

**FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA  
CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA**

**FELIPE HENRIQUE BENTO MARINHO**

**CINESIOFOBIA EM PACIENTES COM LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS  
ASSISTIDOS PELA FISIOTERAPIA**

**JOÃO PESSOA  
2023**

**FELIPE HENRIQUE BENTO MARINHO**

**CINESIOFOBIA EM PACIENTES COM LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS  
ASSISTIDOS PELA FISIOTERAPIA**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC,  
apresentado à Coordenação do Curso de Graduação  
em Fisioterapia da Faculdade de Enfermagem  
Nova Esperança como exigência para obtenção do  
título de Bacharel em Fisioterapia.

**Orientador:** Prof.<sup>a</sup> Dr. Emanuelle Silva de Mélo

Marinho, Felipe Henrique Bento

Cinesiofobia em pacientes com lesões musculoesqueléticas assistidos pela fisioterapia / Felipe Henrique Bento Marinho. – João Pessoa, 2023.

29f.; il.

Orientadora: Profª. Dª. Emanuelle Silva de Mélo

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE.

1. Lesões Musculoesqueléticas. 2. Dor Musculoesquelético. 3. Cinesiofobia. 4. Fisioterapia. I. Título.

**FELIPE HENRIQUE BENTO MARINHO**

**CINESIOFOBIA EM PACIENTES COM LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS  
ASSISTIDOS PELA FISIOTERAPIA**

Trabalho de Conclusão de Curso - TCC apresentado pelo aluno **FELIPE HENRIQUE BENTO MARINHO** do Curso de Bacharelado em Fisioterapia, tendo obtido o conceito **APROVADO**, conforme a apreciação da Banca Examinadora.

Aprovado em 29 de maio de 2023.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Emanuelle Silva de Mélo - Orientadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Emanuelle Malzac Freire de Santana - Membro

---

Prof. Ms. Matheus dos Santos Soares - Membro

---

# CINESIOFOBIA EM PACIENTES COM LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS ASSISTIDOS PELA FISIOTERAPIA

## KINESIOPHOBIA IN PATIENTS WITH MUSCULOSKELETAL INJURIES ASSISTED BY PHYSIOTHERAPY

Marinho, F.H.B; Mélo, E.S.

### Resumo

**Introdução:** A cinesiofobia indica um temor exagerado e incapacitante em relação à sensação de dor ou à possibilidade de recorrência de uma lesão ao realizar movimentos e/ou atividades físicas. **Objetivo:** Relacionar a prevalência de cinesiofobia com características sociodemográficas e clínicas em pacientes com lesões musculoesqueléticas. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi conduzida na Clínica Escola de Fisioterapia de uma Instituição de Ensino Superior localizada no município de João Pessoa-PB. A coleta foi realizada no período de março a abril de 2023, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Foram incluídos todos os pacientes admitidos no setor de Fisioterapia traumato-ortopédica, adultos e idosos, de ambos os sexos, que aceitaram participar da pesquisa mediante o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), totalizando 41 participantes. Foi realizada uma entrevista por meio da aplicação dos instrumentos: questionário de características sociodemográficas, clínicas e de hábitos de vida; Escala Tampa de Cinesiofobia (TSK); e Escala Visual Analógica (EVA). Os dados numéricos foram analisados sob a forma de média e desvio padrão e os dados categóricos foram apresentados por meio de frequências. Aplicou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a normalidade da distribuição. Em todas as análises, foi considerado o intervalo de confiança de 95% (IC95%) e nível de significância de  $p < 0,05$ . Os dados foram obtidos por meio do pacote estatístico SPSS versão 19.0 e foram apresentados em forma de tabela. **Resultados:** Prevaleram mulheres adultas (51,2%), economicamente ativas (51,2%) e não praticantes de exercícios físicos frequentemente (70,7%). A dor crônica prevaleceu (58,5%), de intensidade moderada na escala EVA ( $5,27 \pm 2,6$ ) e a região mais afetada foi o joelho (46,34%). A maioria considerava a queixa/lesão uma ameaça (68,3%). Em relação ao grau de cinesiofobia, 78,0% apresentaram grau moderado. **Conclusão:** Foi possível constatar a presença de grau moderado de cinesiofobia nos indivíduos entrevistados. Entretanto, torna-se imprescindível a realização de estudos com amostras mais amplas, a fim de conferir a relação do grau de cinesiofobia com características sociodemográficas e clínicas.

**Descritores:** Lesões Musculoesqueléticas; Dor musculoesquelética; Cinesiofobia; Fisioterapia.

### Abstract

**Introduction:** Cinesiophobia indicates an exaggerated and disabling fear related to the sensation of pain or the possibility of recurrence of an injury when performing movements and/or physical activities. **Objective:** To correlate the prevalence of cinesiophobia with sociodemographic and clinical characteristics in patients with musculoskeletal injuries. **Methods:** A cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach. The research was conducted at the Physical Therapy School Clinic of a Higher Education Institution located in

the city of João Pessoa-PB. Data collection took place from March to April 2023, after approval from the Research Ethics Committee of FACENE. All patients admitted to the traumatology and orthopedic physiotherapy department, adults and elderly individuals of both sexes, who agreed to participate in the research by signing the Informed Consent Form (ICF), were included, totaling 41 participants. An interview was conducted using the following instruments: Questionnaire on sociodemographic, clinical, and lifestyle characteristics; Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK), and Visual Analog Scale (VAS). Numerical data were analyzed using mean and standard deviation, and categorical data were presented as frequencies. The Kolmogorov-Smirnov test was applied to verify the normality of the distribution. A 95% confidence interval (CI) and a significance level of  $p < 0.05$  were considered for all analyses. The data were obtained using the SPSS statistical package, version 19.0, and presented in table format. **Results:** Adult women predominated (51.2%), economically active (51.2%), and non-regular exercisers (70.7%). Chronic pain prevailed (58.5%), with moderate intensity on the VAS ( $5.27 \pm 2.6$ ), and the most affected region was the knee (46.34%). The majority considered the complaint/injury as a threat (68.3%). Regarding the level of cinesiophobia, 78.0% presented a moderate level. **Conclusion:** It was possible to observe the presence of a moderate level of cinesiophobia in the interviewed individuals. However, it is essential to conduct studies with larger samples to verify the relationship between the level of cinesiophobia and sociodemographic and clinical characteristics.

**Descriptors:** Musculoskeletal Injuries; Musculoskeletal Pain; Cinesiophobia; Physical Therapy.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>Introdução .....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Materiais e Métodos.....</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Resultados e Discussão.....</b>	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>Considerações finais.....</b>	<b>16</b>
	<b>Referências .....</b>	<b>18</b>
	<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>21</b>
	<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>23</b>
	<b>APÊNDICE C .....</b>	<b>25</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>26</b>
	<b>ANEXO 1 - ESCALA TAMPA DE CINESIOFOBIA.....</b>	<b>26</b>
	<b>ANEXO 2 – ESCALA VISUAL ANALÓGICA .....</b>	<b>28</b>
	<b>ANEXO 3 – TERMO DE ANUÊNCIA.....</b>	<b>29</b>

## 1 Introdução

As lesões musculoesqueléticas se caracterizam pela alteração anatômica e funcional do corpo humano. Elas podem comprometer estruturas anatômicas como músculos, tendões, cartilagem, articulações ou ligamentos<sup>1</sup>. A dor é o sintoma mais presente entre os casos de lesão musculoesquelética, embora não seja necessária a presença de lesão em casos de dor<sup>2</sup>.

Ressalta-se que indivíduos com queixas e/ou lesões musculoesqueléticas podem evoluir com um quadro de cinesiofobia, levando a um círculo vicioso de dor e receio de movimentar-se<sup>2</sup>. Cinesiofobia pode ser definida como o medo de realizar movimentos e pode ser um mecanismo de proteção do aparelho locomotor, tendo em vista uma experiência passada de dor ou de lesão<sup>3</sup>. Akerstrom, Grimby-Ekman e Lundberg<sup>4</sup> atribuíram os índices de cinesiofobia mais elevados à diminuição da produção das atividades laborais do indivíduo, assim como da sua atividade física.

A atuação do fisioterapeuta como parte do acompanhamento multiprofissional é fundamental no manejo de queixas e condições musculoesqueléticas para promover a recuperação funcional, o bem-estar e qualidade de vida dos pacientes, sobretudo no auxílio para o retorno às atividades funcionais cotidianas, do trabalho e/ou retorno ao esporte<sup>5</sup>.

Desse modo, torna-se importante identificar a presença de cinesiofobia e fatores associados, que possam interferir na recuperação desses pacientes, de modo a contribuir para um fortalecimento de discussões e de estratégias que ajudem a compreender a importância de programar intervenções voltadas para redução do medo relacionado à dor e comportamentos de evitação do movimento desses pacientes, para promover um melhor acolhimento e sucesso na reabilitação por parte dos fisioterapeutas.

Nessa perspectiva, este estudo teve o objetivo de relacionar a prevalência de cinesiofobia com características sociodemográficas e clínicas em pacientes com queixas e/ou lesões musculoesqueléticas, por meio dos objetivos secundários de traçar o perfil sociodemográfico de pacientes com lesões musculoesqueléticas, descrever o perfil clínico de pacientes com lesões musculoesqueléticas e identificar a prevalência e o grau de cinesiofobia em pacientes com lesões musculoesqueléticas.

## 2 Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo observacional do tipo analítico transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na Clínica Escola de Fisioterapia de uma Instituição de Ensino Superior do município de João Pessoa-PB. A coleta foi realizada no período de março a abril de 2023, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE (CAAE 36622820.4.00005179), sob o parecer nº 5.888.153.

Foram incluídos no estudo todos os pacientes admitidos no setor de Fisioterapia traumato-ortopédica, de ambos os sexos, que aceitaram participar da pesquisa mediante o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos da amostra os indivíduos que possuíam presença de déficits cognitivos que interferissem na coleta dos dados frente à aplicação dos questionários. Foi realizado um censo, por meio do qual, dos 50 pacientes previstos, foram totalizados 41 participantes na amostra.

A coleta foi realizada de maneira não probabilística, por meio de uma entrevista com os participantes do estudo mediante a aplicação dos seguintes instrumentos: questionário de características sociodemográficas, clínicas e de hábitos de vida, elaborado pelos autores; Escala Tampa de Cinesiofobia (TSK), composta por 17 itens que abordam a dor e a intensidade dos sintomas – em que, quanto maior for a pontuação dos indivíduos, mais elevado o grau de cinesiofobia, cujos escores variam de 1 a 4. Realizou-se a inversão dos valores das perguntas 4, 8, 12 e 16 para calcular o escore final, conforme sugerido por pontos<sup>6</sup>. A intensidade da dor, na entrevista de aspectos clínicos, foi mensurada na Escala Visual Analógica (EVA)<sup>7</sup>.

As variáveis de interesse deste estudo foram dados sociodemográficos (gênero, idade, estado civil, grau de escolaridade, situação de trabalho, entre outros), hábitos de vida que abrangem fatores associados à rotina e ao estilo de vida dos participantes (prática de exercícios físicos, atividades de lazer, hábitos alimentares, tabagismo e alcoolismo, entre outros), dados clínicos (diagnóstico clínico, tempo e local da lesão, presença de dor, tempo da dor, nível de tolerância da dor, entre outros), relacionados à presença e/ou grau de cinesiofobia.

Os dados numéricos foram analisados sob a forma de média e desvio padrão e os dados categóricos foram apresentados por meio de frequências. O teste Qui-quadrado de Pearson foi utilizado para associações entre variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida com o grau e presença de cinesiofobia, de modo que, quando foram obtidas frequências

esperadas <1 ou pelo menos 20% das frequências <5, o teste Exato de *Fisher* foi adotado. Os dados foram obtidos por meio do pacote estatístico SPSS versão 19.0 e foram apresentados em forma de tabela.

### **3 Resultados e Discussão**

A amostra foi composta por 41 participantes, sendo 21 mulheres e 20 homens com idade entre 17 e 58 anos, não possuindo uma discrepância relativamente considerável entre os gêneros, com cônjuge (34,1%), sem filhos (53,7%), com média de idade de  $35,17 \pm 11,7$  anos. Características sociodemográficas e de hábitos de vida estão descritas nas Tabelas 1 e 2, respectivamente.

A faixa etária dos indivíduos adultos é frequentemente afetada por uma variedade de queixas e lesões musculoesqueléticas. Essas condições podem estar associadas a fatores como o processo de envelhecimento, a quantidade de meses em que se exerce determinada atividade profissional, a permanência prolongada em posição vertical e o manuseio ou levantamento de cargas<sup>8</sup>.

**Tabela 1** – Frequência de características sociodemográficas de acordo com o estudo (n=41).

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b><i>Gênero</i></b>		
Masculino	20	48,8
Feminino	21	51,2
<b><i>Raça</i></b>		
Branco	12	29,3
Negro	5	12,2
Pardo	20	48,8
Amarelo	2	4,9
Indígena	2	4,9
<b><i>Estado civil</i></b>		
Solteiro	26	63,4
Casado	14	34,1
Divorciado	1	2,4
<b><i>Filhos</i></b>		
Sim	19	46,3
Não	22	53,7
<b><i>Quantidade de filhos</i></b>		
Sem filhos	22	53,7
Um filho	4	9,8
Dois filhos	12	29,3
Três ou mais	3	7,3
<b><i>Vínculo empregatício</i></b>		
Sim	21	51,2
Não	20	48,8
<b><i>Carga horária de trabalho</i></b>		
Mais de oito horas	10	45,5
Menos de oito horas	12	54,5

Fonte: dados do estudo, 2023.

Apesar de não ter sido evidenciada neste estudo, a prevalência de pacientes com queixas musculoesqueléticas relacionadas ao gênero feminino foi observada na literatura (PEREIRA; BERIBA, 2022) <sup>9</sup>. Como aponta o estudo de (CHIDIIOGBOLU; BAAR, 2019) <sup>10</sup>, o estrogênio tem um impacto na função dos tecidos musculoesqueléticos, como músculos, tendões e ligamentos. Em outros tecidos, o estrogênio tem efeitos benéficos, melhorando a força, aumentando a massa muscular e incrementando a quantidade de colágeno nos tecidos conjuntivos. No entanto, nos tendões e ligamentos, o estrogênio diminui a rigidez, o que afeta negativamente o desempenho e aumenta o risco de lesões. Desse modo, níveis elevados de estrogênio podem reduzir a potência e o desempenho, tornando as mulheres mais propensas a lesões.

Em relação ao vínculo empregatício, 48,8% dos participantes relataram não estarem empregados, o que pode estar relacionado com limitação e incapacidade para o trabalho. A ocorrência de lesões/queixas musculoesqueléticas tem sido apontada na literatura como um dos fatores que mais geram afastamento das atividades laborais de diferentes públicos e lesões, sobretudo quando se tratam de lesões por esforço repetitivo <sup>11</sup>.

O maior índice de indivíduos não possui a prática frequente de exercício físico (70,7%) (Tabela 2), fator que predispõe a uma sensação de fragilidade e de ter uma reincidência de lesão, bem como pode contribuir para limitações e incapacidades funcionais. Esse fator se encontra inteiramente ligado à cinesiofobia, como pode ser visto no estudo de Perrot *et al.* <sup>12</sup>, afirmando que o medo ou evitação de atividades físicas devido ao receio de causar dor ou re-lesões pode ter consequências negativas em longo prazo e está relacionada a um maior risco de incapacidade.

Estudos comprovaram que a cinesiofobia é um indicador forte de incapacidade e cronificação da dor em longo prazo. Ademais, a cinesiofobia está associada a taxas mais elevadas de doença, vigilância da dor, incapacidade e diminuição dos níveis de atividade física. É importante reconhecer esses aspectos para abordar devidamente a cinesiofobia e promover uma reabilitação eficaz e um estilo de vida ativo <sup>13</sup>.

**Tabela 2** – Frequência de hábitos de vida de acordo com o estudo (n=41).

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b><i>Faz uso de bebidas alcoólicas ou tabaco</i></b>		
Nunca	26	63,4
Raramente	10	24,4
Às vezes	4	9,8
Frequentemente	1	2,4
<b><i>Exercício físico</i></b>		
Nunca	8	19,5
Raramente	11	26,8
Às vezes	10	24,4
Frequentemente	8	19,5
Quase sempre	4	9,8
<b><i>Lazer</i></b>		
Nunca	2	4,9
Raramente	15	36,6
Às vezes	12	29,3
Frequentemente	6	14,6
Quase sempre	6	14,6
<b><i>Horas de sono</i></b>		
Mais de oito horas	22	53,7
Menos de oito horas	19	46,3
<b><i>Satisfeito com o sono</i></b>		
Sim	26	63,4
Não	15	36,6
<b><i>Qualidade do sono</i></b>		
Ruim	4	9,8
Durmo pouco	9	22,0
Sono interrompido	16	39,0
Bom	12	29,3

Fonte: dados do estudo, 2023.

A falta de condicionamento físico em associação com a prática rara de atividades de lazer (36,6%) pode contribuir para a diminuição do convívio social e comprometer a autoestima desses indivíduos, além de levar a algum tipo de adoecimento mental como é afirmado no estudo de Ferreira *et al*<sup>14</sup>. A prática de exercício físico pode surtir efeito protetor aos sintomas dos transtornos mentais, fazendo com que o organismo fique protegido contra um desequilíbrio físico e mental. Na atual pesquisa, obteve-se um percentual de 22,0% de pacientes que relataram algum tipo de adoecimento mental (Tabela 3).

Foi notória a percepção negativa dos participantes com relação à qualidade do sono (Tabela 2). Apenas 29,3% relataram boa qualidade do sono, mesmo constatando mais de 8

horas de sono por noite (53,7%). Nesse sentido, o sono interrompido foi a principal queixa relatada (39,0%).

Na literatura, não foi encontrada uma relação direta entre o sono e a cinesiofobia. Contudo, a qualidade do sono pode estar comprometida quando ocorre a presença da queixa de dor (presente em 95,1% da amostra), sobretudo de dor crônica. Implica dizer que a má qualidade do sono pode desencadear processos inflamatórios que contribuem para a dor crônica<sup>15</sup>.

No entanto, há uma interação bidirecional entre dor e sono, formando um ciclo vicioso. Por um lado, a privação do sono pode intensificar a percepção da dor, uma vez que afeta negativamente o sistema imunológico e aumenta a sensibilidade aos estímulos dolorosos. Por outro lado, a própria dor pode prejudicar o sono, dificultando o adormecer, interrompendo o sono durante a noite e afetando sua qualidade geral, que, por sua vez, foi identificada em 58,5% da amostra, considerando a queixa de dor há mais de 6 meses, conforme mostra a Tabela 3.

A dor musculoesquelética se refere à dor que afeta os músculos, ossos, tendões, ligamentos ou outras estruturas relacionadas ao sistema musculoesquelético. É um problema de saúde prevalente e pode ser causada por uma variedade de fatores, como lesões, tensão muscular, doenças crônicas ou condições médicas subjacentes<sup>16</sup>. No presente estudo, foi observado que a média da intensidade da dor, avaliada por meio da EVA, foi de  $5,27 \pm 2,6$ , o que indica uma dor de intensidade moderada, também evidenciada no estudo Silva *et al.*<sup>17</sup>.

Ao analisar o padrão de dor dos participantes em relação ao uso de medicamentos, verificou-se que o uso mais frequente de medicação analgésica por 22% da amostra não parece ter influenciado significativamente na intensidade da dor. Isso significa que, apesar de uma parte dos participantes ter utilizado medicação analgésica com maior frequência, isso não resultou em uma redução expressiva na intensidade da dor percebida, corroborando com a literatura<sup>18</sup>.

De acordo com o estudo, pode-se observar um grande número de lesões agudas e subagudas, com menos de 6 meses (41,5%). Essas lesões possuem início súbito, a exemplo de traumas resultantes de quedas ou impactos<sup>19</sup>, diferente de lesões crônicas, que apresentam sinais e sintomas que duram mais de três a seis meses e geralmente estão associadas a microtraumas ou lesões por *overuse*.

Houve uma prevalência de 58,5% de lesões crônicas, considerando lesões com duração maior que 6 meses. Estudos demonstram que pacientes com dor ou lesão crônica

frequentemente apresentam cinesiofobia, pelo medo de realizar movimentos devido ao receio de agravar sua condição de saúde ou ocasionar novas complicações. Esse medo está associado a duas respostas possíveis: confrontar ou evitar a atividade. No confronto, o indivíduo realiza o movimento gradualmente, o que auxilia na diminuição do medo associado a esse movimento. Por outro lado, ao evitar o movimento, a pessoa torna-se cada vez menos ativa, resultando em um ciclo que leva à incapacidade física<sup>3</sup>.

Dentre todos os indivíduos entrevistados com dor, 31,7% afirmaram experienciar a sensação há mais de 12 meses. Os resultados encontrados são semelhantes aos do estudo conduzido por Mota *et al.*<sup>20</sup>, cujo propósito era calcular a taxa de ocorrência de limitações na execução de atividades diárias e investigar sua relação com dor no sistema musculoesquelético em residentes de uma cidade no Nordeste brasileiro. Tal pesquisa revelou que a maioria dos participantes apresentava dor persistente por um período superior a um ano.

Considerando outras características clínicas (Tabela 3), observou-se a presença de sobrepeso em 36,6% entre os pacientes investigados. A literatura aponta que indivíduos com sobrepeso podem apresentar uma maior associação com os maiores escores de cinesiofobia<sup>18</sup>, apesar de não ter sido possível realizar uma associação entre as variáveis IMC e grau de cinesiofobia neste estudo.

Este estudo identificou a incidência de diferentes tipos de lesões musculoesqueléticas em uma determinada população, com destaque para fraturas (17,1%), seguidas por tendinopatias (14,6%) e lesões ligamentares (12,2%). Esses achados estão em concordância com Silva *et al.*<sup>1</sup>, que também investigaram as lesões musculoesqueléticas e encontraram resultados semelhantes, reforçando a relevância dessas lesões na população em questão.

Quanto à região do corpo mais lesionada, prevaleceram lesões de joelho (46,34%), especialmente no joelho, seguido de ombro e coluna, ambos presentes em 21,95% dos participantes. Notou-se, neste estudo, que a maioria dos indivíduos é acompanhada pela fisioterapia há menos de três meses (80,5%), com frequência de atendimentos de duas vezes semanais (92,7%). A literatura corrobora com os achados de incidência de lesões musculoesqueléticas nessas regiões. Contudo, a região lombar tem sido a mais apontada, seguida pelo joelho e região do ombro<sup>9</sup>, diferentemente do que foi constatado neste estudo.

No presente estudo, 36,6% dos pacientes relataram não fazer uso de medicamentos para controlar a dor e 24,4% relataram que raramente fazem o uso. O uso de medicamento pode mascarar a dor e contribuir na diminuição da cinesiofobia<sup>21</sup>.

**Tabela 3** – Frequência de características clínicas de acordo com o estudo (n=41).

Variável	N	%
<b><i>Índice de massa corporal</i></b>		
Magreza	2	4,9
Normal	16	39,0
Sobrepeso	15	36,6
Obesidade	8	19,5
<b><i>Presença de dor</i></b>		
Sim	39	95,1
Não	2	4,9
<b><i>Tempo de dor</i></b>		
< 6 meses	17	41,5
6 meses a 1 ano	11	26,8
>1 ano	13	31,7
<b><i>Diagnóstico clínico</i></b>		
Fraturas	7	17,1
Tendinopatias	6	14,6
Lesões ligamentares	5	12,2
Outros	18	43,9
Sem diagnóstico	5	12,2
<b><i>Região da lesão</i></b>		
Joelho	19	46,34
Ombro	9	21,95
Coluna	9	21,95
Outros	4	9,76
<b><i>Possui adoecimento mental</i></b>		
Sim	9	22,0
Não	32	78,0
<b><i>Acompanhamento psicológico</i></b>		
Nunca	27	65,9
Raramente	4	9,8
Às vezes	6	14,6
Frequentemente	3	7,3
Quase sempre	1	2,4
<b><i>Tempo acompanhado pela fisioterapia</i></b>		
Menos de três meses	33	80,5
Três a seis meses	4	9,8
Mais de seis meses	4	9,8
<b><i>Frequência semanal de sessões</i></b>		
Uma vez por semana	2	4,9
Duas vezes por semana	38	92,7
Três ou mais vezes	1	2,4
<b><i>Frequência de uso de medicamentos para dor</i></b>		
Nunca	15	36,6
Raramente	10	24,4
Às vezes	7	17,1
Frequentemente	5	12,2
Quase sempre	4	9,8

Fonte: dados do estudo, 2023.

Legenda: AVD's - atividades de vida diárias.

Constatou-se a prevalência do medo do movimento em 63,4 % dos indivíduos, que o vivenciam há menos de seis meses (46,2%), assim como descrito na Tabela 4. A cinesiofobia

é um termo usado para descrever um medo irracional e debilitante de movimento ou atividade física. Ela está associada à crença de que o movimento pode levar a lesões ou piorar a dor existente<sup>12</sup>.

Esse medo pode levar a uma redução significativa da prática de atividade física e limitação nas atividades de vida diária<sup>22</sup>, pelo medo de se machucar novamente ao realizar movimentos. Isso pode levar a evitar completamente o exercício ou limitar significativamente a participação em atividades que envolvam movimento. A cinesiofobia pode levar a um ciclo vicioso, em que a falta de exercício leva à perda de condicionamento físico e fraqueza muscular, o que por sua vez aumenta o medo de se lesionar, o que corrobora os achados deste estudo, em que 68,3% consideram a lesão ou queixa de dor uma ameaça na realização dessas atividades.

**Tabela 4** – Aspectos relacionados à cinesiofobia dos participantes do estudo (n=41).

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b><i>Medo de movimentar</i></b>		
Sim	26	63,4
Não	15	36,6
<b><i>Tempo de medo</i></b>		
Menos de seis meses	12	46,2
Seis meses a um ano	5	19,2
Mais de um ano	9	34,6
<b><i>Considera a lesão uma ameaça ao realizar suas AVD's</i></b>		
Sim	28	68,3
Não	13	31,7
<b><i>*Grau de cinesiofobia</i></b>		
Leve	5	12,2
Moderado	32	78,0
Grave	4	9,8

Fonte: dados do estudo, 2023.

\*Grau de cinesiofobia de acordo com a Escala Tampa de Cinesiofobia

Os pacientes apresentaram um grau de cinesiofobia moderado (78,0%), de acordo com a escala tampa de cinesiofobia. A pontuação mínima que se pode obter é de 17 pontos, enquanto a máxima é de 68 pontos. Quanto maior for a pontuação, maior será o nível de cinesiofobia. Com base na pesquisa de Libai *et al.* (2018)<sup>23</sup>, definiu-se um limite superior de 37 pontos para caracterizar um elevado grau de cinesiofobia. O medo de se movimentar (63,4%) foi relativamente maior do que o do estudo de Vroey *et al.*<sup>24</sup>, no qual investigaram os efeitos da cinesiofobia na recuperação funcional imediata após a cirurgia de substituição da articulação de joelho. O objetivo era compreender como o medo de movimentar-se e

realizar atividades físicas impactava a capacidade funcional dos pacientes. Os resultados da pesquisa revelaram que a presença de cinesiofobia teve um impacto significativo e negativo nos resultados funcionais dos pacientes. Foi constatado que 55,8% dos pacientes apresentaram níveis elevados de medo de se movimentar.

No teste qui-quadrado, não foi possível encontrar relação estatística significativa entre a presença de medo do movimento com o local da dor/lesão, IMC e tempo de dor ( $p > 0,05$ ). Da mesma forma, o grau de cinesiofobia também não obteve relação com gênero, IMC, adoecimento mental e local da dor ( $p > 0,05$ ). Esse resultado pode ser justificado pelo pequeno tamanho da amostra.

No entanto, observa-se que os homens tendem a manifestar uma aversão ao movimento de forma significativamente maior do que as mulheres. Isso pode ser atribuído às normas sociais, expectativas mais exigentes ou a uma preocupação mais profunda em relação à perda de capacidade de trabalho ou produtividade como consequência de uma re-lesão. Essa apreensão pode levar a um estilo de vida mais sedentário.

Como descrito no estudo de Lunkers<sup>25</sup>, a cinesiofobia cria uma barreira para a participação em atividades físicas normais do dia a dia, esportes, exercícios ou a uma rotina de movimentação. Essa aversão limita a capacidade de se engajar em atividades físicas necessárias para manter uma boa saúde e forma física em virtude da vulnerabilidade à dor ou pelo medo de reincidência da lesão.

Pessoas com altos níveis de cinesiofobia têm maior probabilidade de ter doenças, monitorar constantemente sua dor e enfrentar incapacidades. Além disso, elas tendem a se tornar menos ativas fisicamente. Isso cria um ciclo prejudicial, pois a falta de atividade física pode levar a mais dor crônica e diminuição da capacidade funcional.

Diante disso, é crucial fornecer uma assistência abrangente, com a implementação de ações direcionadas às necessidades específicas de cada pessoa que tenha histórico de disfunção musculoesquelética e um medo excessivo de sentir dor ao realizar movimentos. Tais iniciativas devem encorajar o autoconhecimento em relação ao próprio corpo e à situação que enfrentam, a fim de que se tornem cada vez mais conscientes de sua própria história e sejam capazes de lidar efetivamente com sua condição.

#### **4 Considerações finais**

Embora não tenha sido possível relacionar a presença do medo entre os indivíduos estudados com a prevalência de características sociodemográficas e clínicas, foi possível identificar que o público predominante era do gênero feminino, solteiros e sem filhos, adultos e ativos no trabalho. Quanto ao estilo de vida, eles não faziam consumo de álcool ou tabaco. Contudo, apresentaram comportamento sedentário e poucas atividades de lazer. Embora satisfeitos com o sono, relataram sono interrompido.

A dor crônica prevaleceu de intensidade moderada e a região mais identificada pela queixa ou lesão foi o joelho. Também foi constatado que a maioria dos participantes considerava a lesão como uma ameaça para a realização de atividades cotidianas.

Esses dados devem ser considerados, uma vez que se encoraja que outros estudos sejam realizados com amostras maiores e mais representativas, a fim de fortalecer as evidências e permitir que associações sejam realizadas para conduzir uma atuação fisioterapêutica e multiprofissional que garantam o fortalecimento da abrangência em saúde, ao considerar o modelo biopsicossocial de pacientes que apresentam cinesiofobia, a fim de promover uma melhor qualidade de vida a esses indivíduos.

## Referências

1. Silva, Wender M. Et Al. Incidência De Lesões Musculoesqueléticas Em Jogadores De Futebol Profissional No Brasil. *Revista Cpaqv–Centro De Pesquisas Avançadas Em Qualidade De Vida* Vol, V. 11, N. 3, P. 2, 2019.
2. Da Trindade, Felipe Giovanni Nassif Tondato; Friaça, Elaine Aparecida Borges; Da Trindade, Ana Paula Nassif Tondato. Caracterização Cinesiofóbica E Incapacidade Funcional Em Indivíduos Com Dor Lombar Crônica Inespecífica. *Archives Of Health Investigation*, V. 6, 2017.
3. Trocoli, Tathiana O.; Botelho, Ricardo V. Prevalência De Ansiedade, Depressão E Cinesiofobia Em Pacientes Com Lombalgia E Sua Associação Com Os Sintomas Da Lombalgia. *Revista Brasileira De Reumatologia* , V. 56, P. 330-336, 2016.
4. Åkerström, Mona-Lisa; Grimby-Ekman, Anna; Lundberg, Mari. Work Ability Is Influenced By Kinesiophobia Among Patients With Persistent Pain. *Physiotherapy Theory And Practice*, V. 33, N. 8, P. 634-643, 2017.
5. García-Dasí M; Et Al. Effects Of A Non-Pharmacological Approach For Chronic Pain Management In Patients With Haemophilia: Efficacy Of Cognitive-Behavioural Therapy Associated With Physiotherapy. *Haemophilia*; 27(3):357–67, 2021
6. Moraes, Érica Brandão De Et Al. Autoeficácia E Medo Da Dor Ao Movimento Na Lombalgia Crônica: Uma Intervenção Desenvolvida Por Enfermeiras. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, V. 42, 2021.
7. Pessi, Rafaela; Da Costa, Arlete Eli Kunz; Pissaia, Luís Felipe. Implantação Da Escala Visual Analógica Da Dor Em Um Ambulatório De Baixa Complexidade De Uma Instituição De Ensino Superior. *Research, Society And Development*, V. 7, N. 8, P. 778330, 2018.
8. Halvarsson A, Hagman I, Tegern M, Broman L, Larsson H (2018) Queixas E Lesões Musculoesqueléticas Autorreferidas E Exposição À Carga De Trabalho Física Em Soldados Suecos Servindo No Afeganistão. (2018)
9. Pereira, Camila; Beribá, Lay. Grau De Cinesiofobia Em Indivíduos Com Disfunções Musculoesqueléticas Em Salvador-Bahia. *Scientia: Revista Científica Multidisciplinar*, V. 7, N. 1, P. 12-34, 2022.
10. Chidi-Ogbolu N; Baar K. Effect Of Estrogen On Musculoskeletal Performance And Injury Risk. *Frontiers On Physiology*, 2019.
11. Da Silva, Thamires Monteiro Barbosa; Júnior, Wellington Dos Santos Lima. Prevalência Da Dor Crônica Nos Profissionais De Odontologia: Revisão Integrativa Da Intervenção Fisioterapêutica. *Diálogos Em Saúde*, V. 5, N. 1, 2022.

12. Perrot, Sergeet Al. Kinesiophobia And Physical Therapy Related-Pain In Musculoskeletal Pain: A National Multicenter Cohort Study On Patients And Their General Physicians. *Joint Bone Spine*; 2017.
13. Magazoni, Valéria Sachi; De Carvalho, Caio Augusto Mendes; Da Silva, Juliana Florêncio. Grau De Cinesiofobia E Nível De Funcionalidade Em Pacientes Com Dor No Joelho Pré E Pós Intervenção Fisioterapêutica. *E-Rac*, V. 9, N. 1, 2020.
14. Ferreira, Larissa De Lima; Andreto, Luciana Marques; Ferreira, Tatiana Cristina Montenegro. *Transtornos Mentais Comuns Em Estudantes De Saúde*. 2021.
15. De Lima, Damiana Barbosa. *Altos Níveis De Cortisol Causado Pelo Estresse E Seus Impactos Nas Escolhas Alimentares: Revisão Integrativa De Literatura*.2022.
16. Vieira, Adrianeet Al. Perfil De Usuários Com Dores Musculoesqueléticas Crônicas Encaminhados Ao “Grupo Da Coluna”. *Revista Baiana De Saúde Pública*. V. 38, N. 3, P. 571-584 Jul./Set. 2014.
17. Silva, Marina Cardoso De Melo Et Al. A Cinesiofobia Está Associada A Distúrbios De Equilíbrio Dinâmico Em Indivíduos Com Dor Lombar Crônica Não-Específica?. *Sociedade Brasileira Para O Estudo Da Dor Diretoria Biênio 2022-2023 Presidente*, V. 5, N. 1, P. 47, 2022.
18. Branco, Et Al. Prevalência De Cinesiofobia E Fatores Associados Em Indivíduos Com Dor Lombar Do Município De Santa Maria. *Revista Saúde (Sta. Maria)*. 2021; 47 (1).
19. Peixoto, Thamyris Et Al. Fatores Associados Às Lesões Por Overuse Em Ciclistas Amadores: Um Estudo Transversal. *Revista Interdisciplinar Ciências Médicas*, V. 6, N. 1, P. 31-36, 2022.
20. Mota, Paulo Henrique Dos Santos Et Al. Impacto Da Dor Musculoesquelética Na Incapacidade Funcional. *Fisioter Pesqui*, V. 27, N. 1, P. 85-92, 2020.
21. Antonelli, Bruna Angela Et Al. Avaliação Do Método Pilates No Tratamento De Indivíduos Com Dor Lombar Crônica Inespecífica: Ensaio Clínico Randomizado. *Revista Brasileira De Fisiologia Do Exercício*, V. 20, N. 1, P. 38-51, 2021.
22. Domenis, Letícia Aparecida Marincolo. *Promoção Da Saúde E Cuidado Em Atletas Submetidos À Cirurgia Ortopédica: O Desafio De Compreender A Cinesiofobia*. 2021.
23. Cai, Libai Et Al. Incidence And Risk Factors Of Kinesiophobia After Total Knee Arthroplasty In Zhengzhou, China: A Cross-Sectional Study. *The Journal Of Arthroplasty*, V. 33, N. 9, P. 2858-2862, 2018.

24. Vroey, Henri.; Et Al. High Levels Of Kinesiophobia At Discharge From The Hospital May Negatively Affect The Short-Term Functional Outcome Of Patients Who Have Undergone Knee Replacement Surgery. *J. Clin. Med*, V. 9, P. 738, 2020.
25. Lunkes, Luciana Crepaldi Et Al. Influência Do Tipo De Locus De Controle Da Saúde Nos Níveis De Incapacidade E Cinesiofobia Na Dor Lombar Crônica. *Brjp*, V. 4, P. 306-309, 2021.

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Prezado(a) Senhor(a), Estamos convidando o senhor(a) a participar do projeto intitulado **CINESIOFOBIA EM PACIENTES COM LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS ASSISTIDOS PELA FISIOTERAPIA**, desenvolvido pelo discente **FELIPE HENRIQUE BENTO MARINHO**, do curso de **FISIOTERAPIA** da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, João Pessoa, sob orientação da Professora **DRA. EMANUELLE SILVA DE MÉLO**.

Destacamos que sua participação nesta pesquisa será de forma voluntária, e que você possui liberdade para decidir participar do estudo, bem como retirar-se a qualquer momento sem prejuízos a você, de qualquer natureza. O objetivo geral desta pesquisa é Relacionar a prevalência de cinesiofobia com características sociodemográficas e clínicas em pacientes com lesões musculoesqueléticas. De forma específica, possui o intuito de traçar o perfil sociodemográfico e clínicos dos participantes; Descrever aspectos relacionados às lesões musculoesqueléticas; Identificar a ocorrência de cinesiofobia entre os participantes com lesões musculoesqueléticas, de acordo com a Escala Tampa de Cinesiofobia.

Para tanto, após a assinatura deste termo, você poderá responder a alguns questionários composto por perguntas sociodemográficas, clínicas e questões específicas sobre o tema de nosso estudo em ambiente calmo e sem barulho a fim de que possa responder de maneira mais tranquila. Os instrumentos de coleta só serão apresentados após a concordância e assinatura do TCLE.

A pesquisa pode acarretar em riscos aos participantes que são mínimos, como o estresse e o cansaço pelo tempo demandado para a resolução dos questionários e o constrangimento em relatar problemas pessoais e possíveis limitações causadas pela cinesiofobia como medo de agravamento de sua situação. Para reduzir esses riscos serão tomadas medidas como a garantia da confidencialidade dos resultados que serão obtidos no estudo, bem como a escolha de um local reservado para a aplicação dos questionários e o esclarecimento de que a coleta dos dados pode ser interrompida a qualquer momento pelo mesmo.

Apesar disto, através de sua participação, será possível contribuir com a literatura pertinente na identificação de características clínicas em indivíduos com lesões musculoesqueléticas e associar com quadros cinesiofobia, de modo a incentivar futuras abordagens multiprofissionais no cuidado a esse público e fortalecer a assistência no âmbito institucional.

Você não terá qualquer tipo de despesa por participar desta pesquisa, como também não receberá remuneração por sua participação. Informamos ainda que os resultados deste estudo poderão ser apresentados em eventos da área de saúde, publicados em revista científica nacional e/ou internacional, bem como apresentados nas instituições participantes. Porém asseguramos o sigilo quanto às informações que possam identificá-lo, mesmo em ocasião de publicação dos resultados.

Caso necessite qualquer esclarecimento adicional, ou diante de qualquer dúvida, você poderá solicitar informações ao pesquisador responsável. Também poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. Este

documento está elaborado em duas vias, uma delas ficará com você e a outra com a equipe de pesquisa.

### **Consentimento**

Fui devidamente esclarecido sobre a pesquisa, seus riscos e benefícios, os dados que serão coletados e procedimentos que serão realizados além da garantia de sigilo e de esclarecimentos sempre que necessário. Aceito participar voluntariamente e estou ciente que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento sem prejuízos de qualquer natureza.

Receberei uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e outra via ficará com pesquisador responsável.

João Pessoa - PB, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022

---

Assinatura do pesquisador responsável

---

Assinatura do participante da pesquisa.

Pesquisador Responsável: Emanuelle Silva de Mélo - Av. Frei Galvão, 12 – Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil, CEP: 58.067-695 Fone: (83) 98101-9500. Horário de atendimento (Segunda à Sexta das 08h às 17h). Email: emanmello@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): O Comitê de Ética, de acordo com a Resolução CNS nº 466/2012, é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo e educativo, criado para defender os direitos dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos. CEP FACENE/FAMENE - Av. Frei Galvão, 12 – Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil, CEP: 58.067-695. Fone: +55 (83) 2106-4790. Horário de atendimento (Segunda à Sexta das 08h às 17h). E-mail: cep@facene.com

## APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E DE HÁBITOS DE VIDA.

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### CARACTERÍSTICAS PESSOAIS

1. **Identificação:** \_\_\_\_\_
2. **Data de nascimento (DN):** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
3. **Idade:** \_\_\_\_\_ anos
4. **Sexo:** (1) Masculino (2) Feminino
5. **Cor/raça:** (1) Branco (2) Negro (3) Pardo (4) Amarelo (5) Indígena
6. **Peso:** \_\_\_\_\_ kg
7. **Altura:** \_\_\_\_\_ cm
8. **Cidade residente atualmente:** \_\_\_\_\_
9. **Estado civil:** (1) Solteiro (2) Casado (3) Separado/Divorciado (4) Viúvo (5) Outro
10. **Tem filhos?** (1) Sim (2) Não
11. **Quantos filhos?** (0) Sem filhos (1) 1 filho (2) 2 filhos (3) 3 ou mais filhos
12. **Tem vínculo empregatício?** (1) Sim (2) Não
13. **Qual a sua carga horária de trabalho?** \_\_\_\_\_

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E HÁBITOS DE VIDA

14. **Faz uso de bebida alcoólica e/ou Tabaco?** (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre
15. **Pratica atividade física?** (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre
16. **Costuma incluir na rotina atividades de lazer?** (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre
17. **Quantas horas de sono você tem por dia?** (1) > 8 horas (2) < 8 horas
18. **Você está satisfeito com o seu sono?** (1) Sim (2) Não
19. **Como você classifica a qualidade do seu sono?** (1) Ruim, durmo pouco (2) Ruim, sono interrompido (3) Bom, consigo descansar (4) Muito bom, sono reparador
20. **Você possui medo de realizar movimentos?** (1) Sim (2) Não  
Se sim, há quanto tempo? \_\_\_\_\_
21. **Você possui alguma dor?** (1) Sim (2) Não  
Qual? Há quanto tempo e local? \_\_\_\_\_
22. **Qual região do corpo lesionada/ou da queixa de dor?**  
Ombro ( ) Braço ( ) Antebraço ( ) Cotovelo ( ) Punho ( ) Mão ( ) Dedos da mão ( ) Cabeça ( ) Coluna cervical ( ) Torácica/coluna parte superior ( ) Lombar/Coluna parte inferior ( ) Quadril ( ) Coxa ( ) Joelho ( ) Perna ( ) Tornozelo ( ) Pé ( ) Dedos do pé ( )
23. **Caso tenha selecionado mais de uma região do corpo lesionada/machucada, escreva qual te incomoda/preocupa mais. (Caso tenha selecionado somente uma região, desconsidere esse quesito)** \_\_\_\_\_
24. **É a primeira vez que sofre uma lesão nessa região do corpo?**  
Sim ( ) Não, já lesionei antes ( )
25. **Considera sua lesão uma ameaça?**  
Sim ( ) Não ( )

**26. Sabe qual o seu diagnóstico clínico?**

(1) Sim (2) Não Se sim, qual? \_\_\_\_\_

**27. Possui algum exame por imagem relacionado à lesão/queixa de dor?**

**28. Possui algum diagnóstico clínico de transtorno psíquico (Ex: Transtorno depressivo, Transtorno de ansiedade generalizado (TAG))?** (1) Sim (2) Não  
Se sim, qual? E há quanto tempo ? \_\_\_\_\_

**29. Com que frequência você faz acompanhamento psicológico?** (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre

**30. Há quanto tempo você é acompanhado pela fisioterapia?**

(1) Menos de 3 meses (2) 3 a 6 meses (3) 6 a 12 meses (4) Mais de 12 meses

**31. Você tem acesso a outro serviço de Fisioterapia, além deste?**

(1) Sim (2) Não

**32. Com que frequência semanal você é assistido por um fisioterapeuta?**

(1) Uma vez/semana (2) Duas vezes/semana (3) Três ou mais vezes/semana

**33. Com que frequência você faz uso de medicação para a queixa de dor ou lesão?** (1)

Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre

## **APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

Declaro que conheço e cumprirei as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012 e suas Complementares em todas as fases da pesquisa Intitulada **“CINESIOFOBIA EM PACIENTES COM LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS ASSISTIDOS PELA FISIOTERAPIA”**.

Comprometo-me em submeter o protocolo à Plataforma Brasil, devidamente instruído ao CEP, aguardando o pronunciamento do mesmo, antes de iniciar a pesquisa, a utilizar os dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo, e que os resultados desta investigação serão tornados públicos tão logo sejam consistentes e que será enviado o Relatório Final pela Plataforma Brasil, Via Notificação, ao Comitê de Ética em Pesquisa Facene/Famene até 28/11/2022, como previsto no cronograma.

Em caso de alteração do conteúdo do projeto (número de sujeitos de pesquisa, objetivos, título etc.), comprometo-me em comunicar o ocorrido em tempo real, através da Plataforma Brasil, via Emenda.

Declaro que irei encaminhar os resultados da pesquisa para publicação em eventos ou periódicos relacionados à temática, com os devidos créditos aos pesquisadores integrantes do projeto, como também, os resultados do estudo serão divulgados no Centro de Saúde Nova Esperança Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida Resolução.

João Pessoa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

---

Assinatura do pesquisador responsável

## 5 ANEXOS

### ANEXO 1 - ESCALA TAMPÁ DE CINESIOFOBIA

Para cada afirmativa, por favor, indique um número de 1 a 4, caso você concorde ou discorde da afirmativa. Primeiro você vai pensar se concorda ou discorda e, a partir daí, se totalmente ou parcialmente.

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

acho que seja, de fato, perigoso.				
17. Ninguém deveria fazer exercícios, quando está com dor.	1	2	3	4

Fonte: (LORENA *et al.*, 2016)

## ANEXO 2 – ESCALA VISUAL ANALÓGICA

Como você classifica sua dor, se não tiver dor a classificação é zero, se a dor for moderada, seu nível de referência é cinco, podendo aumentar ou diminuir um pouco dependendo da sua percepção com essa dor, se for intensa ao ponto de ser uma das suas maiores dores da vida, seu nível de referência é dez.



**INTENSIDADE**

## ANEXO 3 – TERMO DE ANUÊNCIA



### TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins de direito que estamos de acordo com a execução da pesquisa intitulada **CINESIOFOBIA EM PACIENTES COM LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS ASSISTIDOS PELA FISIOTERAPIA**, que será realizado pelo Aluno Felipe Henrique Bento Marinho, sob orientação da Prof. Emanuelle Silva de Melo o qual terá apoio do Centro de Saúde Nova Esperança – Unidade Valentina CNPJ: 02.949.141/0010-71.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso em verificar seu desenvolvimento para que se possa cumprir os requisitos da Resolução CNS 466/2012 e suas complementares, como também, no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

João Pessoa, 07 de dezembro de 2022

Assinatura e carimbo do responsável institucional