



## Global Year against musculoskeletal pain Fact Sheets

### Fear Avoidance and Musculoskeletal Pain

Ano Mundial Contra Dor Musculoesquelética

#### Evitação decorrente do medo e dor musculoesquelética

Fatores psicológicos desempenham um importante papel no desenvolvimento da dor musculoesquelética, em especial falsas crenças sobre a dor e medo de tê-la. O medo da dor induz a evitar atividades (físicas, sociais e profissionais) das quais os pacientes associam com a ocorrência ou exacerbação dela, mesmo depois de fisicamente recuperados. Embora esta resposta seja adaptativa na fase aguda (o descanso promove recuperação) isto leva a incapacidade e angústia quando o comportamento de evitar atividades físicas continua depois de a lesão ter sido curada.

#### Epidemiologia e Economia

Não existem números exatos de prevalência do medo clínico da dor, porque estabelecer um ponto de corte para “níveis clínicos” do medo de ter dor é difícil. O medo de se ter dor é adaptativo: ele nos previne de fazer atividades potencialmente dolorosas e nos ajuda a aprender como evitar atividades danosas. Ele se torna disfuncional quando o medo está excedendo o risco presente de dano ou lesão.

Existe um alto custo econômico do medo excessivo de se ter dor. Durante a fase aguda, somente as atividades diretamente relacionadas à dor são evitadas. No entanto, o tipo de evitação pode gradualmente se estender para outras atividades, levando a um estilo de vida sedentário, caracterizado pelo medo de que qualquer atividade pode induzir ou reativar um dano e/ou algia. Esse padrão adiciona ao custo social e econômico da dor musculoesquelética quando o medo da dor se prolonga (e algumas vezes aumenta) a disfunção, absenteísmo e utilização de cuidados médicos.

#### Diagnóstico

- O afastamento decorrente da dor pode ser avaliado usando-se:
  - Questionário de Crenças de Evitação e Medo (FABQ) [8], em populações clínicas
  - Escala dos Sintomas de Ansiedade da Dor (PASS) [4]
  - Questionário sobre Medo da dor [5], em amostras não-clínicas

- Crenças disfuncionais sobre atividades físicas são avaliadas usando a Escala de Tampa para cinesiofobia (TSK) (Milner RP, Kori SH, Todd DO, relatório não-publicado, 1991(6))
- Além disso, a Série Fotográfica das Atividades Diárias (PHODA) [3] que foi recentemente desenvolvida para determinar os danos percebidos como atividades diárias em pacientes com lombalgias crônicas e para construir uma hierarquia dos movimentos temidos.

## Tratamento

- A atividade gradativa é uma estratégia eficiente para readquirir boa forma física e simultaneamente efeitos positivos em fatores cognitivos. Focando-se diretamente nos fatores cognitivos, pode-se obter maiores resultados.
- Durante terapia in vivo, os pacientes são encorajados a participar de atividades supervisionadas, relatadas como provocadoras de sensação de medo extremo, até que se convençam de que os movimentos podem ser realizados sem danos. Quando os pacientes experimentam como a liberação de “comportamentos seguros” não leva a consequências catastróficas esperadas, as interpretações errôneas deles são desafiadas e refutadas, e eles corrigem suas expectativas quanto ao medo.
- A avaliação da dor relacionada ao medo é recomendada, porque esse tipo de tratamento pode ser apropriado apenas para pacientes que são considerados como “esquivantes” e podem até mesmo ser contraproduativos para aqueles pacientes que tem percentual pequeno de crenças de evitação por medo.

Tradução Dr. Levi Higino Jales Junior  
e Dr. Carlos Maurício de Castro Costa

## Referências:

1. Asmundson GJG, Vlaeyen JWS, Crombez G. Understanding and treating fear of pain. Oxford University Press; 2004.
2. Leeuw M, Goossens MEJB, Linton SJ, Crombez G, Boersma K, Vlaeyen JWS. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *J Behav Med* 2007;30:77–94.
3. Leeuw M, Goossens ME, van Breukelen GJ, Boersma K, Vlaeyen JW. Measuring perceived harmfulness of physical activities in patients with chronic low back pain: the Photograph Series of Daily Activities—short electronic version. *J Pain* 2007;8:840–9.
4. McCracken LM, Dhinra L. A short version of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20): preliminary development and validity. *Pain Res Manag* 2002;7:45–50.
5. McNeil DW, Rainwater AJ 3rd. Development of the Fear of Pain Questionnaire—III. *J Behav Med* 1998;21:389–410.
6. Roelofs J, Sluiter JK, Frings-Dresen MH, Goossens M, Thibault P, Boersma K, Vlaeyen JW. Fear of movement and (re)injury in chronic musculoskeletal pain: evidence for an invariant two-factor model of the Tampa Scale for Kinesiophobia across pain diagnoses and Dutch, Swedish, and Canadian samples. *Pain* 2007;131:181–190.
7. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 2000;85:317–32.
8. 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;52:157–68.