

CINESIOFOBIA E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

KINESIOPHOBIA AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS TREATED IN A PHYSICAL THERAPY SERVICE

KINESIOFOBIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES TRATADOS EN UN SERVICIO DE FISIOTERAPIA

Introdução: A cinesiofobia é o medo excessivo e limitante do movimento e da atividade física, resultando em um sentimento de vulnerabilidade à dor ou no medo de reincidência da lesão. **Objetivo:** Verificar a relação entre a cinesiofobia e a qualidade de vida de pacientes atendidos em um serviço de fisioterapia. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal com uma amostra constituída por 80 pacientes. Para a caracterização sociodemográfica, utilizou-se uma ficha de anamnese, seguida pela avaliação da cinesiofobia através da Escala de Tampa e da qualidade de vida por meio do questionário SF-36. **Resultados:** A média de idade foi de 60,6 ($\pm 15,0$) anos, sendo 72,5% mulheres e 27,5% homens. A totalidade da amostra 100% relatou que a dor era decorrente de lesão; 46,2% referiram dor ao movimento, 30,0% em todos os períodos do dia (matutino, vespertino e noturno) e 22,5% classificou a queixa como constante. A região mais acometida foi a lombossacra 33,8% e o diagnóstico mais frequente foi a hérnia de disco 36,3%. A procura pelo tratamento ocorreu por recomendação médica 72,5% e 87,5% relataram melhora com a intervenção. Houve um alto nível de cinesiofobia: 46,3 ($\pm 8,9$) pontos. Na qualidade de vida, os domínios vitalidade 5,6 ($\pm 3,2$) e saúde mental 4,7 ($\pm 3,1$) obtiveram os piores escores. Houve correlação entre a cinesiofobia e a capacidade funcional ($p=0,011$), os aspectos físicos ($p=0,005$), o estado geral de saúde ($p=0,011$) e a vitalidade ($p=0,005$). **Conclusão:** A cinesiofobia apresenta uma correlação negativa com a qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: Cinesiofobia. Especialidade de fisioterapia. Pacientes. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: Kinesiophobia is the excessive and debilitating fear of movement and physical activity, which results in feelings of vulnerability to pain or fear of re-injury. **Objective:** To verify the relationships between kinesiophobia and quality of life of patients treated at a physical therapy service. **Methods:** This cross-sectional study included 80 patients. Sociodemographic data were collected using an anamnesis form, kinesiophobia was assessed using the Tampa Scale for Kinesiophobia, and the Short-Form 36 questionnaire assessed quality of life. **Results:** Mean age was 60.6 (± 15.0) years, 72.5% were women and 27.5% men, and 100% of the sample reported pain due to injury. Additionally, 46.2% experienced pain with movement, 30.0% felt pain throughout the day, and 22.5% described it as constant. The most affected region was the lumbosacral area (33.8%), while the most frequent diagnosis was herniated disc (36.3%). Physical therapy treatment was sought due to medical recommendation in 72.5% of cases, and 87.5% reported improvement with treatment. There was a high level of kinesiophobia, with a score of 46.3 (± 8.9). In the quality of life assessment, vitality (5.6 ± 3.2) and mental health (4.7 ± 3.1) had the lowest scores. A significant relationship was found between kinesiophobia and quality of life in terms of functional capacity ($p = 0.011$), physical aspects ($p = 0.005$), general health ($p = 0.011$), social aspects ($p = 0.031$), and vitality ($p = 0.005$). **Conclusion:** The presence of kinesiophobia affected the quality of life of the patients.

Keywords: Kinesiophobia. Physical Therapy Specialty. Patients. Quality of Life.

RESUMEN

Introducción: La kinesiofobia es el miedo excesivo y limitante al movimiento y la actividad física, que genera sentimientos de vulnerabilidad al dolor o temor a sufrir lesiones recurrentes. **Objetivo:** Verificar la relación entre la kinesiofobia y la calidad de vida de pacientes atendidos en un servicio de fisioterapia. **Métodos:** Se realizó un estudio transversal con una muestra de 80 pacientes. Para la caracterización sociodemográfica de la muestra, se utilizó un formulario de anamnesis, seguido de la evaluación de la kinesiofobia mediante la escala de Tampa y la calidad de vida mediante el cuestionario SF-36. **Resultados:** La edad media fue de 60,6 ($\pm 15,0$) años; el 72,5% eran mujeres y el 27,5% hombres; el

Adriana Gabriela Oliveira de Sousa¹ 

Sophia Brandão Barbosa¹ 

Renata Rezende Barreto¹ 

1. Universidade Estadual de Goiás – UEG/ESEFFEGO.

E-mail: adri984236265@gmail.com

Recebido em: 28/11/2025

Revisado em: 22/12/2025

Aceito em: 19/01/2026



Copyright: © 2025. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](#), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

100% indicó que el dolor se debía a una lesión; el 46,2% lo experimentaba con el movimiento; el 30,0% en todos los turnos; y, según el tipo, el 22,5% lo definió como constante. La región más afectada fue la lumbosacra (33,8%) y el diagnóstico más frecuente fue hernia discal (36,3%). El tratamiento de fisioterapia se solicitó por recomendación médica (72,5%) y el 87,5% reportó mejoría con el tratamiento. Se observó un alto nivel de cinesifobia (46,3 ($\pm 8,9$)). En la evaluación de la calidad de vida, la vitalidad (5,6 ($\pm 3,2$)) y la salud mental (4,7 ($\pm 3,1$)) obtuvieron las puntuaciones más bajas. En la relación entre la kinesifobia y la calidad de vida, se observó significación estadística para la capacidad funcional ($p=0,011$), los aspectos físicos ($p=0,005$), el estado de salud general ($p=0,011$), los aspectos sociales ($p=0,31$) y la vitalidad ($p=0,005$). **Conclusión:** La presencia de kinesifobia afectó negativamente la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: Cinesifobia. Especialidad en fisioterapia. Pacientes. Calidad de vida.

INTRODUÇÃO

A dor é a sensação e o sinal de ameaça que alerta o estado psíquico e físico do indivíduo, perpetuando a cinesifobia e desencadeando comportamentos adaptativos do organismo, que podem ocorrer em antecipação à dor e como resposta a ela. Tendem a persistir no tempo, pois o indivíduo não cria oportunidades para alterar as suas expectativas e crenças equivocadas em relação à dor, o movimento ou atividade^{1,2,3}.

A dor experimentada pelos pacientes pode ser causada por respostas cognitivas negativas, e faz com que o indivíduo evite se movimentar¹. Vários fatores podem estar associados à incapacidade funcional e à cinesifobia, tais como os neurobiológicos, os psicológicos e a cronicidade da dor, podendo esta última resultar em sensação de vulnerabilidade à dor ou em medo de reincidência de lesão^{2,3}.

Após uma lesão, existe uma tendência inicial à presença de componentes mal adaptativos, tais como dor e fadiga, além da dificuldade de enfrentá-los⁴. Esses fatores estressantes, se não forem suficientemente sanados, podem gerar pensamentos negativos, diminuição de autoconfiança, aumento dos níveis de ansiedade e comprometimento do rendimento durante o tratamento, da saúde e da qualidade de vida do indivíduo⁵.

Tais fatores corroboram para o surgimento da cinesifobia, caracterizada por um medo excessivo, irracional e debilitante do movimento ou da atividade física, decorrente da crença de vulnerabilidade à dor, à lesão ou à recorrência de lesões^{1,2}. Contudo esse medo pode persistir mesmo quando não há dor ou limitação funcional, influenciando negativamente o comportamento motor, a adesão ao tratamento e a qualidade de vida dos indivíduos^{1,2,4}.

Assim, a cinesifobia vem acompanhada de um comportamento de restrição ao movimento citado como um fator determinante no desenvolvimento ou na persistência de uma lesão, levando à incapacidade funcional e em longo prazo, além de alterações psicológicas como estresse, depressão e o imobilismo^{2,6}.

A constatação da cinesifobia no ambiente clínico é fundamental, pois aponta mecanismos de defesa, tais como: repressão (retirada da consciência), negação (não há necessidade de movimento), simulação e projeção (comportamento do torcedor) ou, o mais frequentemente usado, a racionalização (por exemplo, falta de tempo). Os sintomas psicossomáticos típicos são bastante raros e só podem aparecer quando o indivíduo cinesifóbico é, por qualquer meio, forçado a aumentar a atividade⁷.

Indivíduos com risco elevado para cinesiofobia devem ser identificados precocemente, evitando a reprodução de sensações e mecanismos de proteção inadequados^{1,3}.

A percepção da dor e o medo que ela ocasiona refletem diretamente na qualidade de vida do paciente em recuperação. Nesse cenário, tais fatores tornam-se agentes relevantes na incapacidade e na limitação funcional, afetando os domínios físicos, psicológicos e sociais. Isso demonstra que a qualidade de vida não está relacionada apenas à questão física, mas encontra-se inteiramente ligada ao estado emocional do indivíduo^{4,8}.

Diante desse impacto, a avaliação da qualidade de vida possibilita interpretar a perspectiva do paciente e compreender as repercussões que uma enfermidade ocasiona no contexto geral de sua existência. Desta forma, o paciente com dor e medo deve ser avaliado com extrema atenção, priorizando-se não apenas os fatores biológicos que contribuem para o surgimento das incapacidades físicas, mas também os aspectos multidimensionais e multifatoriais que o cercam^{9,10}.

Sob essa ótica, torna-se fundamental identificar qual o mecanismo predominante para que a intervenção seja mais efetiva^{11,12}. Atender às necessidades de saúde utilizando instrumentos e escalas avaliativas validadas é essencial para incrementar a avaliação e direcionar o tratamento, evidenciando o objetivo dos sistemas de prevenção, proteção e promoção da saúde integral^{11,13}.

Consequentemente, observa-se que baixos níveis de cinesiofobia são preditores de uma recuperação mais rápida, independentemente da condição clínica, o que favorece diretamente a melhora da qualidade de vida do paciente^{7,12}.

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi verificar a relação entre a cinesiofobia e a qualidade de vida de pacientes atendidos em um serviço público de fisioterapia.

MATERIAIS E MÉTODOS

O delineamento do estudo caracterizou-se como transversal e analítico, com uma amostra constituída por 80 pacientes em tratamento fisioterapêutico, selecionados de forma não probabilística por conveniência, em uma Instituição Pública de Ensino Superior, na cidade de Goiânia-GO, no período de abril a agosto de 2024. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual de Goiás - CEP/UEG, sob parecer nº 6.311.376.

Os critérios de inclusão do estudo foram: ser paciente atendido no serviço de fisioterapia da Clínica Escola da UEG; ser de ambos os sexos; faixa etária igual ou acima de 18 anos de idade; aceitar participar voluntariamente da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos os pacientes que apresentaram algum déficit que impossibilitasse a compreensão dos instrumentos de coleta, aqueles com formulários incompletos ou que manifestaram o desejo de retirar o consentimento durante a pesquisa.

O convite para participar ocorreu por meio de uma abordagem individual, antes ou após o final da sessão de fisioterapia na clínica

escola. Neste momento foram esclarecidos os objetivos, direitos, riscos e benefícios da pesquisa. Aqueles que consentiram a sua participação e atenderam aos critérios de inclusão foram encaminhados para uma sala reservada para preenchimento dos questionários.

Os questionários foram aplicados pelas pesquisadoras responsáveis, ao longo da semana, de segunda a sexta-feira, nos turnos matutino e vespertino. Durante a coleta foi disponibilizado respectivamente o TCLE, a Ficha de Anamnese e Caracterização da Amostra, a Escala Tampa de Cinesiofobia e o Questionário de qualidade de vida SF-36 (Short Form Health Survey 36). Os pacientes realizaram a leitura e o preenchimento de forma independente e as eventuais dúvidas foram esclarecidas pelas pesquisadoras.

A Ficha de Anamnese e Caracterização da Amostra consistiu em um questionário semiestruturado elaborado pelas pesquisadoras responsáveis, contendo 15 perguntas que incluíram critérios para a participação, os dados pessoais e sobre a dor. Sendo: 1. Você gostaria de participar de uma pesquisa? 2. Você tem idade superior a 18 anos? 3. Quantos anos você tem? 4. Iniciais do seu Nome, 5. Sexo, 6. Estado civil, 7. Você está sentindo dor agora? 8. Sente dor por causa da sua lesão? 9. Marque com um X a alternativa que corresponde se a sua dor é em repouso ou durante o movimento ou ambos? 10. Marque com um X qual é o período do dia que você sente mais dor., 11. Como é a dor que você sente hoje? 12. Qual é a região que você sente dor ou dores no seu corpo? 13. Você sabe o diagnóstico da sua doença? 14. Por que você procurou fazer tratamento de

Fisioterapia? 15. Sentiu melhora na sua dor com as sessões de Fisioterapia?

Para identificar a presença e quantificar o grau de fobia ao movimento ou o medo da reincidência da lesão, foi aplicado a Escala Tampa de Cinesiofobia. Consistiu em um questionário composto de 17 itens que abordavam a dor e a intensidade dos sintomas. Estes variam em uma pontuação de um a quatro, sendo um ponto, para resposta "discordo totalmente", dois pontos para "discordo parcialmente", três pontos, "concordo parcialmente", e "concordo totalmente", constitui quatro pontos. Para o cálculo final, fez-se necessária a inversão dos escores das questões 4, 8, 12 e 16, para garantir a consistência interna da escala, uma vez que tais questões apresentam redação inversa ao demais itens, visando assegurar que a pontuação total reflita fidedignamente o grau de cinesiofobia. O escore mínimo é de 17 pontos e o máximo de 68 pontos. Um total de até 37 pontos sugere baixo nível de cinesiofobia, enquanto que acima desse valor, indica altos níveis de pontuação obtida na escala, logo, pior será o grau de cinesiofobia^{1,2,4,14}.

Para mensurar a qualidade de vida foi utilizado o Questionário de Qualidade de Vida SF-36 - versão brasileira, composto por 36 itens que se dividem em oito tópicos: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás. O resultado varia de 0 a

100, sendo 0 o pior estado geral de saúde e 100 o melhor^{15,16}.

A análise dos dados foi realizada no SPSS (*Statistical Package for Social Sciences* versão 26.0). O teste de Kolmogorov-Smirnov foi realizado para verificar a normalidade dos dados, que apresentou distribuição normal. Estatística descritiva com cálculo de média e desvio padrão (dados quantitativos) ou frequência e porcentagem (dados qualitativos). A correlação entre a cinesiofobia e os desfechos da qualidade de vida, foram verificadas pelo coeficiente de correlação de Pearson. Valores adotados de r entre 0,0 a 0,30 foram considerados como correlação negligível, entre 0,31 - 0,50 fraca, entre 0,51- 0,70 moderada, entre 0,71 - 0,90 forte e entre 0,91 - 1 muito forte. Para todos os testes foi utilizado nível de significância de 5% ($p<0,05$)¹⁷.

RESULTADOS

Perfil sociodemográfico e características gerais

A amostra foi composta por 80 pacientes, atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da UEG, dos quais 58 eram mulheres (72,5%) e 22 homens (27,5%), com média de idade de 60,6 ($\pm 15,0$) anos. No que tange o

estado civil, a maioria dos participantes declarou-se casada 26 (32,5%).

No que se refere ao quadro álgico, 75 pacientes (93,8%) afirmaram sentir dor no momento da aplicação dos questionários, sendo que a totalidade da amostra 80 (100%) atribuiu a sintomatologia à sua própria lesão. Quanto às características da queixa, a maioria relatou que o sintoma ocorria durante o movimento 37 (46,2%) e em todos os períodos do dia 24 (30,0%). No que diz respeito à tipologia da queixa, 18 pacientes (22,5%) a classificaram como constante.

A região corporal com maior incidência de queixas foi a lombossacral, com 27 casos (33,8%). Dentre os diagnósticos relatados, a hérnia de disco da coluna vertebral representou a patologia mais frequente, acometendo 29 pacientes (36,3%). Observou-se que a procura pelo tratamento fisioterapêutico ocorreu predominantemente por recomendação médica 58 (72,5%) e a maioria dos indivíduos (87,5%) relatou melhora da sintomatologia em decorrência da realização do tratamento fisioterapêutico (Tabela 1).

Tabela 1. Características gerais da dor dos participantes do estudo (n=80).

Dados qualitativos expressos como frequência e porcentagem

Variáveis	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Presença de dor		
Sim	75	93,8
Não	5	6,2
Lesão causa dor		
Sim	80	100
Não	0	0
Dor em repouso e ao movimento		
Em repouso	7	8,8
Em movimento	37	46,2
Em ambos	36	45,0
Período do dia		
Matutino	13	16,2
Vespertino	11	13,8
Noturno	11	13,8
Matutino e vespertino	5	6,2
Matutino e noturno	6	7,5
Vespertino e noturno	10	12,5
Todos os períodos	24	30,0
Tipos de dor		
Pontada	10	12,5
Akulhada	3	3,7
Pesada	9	11,3
Adormecida	3	3,7
Queimação	8	10,0
Constante	18	22,5
Enjoadas	7	8,8
Profunda	6	7,5
Localizada	12	15,0
Não sabe referir	4	5,0
Regiões corporais		
Cervical	9	11,2
Torácica	2	2,5
Lombossacral	27	33,8
Membros superiores	18	22,5
Membros inferiores	24	30,0
Diagnósticos		
Tendinite	9	11,3
Artrose	22	27,5
Hérnia de disco	29	36,3
Fratura	12	15,0
Lesão ligamentar	3	3,7
Lesão compressiva	2	2,5
Outros	3	3,7
Motivo da procura		
Pela dor	16	20,0
Melhorar o movimento	6	7,5
Recomendação médica	58	72,5
Melhora com fisioterapia		
Sim	70	87,5
Não	10	12,5
Cinesifobia e qualidade de vida		

Os participantes do estudo apresentaram um elevado nível na pontuação para cinesiofobia, com um escore médio de 46,3 ($\pm 8,9$) pontos. Este valor situa-se acima do ponto de corte de 37 pontos, o que indica um acentuado grau de medo do movimento entre os indivíduos da amostra. Em relação à avaliação da qualidade de vida (SF-36), os melhores escores foram observados nos domínios limitação por aspectos físicos 95,0 ($\pm 1,2$) e limitação por aspectos emocionais 95,7 ($\pm 1,2$). Contrastantemente, os piores resultados foram encontrados para os domínios vitalidade 5,6 ($\pm 3,2$) e saúde mental 4,7 ($\pm 3,1$) (Tabela 2).

Tabela 2. Cinesiofobia e qualidade de vida dos participantes do estudo (n=80).

Variáveis	Média (DP)
Cinesiofobia (17-68)	46,3 ($\pm 8,9$)
Qualidade de vida (0-100)	
Capacidade funcional	30,3 ($\pm 4,9$)
Limitação por aspectos físicos	95,0 ($\pm 1,2$)
Dor	12,8 ($\pm 4,7$)
Estado geral de saúde	30,3 ($\pm 4,9$)
Vitalidade	5,6 ($\pm 3,2$)
Aspectos sociais	13,1 ($\pm 2,0$)
Limitação por aspectos emocionais	95,7 ($\pm 1,2$)
Saúde mental	4,7 ($\pm 3,1$)

DP: desvio padrão. Dados quantitativos expressos como média e desvio padrão.

Relação entre cinesiofobia e qualidade de vida

Observaram-se correlações negligíveis, porém estatisticamente significantes, entre a cinesiofobia e os domínios da capacidade funcional ($p=0,011$), da limitação por aspectos físicos ($p=0,005$), do estado geral de saúde ($p=0,011$) e dos aspectos sociais ($p=0,31$). De forma complementar, foi encontrada uma

correlação fraca e estatisticamente significante no domínio da vitalidade ($p=0,005$). Em todos os casos, verificou-se uma relação inversamente proporcional: quanto maior o grau de cinesiofobia, menores são os escores de qualidade de vida nos referidos domínios (Tabela 3).

Tabela 3. Relação entre cinesiofobia e os domínios da qualidade de vida nos participantes do estudo (n=80).

Qualidade de vida	Cinesiofobia	
	Valor de r	Valor de p
Capacidade funcional	- 0,284	0,011*
Limitação por aspectos físicos	- 0,309	0,005*
Dor	- 0,221	0,062
Estado geral de saúde	- 0,284	0,011*
Vitalidade	- 0,312	0,005*
Aspectos sociais	- 0,251	0,031*
Limitação por aspectos emocionais	- 0,215	0,070

Continuação tabela 3

Saúde mental	- 0,146	0,221
--------------	---------	-------

Teste de correlação de Pearson. Valores de correlação: $r = 0,0 - 0,3$ = negligível; $r = 0,31 - 0,5$ = fraca; $r = 0,51 - 0,7$ = moderada; $r = 0,71 - 0,9$ = forte; $r = 0,91 - 1$ = muito forte. *nível de significância de $p < 0,0$

DISCUSSÃO

A pesquisa foi composta predominantemente por participantes do sexo feminino, com média de idade de 60,06 ($\pm 15,0$) anos. Todos os indivíduos estavam em tratamento no serviço público da Clínica Escola de Fisioterapia, especificamente na área de Ortopedia e Traumatologia.

Este resultado coincide com os achados observados no estudo de Castro, Vieira e Oliveira¹⁸, no qual a maioria dos participantes era composta por mulheres 77,4%, com média de idade de 63 anos. Além disso, os referidos autores também avaliaram o nível de cinesiofobia em mulheres com dor crônica e obtiveram uma média elevada, de 45,4 pontos. No contexto brasileiro destaca-se a prevalência do sexo feminino nas pesquisas¹⁹. Isto pode ser explicado pelo fato de a mulher buscar mais os serviços de saúde, devido à sua maior preocupação e interesse com o bem-estar, por ser mais vulnerável a doenças e pela influência cultural que valoriza o acompanhamento médico regular²⁰.

Quanto ao estado civil, a maior proporção dos participantes foi composta por indivíduos casados. Pinheiro et al²¹ também constataram, percentuais semelhantes avaliados em seu estudo, reforçando a característica sociodemográfica da população atendida. Concluíram que pesquisas focadas em populações adultas e idosas apontam nesta direção e ainda sugere que a média de idade elevada está presente²¹.

A maioria dos pacientes informou sentirem dor no momento da pesquisa. O estudo vai de encontro ao de Andrade, Pereira e Souza²². Uma vez que a amostra foi composta por indivíduos em processo de reabilitação física, a persistência de quadros álgicos constitui um desafio relevante para a saúde pública e para a eficácia do tratamento fisioterapêutico. Tal condição exige diagnóstico, avaliação e mensuração criteriosos por parte dos profissionais de saúde, visando implementar intervenções adequadas que minimizem a morbidade e promovam a melhoria da qualidade de vida desses pacientes²².

Nossos resultados indicaram os pacientes atribuíram a causa da dor a lesão sofrida por eles. Rodrigues et al²³ igualmente referiram a relação entre a presença de lesão e a dor apontada pelos pacientes. Esse evento pode ser elucidado pela dor ser considerada uma das complicações mais incapacitantes enfrentadas pelos indivíduos durante o processo de reabilitação²³.

A maior parte dos relatos indicaram a presença de dor durante o movimento e em todos os períodos do dia. De acordo com Brazil et al²⁴, a dor associada ao movimento corporal ao longo do dia, ou desencadeada por longos períodos em pé, pode ser resultado de alterações mecânicas ou degenerativas.

Em relação ao tipo de dor, citaram como uma dor constante. Sua presença se torna preocupante pois, sendo aquela que persists por mais de um mês após a resolução de uma lesão tecidual aguda, ou que se

prolonga por mais de três meses, pode acompanhar lesões que não cicatrizaram, independentemente da frequência, intensidade, implicações funcionais ou psicossociais²⁵.

A região lombossacral foi a mais mencionada pelos pacientes, seguido dos membros inferiores. Os achados deste estudo estão em consonância com os trabalhos de Batista e Vasconcelos²⁶ e Wendt et al²⁷ que também identificaram uma prevalência de dor e comprometimento musculoesquelético nos segmentos da coluna vertebral, especialmente na região lombossacral e nos membros inferiores, que desempenham dupla função no suporte de sobrecarga e atuam no movimento.

Dentre os diagnósticos listados pelos pacientes encaminhados para a fisioterapia, a hérnia de disco foi o mais frequente. Souza e Oliveira²⁸ realizaram um levantamento sobre a prevalência de encaminhamentos para fisioterapia e constataram que a principal causa foi a dor na região lombar baixa, seguida por condições pré e pós-operatórias relacionadas a estes distúrbios musculoesqueléticos.

Por outro lado, o estudo de Leite e Gomes²⁹, realizado em um ambulatório universitário com a análise de 200 pacientes, identificaram a prevalência de hérnia de disco e artrose em apenas 6,45% e 9,68%, respectivamente, dos casos avaliados.

Quanto ao motivo da procura pela fisioterapia na instituição, os pacientes mencionaram que seguiram a recomendação médica. Essas orientações, por vezes, enfrentam resistência entre alguns profissionais, pois implicam em mudanças de comportamento que, em tese, poderiam limitar a autonomia. No

entanto as recomendações devem ser vistas como ferramenta de apoio nas decisões, passíveis de ajustes com base na experiência acumulada na prática diária³⁰.

Acerca da melhora com o tratamento fisioterapêutico, os pacientes apresentaram resultados positivos. Segundo Silva e Rosa³¹, a fisioterapia desempenha um papel fundamental na reabilitação de pacientes, oferecendo diversas abordagens de tratamento, que podem ser aplicados de forma individualizada e humanizada, proporcionando os melhores resultados³¹.

Somado a isso, devido ao vínculo estabelecido com a equipe, estão propensos a superestimar os resultados positivos do tratamento em seus relatos subjetivos. Outro fator, sugere que pacientes que iniciam o tratamento com quadro álgico, tendem, a apresentar uma redução na intensidade dos sintomas ao longo do tempo, independentemente da eficácia da intervenção física. Considerando isso, embora os índices de cinesifobia permaneçam elevados, a percepção de melhora pode refletir tanto a evolução natural da condição clínica quanto o desejo do paciente em reconhecer o tratamento³².

Houve um elevado nível de cinesifobia em nosso estudo, semelhante aos encontrados nos estudos de Mascarenhas³³ e Costa et al⁸, que também relataram altos níveis de cinesifobia em pacientes com dor lombar. Isso se justifica porque o medo do movimento e a reincidência de lesões estão associados à dor crônica e à incapacidade. Com isso a população idosa é amplamente afetada por

problemas crônicos de saúde, especialmente musculoesqueléticos acompanhados de dor².

Os piores indicadores de qualidade de vida foram encontrados nos domínios da vitalidade e saúde mental. Segundo Peterson³⁴ a vitalidade está diretamente ligada ao estilo de vida e à saúde, sendo que hábitos como tabagismo, má alimentação e sedentarismo afetam negativamente a vitalidade, pois comprometem o vigor físico, reduzindo a disposição e o pleno funcionamento do indivíduo.

A saúde mental repercutiu negativamente entre os participantes, especialmente entre os idosos. Discutir a qualidade de vida do idoso é, em grande parte, discutir saúde mental. Com o passar dos anos, o idoso enfrenta diversas transformações, e a velhice é frequentemente associada a uma conotação negativa, imposta por uma sociedade que valoriza o que é ativo e produtivo. Alguém que antes tinha muito a contribuir passa a ser visto como uma pessoa sem status social³⁵.

Foram identificadas correlações negligíveis, entre a cinesifobia e a qualidade de vida para os domínios: da capacidade funcional, da limitação por aspectos físicos, do estado geral de saúde e dos aspectos sociais, e uma correlação fraca no domínio da vitalidade.

De acordo com o estudo de Pereira et al³⁶ a dor crônica está associada a um desempenho físico comprometido, sendo que a gravidade da dor também exerce um papel relevante no desenvolvimento de incapacidade e no comprometimento funcional em pessoas idosas. Para Sousa³⁷ a relação entre cinesifobia e incapacidade

funcional indicam que pacientes com dor lombar crônica que apresentam altos níveis de medo do movimento relacionado à dor tendem a relatar uma maior incapacidade funcional.

Em relação ao estado geral de saúde, nossos resultados corroboraram com o estudo de Mascarenhas³³, que constatou que a diminuição do desempenho físico causada pela dor e pelo medo de realizar atividades cotidianas impacta negativamente o estado psicológico, mental e físico do indivíduo, desencadeando a falta de motivação e baixa autoconfiança, o que afeta a qualidade de vida e pode levar à depressão. É de suma importância considerar a presença de doenças, a incapacidade física e hábitos de vida saudáveis como: o nível de atividade física, a alimentação, a qualidade do sono e os aspectos emocionais para a avaliação ampliada do estado de geral de saúde¹⁶.

No que se refere a vitalidade, ela é considerada uma referência para o estado geral de saúde física e mental. Segundo Silva, Dias e Silva⁹ a vitalidade poderá ser grandemente influenciada pelo o medo que o indivíduo tem ao realizar qualquer tipo de movimento. Um estilo de vida sedentário, pode se intensificar e desencadear um ciclo ainda maior de medo e a ansiedade em relação ao movimento¹⁶.

No que diz respeito aos aspectos sociais, obtivemos correlações estatisticamente significativas, que estão em consonância com o estudo de Santos, Lunna e Coutinho³⁸ que referiram que o medo da dor impede o movimento ou leva o indivíduo a reduzir progressivamente suas atividades, limitando suas capacidades e restringindo sua

participação em atividades de vida diária e de convivência em grupos sociais. Por esse motivo pode perseverar o isolamento social, como, dentro da própria família, no trabalho, no círculo de amizades e ainda a presença de estigmatização por incompreensão³⁸.

As diretrizes mais recentes destacam a importância de identificar e tratar precocemente o medo de se movimentar e a depressão em pacientes com cinesofobia, pois esses fatores são preditores de uma pior evolução. Além disso, eles estão associados a uma pior qualidade de vida³⁹.

O estudo apresentou limitações quanto ao número da população participante que ficou reduzida somente a um serviço de fisioterapia, não podendo generalizar os resultados. Outro fator de interferência residiu na abordagem dos participantes, uma vez que ela ocorreu antes ou após a sessão de fisioterapia. Deste modo, é importante a continuidade desta linha de pesquisa para ampliação de outros desfechos.

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo permitem concluir que a cinesofobia correlaciona-se negativamente com a qualidade de vida, embora fraca e negligível. Isso indica que essa associação ocorre de maneira sutil na amostra estudada. Evidenciando que, quanto maior o nível de cinesofobia, pior é a qualidade de vida dos pacientes atendidos em um serviço público de fisioterapia.

A cinesofobia representa um desafio significativo para a reabilitação de pacientes,

principalmente por perpetuar um ciclo entre a presença de dor e o medo de se machucar e não deve ser subestimada, já que impacta diretamente o bem-estar físico, mental e social dos pacientes.

A fisioterapia precisa estar alerta a essa condição, tratando não apenas a causa primária, a dor, mas também buscar suporte por meio de uma equipe multidisciplinar com habilidades e competências diversificadas capazes de identificar os aspectos envolvidos.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

AGOS; RRB.: contribuíram para a concepção deste artigo, seu projeto, coleta de dados, análise e interpretação; **AGOS; RRB.:** contribuíram para a redação ou revisão crítica deste artigo; **AGOS; RRB; SBB.:** revisaram a versão final do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declararam não haver qualquer conflito de interesse com o desenvolvimento da pesquisa e publicação do artigo.

USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL GENERATIVA

Foi declarado o não utilização de IA pelos autores.

USE OF GENERATIVE ARTIFICIAL INTELLIGENCE

The authors declare that they have not used generative AI of any kind.

REFERÊNCIAS

1. Trombim PS, Andrioli IB, Longen WC. Caracterização da sintomatologia, incapacidade e potencial de catastrofização de trabalhadores com lombalgia crônica inespecífica. Arq Catarin Med. 2021;50(2):50-60. doi: <https://doi.org/10.63845/yd70hz55>.
2. Silva NS, Abreu SSE, Suassuna PD. Ocorrência de cinesiofobia e fatores associados em idosas com dor crônica musculoesquelética: um estudo piloto. Rev Dor. 2016;17(3):188-191. doi:10.5935/1806-0013.20160068
3. Branco JC, Cerezer MF, Rezende GB, Martins JS, Vieira IS. Prevalência de cinesiofobia e fatores associados em indivíduos com dor lombar do município de Santa Maria. Rev Saúde Santa Maria. 2021;47(1):e64786. doi: 10.5902/2236583464786
4. Su Y, Huang L, Liu H, Chen S, Peng L. The effect of exercise intervention on disability and kinesiophobia in a retired athlete with old patella fracture: a case report. Front Psychol. 2021;12:744433. doi: 10.3389/fpsyg.2021.744433.
5. Hsu CJ, Meierbachtol A, George SZ, Chmielewski TL. Fear of reinjury in athletes: implications for rehabilitation. Sports Health. 2017;9(2):162-167. doi: 10.1177/1941738116666813.
6. Oliveira EMS, Barreto RR. Análise do conhecimento de estudantes do curso de fisioterapia sobre cinesiofobia e escala tampa. Rev Movimenta. 2023;16(1):1-14. doi: 10.31668/movimenta.v16i1.13822.
7. Knapik A, Saulicz E, Gnat R. Kinesiophobia introducing a new diagnostic tool. J Hum Kinet. 2011;28:25-31. doi: 10.2478/v10078-011-0019-8.
8. Costa WF, Junior RRS, Nunes MILB, Araújo LF, Silva JL, Raulino LTS, et al. Cinesiofobia afeta o tratamento da lombalgia crônica: revisão integrativa da literatura. Braz J Dev. 2021;7(8):81551-81568. doi: 10.34117/bjdv7n8-392.
9. Silva AFO, Dias EEC, Silva RLAS. Qualidade de vida: uma reflexão sobre a cidade de São Paulo. Rev Saúde Meio Ambiente - Resma. 2022;14(1):1-15.
10. Freitas PHB, Meireles AL, Ribeiro IKS, Abreu MNS, Paula W, Cardoso CS. Sintomas de depressão, ansiedade e estresse em estudantes da saúde e impacto na qualidade de vida. Rev Latino-Am Enfermagem. 2023;31:e3886. doi: 10.1590/1518-8345.6315.3886.
11. Dal Ri RF, Quirino VS, Souza TFQ, Lima MD. Fisioterapia baseada em evidências: nível de conhecimento dos acadêmicos de fisioterapia de uma instituição do noroeste paulista. Rev Funec Científica - Multidisciplinar. 2020;9(11):1-9. doi: 10.17267/2238-2704rpf.v8i4.2054.
12. Gul H, Erel S, Toraman NF. Physiotherapy combined with therapeutic neuroscience education versus physiotherapy alone for patients with chronic low back pain: a pilot, randomized-controlled trial. Turk J Phys Med Rehabil. 2021;67(3):283-290. doi: 10.5606/tffrd.2021.5556.
13. Blanco GS, Fernandes T, Folmer V, Salgueiro ACF. Análise das diretrizes nacionais e institucionais para a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem na graduação em fisioterapia. Rev Humanidades Inov. 2021;8(44):28-38.
14. Guimarães BMV, Pinho GC, Santos LA, Ribeiro PA, Costa CM, Faria WC, et al. Relação entre funcionalidade e fatores pessoais em idosos com lombalgia. Fisioter Brasil. 2019;20(6):732-743. doi: 10.33233/fb.v20i6.2913.
15. Campolina AG, Bortoluzzo AB, Ferraz MB, Ciconelli RM. Validação da versão brasileira do questionário genérico de qualidade de vida short-form 6 dimensions (SF-6D Brasil). Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(7):3103-3110. doi: 10.1590/S1413-81232011000800010.
16. Sousa GA, Santos AS, Salgado JVV. Avaliação da qualidade de vida em idosas ativas e sedentárias de Araújos – MG. Cad Educ Fís Esporte. 2022;20:e27322. doi: 10.36453/cefe.2022.27322.
17. Mukaka MM. A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. Malawi Med J. 2012;24(3):69-71.
18. Castro APB, Vieira GPF, Oliveira JG. Perfil sociodemográfico e comportamental de indivíduos com dor crônica atendidos em uma clínica escola de fisioterapia: um estudo transversal descritivo [monografia]. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde; 2023.
19. Pereira DS, Nogueira JD, Silva CB. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2015;18(4):893-908. doi:10.1590/1809-9823.2015.14123.
20. Carneiro VSM, Adjunto RNP, Alves KAP. Saúde do homem: identificação e análise dos fatores relacionados à procura, ou não, dos serviços de atenção primária. Arq Ciênc Saúde UNIPAR. 2019;23(1):35-40. doi: 10.15309/23psd240328.

21. Pinheiro AA, Quental OB, Moreira RLFS, Oliveira RR, Feitosa ANA. Avaliação de qualidade de vida de idosos independentes e ativos. *Rev Interdiscip Saúde*. 2016;3(2):290-307.
22. Andrade FA, Pereira LV, Sousa FAEF. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006;14(2):271-276. doi: 10.1590/S0104-11692006000200018.
23. Rodrigues AV, Vidal WAS, Lemes JA, Góngora CS, Neves TC, Santos SMS, et al. Estudo sobre as características da dor em pacientes com lesão medular. *Acta Fisiatr*. 2012;19(3):171-177. doi: 10.5935/0104-7795.20120027.
24. Brazil AV, Ximenes AC, Radu AS, Fernandes AR, Appel C, Maçaneiro HC, et al. Diagnóstico e tratamento das lombalgias e lombociatalgias. *Rev Bras Reumatol*. 2004;44(6):419-425.
25. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de ciência, tecnologia, inovação e insumos estratégicos em saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2022. 531 p. Relatório por recomendação. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/mídias/consultas/relatórios/2022/20221101_pc dt_dor_cronica_cp74.pdf
26. Batista AGL, Vasconcelos LAP. Principais queixas dolorosas em pacientes que procuram clínica de fisioterapia. *Rev Dor*. 2011;12(2):125-30. doi: 10.1590/S1806-00132011000200009.
27. Wendt AS, Chaves AO, Urtado CB, Macedo AR, Reis FJ, Nogueira LAC. Funcionalidade e incapacidade em pacientes com comprometimento musculoesquelético. *Rev Bras Ci Mov*. 2017;25(4):15-22. doi: 10.31501/rbcm.v25i4.6563.
28. Souza CS, Oliveira AS. Prevalência de encaminhamentos às doenças musculoesqueléticas segundo a classificação estatística internacional de doenças (CID 10): reflexões para formação do fisioterapeuta na área de musculoesquelética. *Fisioter Pesq*. 2015;22(1):48-53. doi: 10.590/1809-2950/13158722012015.
29. Leite F, Gomes JO. Dor crônica em um ambulatório universitário de fisioterapia. *Rev Ciênc Méd*. 2006;15(3):211-221.
30. Guyatt G, Cairns J, Churchill D, Cook D, Haynes B, Hirsh J, et al. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*. 1992;268(17):2420-2425. doi: 10.1001/jama.1992.03490170092032.
31. Silva JCV, Rosa CGS. Abordagens fisioterapêuticas no tratamento de hérnia de disco lombar. *Singular Saúd Biologic*. 2022;1(3):9-12. doi: 10.33911/singul arsb.v1i3.143.
32. van Dulmen SA, van der Wees PJ, Bart Staal J, Braspennincx JC, Nijhuis-van der Sanden MW. Patient reported outcome measures (PROMs) for goalsetting and outcome measurement in primary care physiotherapy, an explorative field study. *Physiotherapy*. 2017;103(1):66-72. doi: 10.1016/j.physio.2016.01.001.
33. Mascarenhas KCS. Caracterização do grau de cinesifobia em indivíduos com dor lombar crônica inespecífica [monografia]. Brasília - Universidade de Brasília; 2018.
34. Peterson C. The future of optimism. *Am Psychol*. 2000;55(1):44-55. doi: 10.1037//0003-066x.55.1.44.
35. Silva E, Santos E, Pucci SHM. O impacto da qualidade de vida na saúde mental do idoso. *Rev Ibero-Amer Humanidades, Ciências Educ*. 2021;7(10):481-511. doi: 10.51891/rease.v7i10.2588.
36. Pereira LSM, Sherrington C, Ferreira ML, Tiedmann A, Ferreira PH, Blyth FM, et al. Self-reported chronic pain is associated with physical performance in older people leaving aged care rehabilitation. *Clin Interv Aging*. 2014;4(9):259-265. doi: 10.2147/CIA.S51807.
37. Sousa L. Relação entre actividade física, incapacidade e cinesifobia em utentes com dor lombar crônica [dissertação]. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde; 2013.
38. Santos AL, Luna MB, Coutinho RS. Influência da dor lombar inespecífica na cinesifobia: uma revisão integrativa. *Rev Eletr Estácio Recife*. 2019;5(1):1-12.
39. Sousa HBF, Rodrigues BSS, Ramos DC. Cinesifobia em pacientes com dor lombar crônica. *Rev Multi Sert*. 2019;1(1):20-28. doi: 10.37115/rms.v1i1.10.52