você;

Caso ocorra algum dano comprovado relacionado à pesquisa, seus direitos estarão garantidos por lei.

É garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, aos profissionais

responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

A pesquisadora responsável é a Prof.^a Dr.^a Cintia Lopes Ferreira, localizada na Universidade Santo Amaro – UNISA, Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340 – Jardim das Imbuías – São Paulo/SP.

E-mail: ciferreira@prof.unisa.br

Se você tiver dúvidas sobre a parte ética da pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNISA – Tel.: (11) 2141-8687.

Não há despesas pessoais para você em nenhuma fase do estudo. Também não há compensação financeira.

Caso exista alguma despesa adicional, ela será de responsabilidade da pesquisa.

Uma via deste Termo de Consentimento ficará com você.

São Paulo, // _____ (pesquisadores)

Se você concordar em participar desta pesquisa, assine abaixo:

Nome do participante:

Doc. Identificação:

Assinatura:

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante, conforme preconiza a Resolução CNS 466/12.

Assinatura do pesquisador responsável Data ____ / ____ / ____

Comitê de Ética em Pesquisa – UNISA Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340 – São Paulo/SP Fone: (11) 2141-8687

APÊNDICE B – FICHA DE AVALIAÇÃO

NOME: _____ DATA: _____
 Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos Peso: ____ Altura: ____
 Gênero: ☐ Feminino ☐ Masculino
 Telefone: _____ Email: _____

Estado civil: ☐ Solteira ☐ Casada ☐ União estável ☐ Divorciada ☐ Viúva

1. Escolaridade: ☐ Fundamental incompleto ☐ Fundamental completo ☐ Ensino médio/técnico completo ☐ Superior completo
2. Cor/etnia: ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Negra ☐ Parda ☐ Indígena
3. Tem filhos? Se sim, quantos? _____
4. Você é responsável pelas tarefas domésticas do lugar que você mora? ☐ Sim ☐ Não
5. Você é a principal fonte de renda familiar? ☐ Sim ☐ Não
6. Tem atividades de lazer? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, qual(is)? _____

7. Pratica atividade física? Sim ☐ Não ☐.

Se sim:

Frequência: _____

Tipo de exercício: _____

Tempo médio por sessão: _____

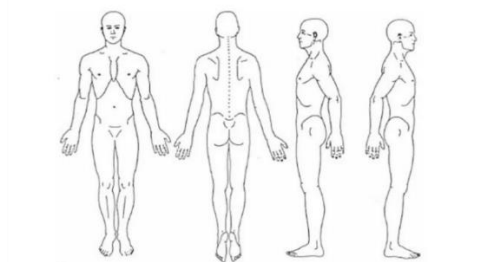
8. Possui alguma lesão/doença pregressa? ☐ Sim ☐ Não
9. Se apresenta alguma lesão ou doença pregressa, descreva qual(is). _____
10. Como você avalia seu estado de saúde? ☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo
11. Você exerce alguma atividade remunerada?

Se exerce alguma atividade remunerada, descreva qual: _____

12. Há quanto tempo atua nesta profissão? ☐ Menos de 2 anos ☐ Entre 2 e 5 anos ☐ Mais de 5 anos
13. Em média, quantas horas você trabalha por dia? ☐ Menos que 4 horas ☐ 4 a 8 horas ☐ Mais que 8 horas
14. Atualmente, você sente dor em alguma região do corpo: ☐ Sim ☐ Não

Se sim, há quanto tempo você está sentindo esta dor? _____

15. Assinale abaixo a(as) região (regiões) de localização da sua dor



16. De 0 a 10, sendo 0 nenhuma dor e 10 muita dor, quanto você pontua a intensidade da sua dor?
17. O que você costuma fazer para melhorar a sua dor?
☐ Tomo medicamentos ☐ Faço repouso ☐ Realizo exercícios ☐ Nada
18. Conta para a gente, como essa dor começou e o que você acha que pode estar associado ao seu aparecimento: _____
19. Você teve que diminuir o seu volume de trabalho ou atividades de vida diária por culpa dessa dor?
☐ Não ☐ Tive que parar de trabalhar por 1-2 dias ☐ Tive que parar de trabalhar por 3-5 dias ☐ Tive que parar de trabalhar por 1 semana ou mais ☐ Tive que diminuir o meu número de atendimentos ☐ Não diminuí meus atendimentos, mas sinto que meu desempenho foi ruim.
20. Tempo de tratamento nesta clínica:
☐ Menos de 1 mês
☐ 1 a 3 meses
☐ 3 a 6 meses
☐ 6 meses a 1 ano
☐ Mais de 1 ano

ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PARA DOR CRÔNICA

Autoeficácia para controle da dor (AED). Os números ao lado de cada item representam o grau de dificuldade que você teve ao fazer aquela atividade. Gostaríamos de saber de que maneira sua dor afeta você. Para cada pergunta circule o número que corresponde a quanta certeza você tem de poder realizar.

	Muita Incerteza				Moderada Certeza				Muita Certeza	
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Controle da dor										
1. Quanta certeza você tem de que pode diminuir um pouco sua dor?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Quanta certeza você tem de que pode continuar a realizar a maioria das suas atividades diárias?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Quanta certeza você tem de que consegue impedir que a dor interfira com seu sono?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Quanta certeza você tem de que pode promover uma grande redução na sua dor?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Quanta certeza você tem de que consegue promover uma redução pequena ou moderada na sua dor?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Autoeficácia para funcionalidade (AEF) Gostaríamos de conhecer sua autoconfiança para realizar algumas atividades diárias. Para cada pergunta, circule o número que corresponde a quanta certeza você tem de poder realizar as tarefas, sem

ajuda de outras pessoas. Por favor, considere aquilo que pode fazer no dia a dia, não atividades isoladas que exijam um esforço extraordinário. Atualmente quanta certeza você tem de que pode:

	Muita Incerteza				Moderada Certeza				Muita Certeza	
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Funcionalidade										
1. Caminhar 800 metros em terreno plano?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Levantar uma caixa pesando 5 quilos?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Realizar um programa diário de exercícios a serem feitos em casa?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Realizar os trabalhos de cuidados da casa?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Fazer compras de supermercado ou de roupas?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Participar de atividades sociais?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Dedicar-se a passatempos ou atividades recreativas?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Participar de atividades familiares?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Realizar as tarefas de trabalho que você tinha antes do início da dor crônica?*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

*Para donas de casa, favor considerar as tarefas da casa como as tarefas de trabalho

Autoeficácia para lidar com outros sintomas (AES) Gostaríamos de saber como você se sente em relação à sua capacidade de controlar sintomas físicos como a fadiga e a dor. Para cada pergunta, circule o número que corresponde a quanta certeza você tem de que atualmente pode realizar as atividades ou tarefas mencionadas:

	Muita Incerteza			Moderada Certeza				Muita Certeza		
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Outros Sintomas										
1. Quanta certeza você tem de que pode controlar sua fadiga?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Quanta certeza você tem de que pode regular sua atividade de forma a ficar ativo sem piorar os sintomas físicos (por exemplo, fadiga, dor)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Quanta certeza você tem de que pode fazer alguma coisa para se sentir melhor quando está triste?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Comparando-se com outras pessoas com problemas de saúde crônicos como o seu, quanta certeza você tem de que pode controlar sua dor durante suas atividades diárias?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Quanta certeza você tem de que pode controlar seus sintomas físicos de forma a poder fazer as coisas que gosta?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Quanta certeza você tem de que pode lidar com a frustração provocada por problemas de saúde crônicos?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Quanta certeza você tem de que pode lidar com dor forte?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Quanta certeza você tem de que pode lidar com dor leve ou moderada?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

FEAR-AVOIDANCE BELIEFS QUESTIONNAIRE (FABQ)

Discordo completamente 0	Discordo razoavelmente 1	Discordo ligeiramente 2	Não sei dizer 3	Concordo ligeiramente 4	Concordo razoavelmente 5	Concordo completamente 6
------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

Para cada afirmação, favor circular um número de 0 a 6, para informar quanto às **atividades físicas** como fletir o tronco, levantar, caminhar ou dirigir, afetam ou afetariam sua dor nas costas.

	0	1	2	3	4	5	6
1. A atividade física faz minha dor piorar							
2. A atividade física pode afetar minhas costas							
3. Eu não deveria realizar atividades físicas que poderiam fazer minha dor piorar							
4. Eu não posso realizar atividades físicas que poderiam fazer minha dor piorar							
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.							
5. Minha dor foi causada pelo meu trabalho ou por um acidente de trabalho							
6. Meu trabalho agravou minha dor							
7. Meu trabalho é muito pesado para mim							
8. Meu trabalho faz ou poderia fazer minha dor piorar							
9. Meu trabalho pode prejudicar minhas costas							
10. Eu não deveria realizar meu trabalho normal com minha dor atual							
11. Eu não acho que estarei de volta ao trabalho normal dentro de três meses							

	Pré	Pós
FABQ Phys (0-24) - P>15= indicador forte para crença de medo e evitação de atividades físicas		
FABQ Work (0-42) - P >34 = indicador forte para crença de medo e evitação de atividades laborais		

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

ATIVIDADES	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d) Subir vários lances de escada.	1	2	3
e) Subir um lance de escada.	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro.	1	2	3
h) Andar vários quarteirões.	1	2	3
i) Andar um quarteirão.	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	SIM	NÃO
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	SIM	NÃO
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito Grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê a resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

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 depois, se totalmente ou parcialmente.

	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO PARCIALMENTE	CONCORDO PARCIALMENTE	CONCORDO TOTALMENTE
1. Eu tenho medo de que eu possa 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 me dizendo que algo muito errado 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. Minha lesão colocou o meu corpo em risco para o resto da minha vida	1	2	3	4
7. A dor sempre significa que eu machuquei meu corpo.	1	2	3	4
8. Só porque alguma coisa piora minha dor. Não significa que é perigoso.	1	2	3	4
9. Eu tenho medo de que eu possa me machucar acidentalmente.	1	2	3	4

10. Simplesmente sendo cuidadoso para não fazer nenhum movimento desnecessário é a atitude mais segura para prevenir a piora da minha dor.	1	2	3	4
11. Eu não teria tanta dor se algo potencialmente perigoso não estivesse acontecendo com o meu corpo.	1	2	3	4
12. Embora minha condição seja dolorosa, eu estaria melhor se estivesse fisicamente ativo.	1	2	3	4
13. A dor me avisa quando parar o exercício para que eu não me machuque.	1	2	3	4
14. Não é realmente seguro uma pessoa com minha condição ser ativo fisicamente.	1	2	3	4
15. Eu não posso fazer todas as coisas que as pessoas normais fazem, porque para mim é muito fácil me machucar.	1	2	3	4
16. Embora algo esteja me causando muita dor, eu não acho que seja, de fato, perigoso.	1	2	3	4
17. Ninguém deveria fazer exercícios, quando está com dor.	1	2	3	4