

CINESIOFOBIA E PERCEPÇÃO DE AUTOEFICÁCIA EM INDIVÍDUOS COM DOR CRÔNICA: UM ESTUDO TRANSVERSAL

KINESIOPHOBIA AND SELF-EFFICACY PERCEPTION IN INDIVIDUALS WITH CHRONIC PAIN: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Amanda Karen Alves Xavier¹, Kelly Cristina do Amaral¹, Fernanda Maria Francischetto da Rocha Amaral², Viviane Gontijo Augusto¹

¹Universidade do Estado de Minas Gerais, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil.

²Centro Universitário UNA, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil.

Resumo

Introdução: A dor crônica musculoesquelética se manifesta de modo contínuo ou recorrente e persiste por mais de três meses, com etiologia biopsicoossocial. **Objetivo:** Nesse sentido, o estudo teve como objetivo verificar a intensidade de dor, prevalência e a associação entre cinesiofobia e percepção de autoeficácia nos indivíduos com dores crônicas musculoesqueléticas, assistidos em clínicas escolas. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo e analítico de corte transversal. Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário socioclínico e dois instrumentos validados e traduzidos para a língua portuguesa: Escala Tampa de Cinesiofobia e Escala de Autoeficácia para Dor Crônica. As análises foram realizadas no pacote estatístico SPSS versão 20.0, com o índice de significância aceitável de 0,05%. **Resultados:** A amostra foi composta por 44 voluntários, a maioria do sexo feminino (84,1%), com idade média de 51,8 anos \pm 6,71 anos. A coluna lombar foi a região do corpo com maior prevalência de dor (50%) e a média de intensidade foi de 7,14 \pm 2,2. Os participantes apresentaram alto nível de cinesiofobia (88,6%). Não houve associação entre a intensidade de dor e as variáveis cinesiofobia e percepção de autoeficácia. Porém existe uma correlação moderada e negativa entre cinesiofobia e percepção de autoeficácia ($r=-0,48$; $p=0,01$) e associação entre cinesiofobia e os domínios de autoeficácia. **Conclusão:** Os resultados mostraram alta intensidade de dor e cinesiofobia em pacientes com dores crônicas musculoesqueléticas. Sugerem também baixa autoeficácia e associação entre esta variável e cinesiofobia.

Palavras-chave: Autoeficácia; Dor crônica; Medo.

Abstract

Introduction: Chronic musculoskeletal pain manifests continuously or recurrently and persists for more than three months, with biopsychosocial etiology. **Objective:** In this sense, the study aimed to verify the pain intensity, prevalence and association between kinesiophobia and perception of self-efficacy in individuals with chronic musculoskeletal pain assisted at two school clinic. **Methodology:** This is a descriptive and analytical cross-sectional study. For data collection, a socioclinical questionnaire and two validated instruments translated into Portuguese were used: Tampa Scale of Kinesiophobia and Self-efficacy Scale for Chronic Pain. Analyzes were performed using the SPSS version 20.0 statistical package with an acceptable significance level of 0.05%. **Results:** The sample consisted of 44 volunteers, most of whom were female (84.1%), with a mean age of 51.8 years \pm 6.71 years. The lumbar spine was the body region with the highest prevalence of pain (50%) and the mean intensity was 7.14 \pm 2.2. The participants had a high level of kinesiophobia (88.6%). There was no association between pain intensity and the variables kinesiophobia and self-efficacy perception. However, there is a moderate and negative correlation between kinesiophobia and self-efficacy perception ($r=-0.48$; $p=0.01$) and an association between kinesiophobia and self-efficacy domains. **Conclusion:** The results showed high pain intensity and kinesiophobia in patients with chronic musculoskeletal pain. They also suggest low self-efficacy and an association between this variable and kinesiophobia.

Keywords: Self-efficacy; Chronic pain; Fear.

Recebido em: 21-05-2023

Publicado em: 16-04-2025

Autor correspondente

Viviane Gontijo Augusto

Endereço: Rua Osvaldo Machado Gontijo nº968, apartamento 103, Centro, Divinópolis, MG, Brasil, CEP: 35500-037,

Email: vivianeaugusto2013@gmail.com

1. Introdução

A dor crônica musculoesquelética pode se manifestar de forma contínua ou recorrente, e persistir por mais de três meses¹. Ela se caracteriza pela dificuldade de identificação temporal e causal, e seu agente etiológico nem sempre é evidente¹. No Brasil, estima-se que aproximadamente 45,59% da população apresente dor crônica. Essa

condição pode acarretar implicações funcionais, sociais, socioeconômicas e emocionais na vida dos pacientes, resultando em comprometimentos nas atividades físicas, no sono e na vida sexual³. Além disso, estudos indicam que a dor crônica está entre as principais causas de afastamento do trabalho, levando a licenças médicas e à redução da produtividade^{4,5}.

O tratamento para os indivíduos com dor crônica é complexo, carece de uma atenção multidisciplinar, e deve ter como objetivo o alívio da dor, o aumento da funcionalidade e a melhora da qualidade de vida⁶. Nessa perspectiva, estudos demonstram que programas de exercícios físicos corroboram para melhora da capacidade física e funcional desses indivíduos, bem como a promoção de analgesia e sensação de bem-estar^{7,8}.

Entretanto, o medo excessivo à prática de exercícios físicos e a sensação de estar exposto a uma possível lesão física fazem com que o indivíduo evite se movimentar, prejudicando a abordagem cinesioterapêutica, dado que o exercício físico é um fator primordial no tratamento e prevenção da dor¹¹. O medo de realizar movimentos é designado como cinesiofobia, e estudos indicam que esse medo está relacionado a maiores níveis de incapacidade, intensidade e gravidade da dor^{10,11}. Em contrapartida, é conhecido que indivíduos com baixo nível de cinesiofobia apresentam melhor evolução do quadro clínico e funcional relacionado à dor crônica¹².

Outra variável importante de se considerar no tratamento do indivíduo com dor crônica é a autoeficácia. Autoeficácia é conceituada como a convicção de um indivíduo em relação a suas próprias capacidades para efetuar determinada tarefa e alcançar um resultado desejável¹³. A literatura aponta que, quanto menor a crença de autoeficácia do indivíduo mais comportamentos dolorosos e de evitação do movimento eles apresentam¹⁴. Um estudo, que avaliou a relação entre a crença de autoeficácia e a intensidade da dor, observou que quanto menor a crença de autoeficácia do indivíduo

maior é a intensidade da dor após a alta. Ademais, o mesmo estudo demonstrou que maiores níveis de autoeficácia estão, significativamente, relacionados com menor número de atendimentos fisioterapêuticos, melhora da percepção clínica do paciente e menor intensidade da dor¹⁵.

Pacientes com baixa autoeficácia e alta cinesiofobia estão em maior risco de desenvolver incapacidade, o que torna necessária a triagem, bem como proporcionar intervenções específicas para modificar essas crenças¹⁴. Alguns estudos têm analisado a relação entre dor crônica, autoeficácia e cinesiofobia de forma separada¹⁵. Em determinados casos, esses estudos focaram em condições de saúde específicas, como dores de cabeça, dor pélvica, ombro congelado e dor lombar¹⁶⁻²⁰. Além disso, até o momento, nenhum estudo realizado no Brasil avaliou a relação desses aspectos psicossociais de forma conjunta em um grupo de pacientes com dores crônicas.

Diante desse cenário, observa-se que tanto a cinesiofobia, quanto a autoeficácia podem interferir no tratamento da dor crônica, uma vez que baixa cinesiofobia, alta autoeficácia e a intensidade da dor podem ser consideradas preditores de sucesso na abordagem fisioterapêutica, e na adesão ao tratamento de pacientes com dor crônica. Portanto, este estudo tem como objetivo verificar a intensidade de dor, a prevalência de cinesiofobia, a percepção de autoeficácia e a associação entre essas variáveis nos indivíduos com dores crônicas musculoesqueléticas assistidos em duas clínicas escolas no município de Divinópolis, Minas Gerais.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e analítico de corte transversal.

Os participantes foram selecionados, por conveniência, a partir das fichas de avaliação dos estagiários de Fisioterapia que atendiam em clínicas-escola de duas universidades no município de Divinópolis-MG.

Foram inclusos indivíduos com idade entre 18 e 64 anos, de ambos os sexos que apresentavam queixa de dor crônica musculoesquelética e que não tinham sido submetidos a cirurgias no local da queixa, nos últimos 3 meses anteriores a coleta de dados. Para fins deste estudo, considerou-se paciente com dor crônica musculoesquelética aqueles que apresentaram como queixa principal a dor, em qualquer estrutura do sistema musculoesquelético, que persiste por mais de 3 meses¹. Foram excluídos do estudo aqueles que apresentavam diagnóstico de doenças neurológicas e/ou malignas, gestantes e idosos. Os idosos foram excluídos pois essa população apresenta diversas mudanças no organismo relacionadas a alterações fisiológicas do envelhecimento tais como alterações sensoriais, físicas, motoras e cognitivas, que poderiam gerar um viés na percepção de dor²¹.

Utilizou-se um questionário socioclínico composto por oito questões sobre aspectos sociodemográficos (número de identificação, idade, sexo, raça, estado civil, grau de instrução, situação de trabalho, renda) e seis questões sobre aspectos de saúde em geral (percepção da saúde geral, diagnóstico de problemas de saúde, uso de medicamentos, prática de atividade física, presença de dor crônica, intensidade da dor), totalizando 14

questões.

A prevalência de cinesiofobia foi estimada através da Escala Tampa de Cinesiofobia, a qual foi traduzida e validada para o português. É um instrumento autoaplicável composto por 17 questões que investiga sobre dor, medo do movimento e intensidade dos sintomas. O escore total final varia entre 17 e 68 pontos, e este é obtido após a inversão das afirmativas 4, 8, 12 e 16. Logo, quanto maior o escore total, maior o grau de cinesiofobia⁹. O escore até 37 pontos indica baixo nível de cinesiofobia, em contrapartida, escores acima de 37 pontos indicam altos níveis de cinesiofobia²².

Para avaliar a autoeficácia especificamente em indivíduos com dor crônica, utilizou-se a Escala de Autoeficácia para Dor Crônica, traduzida para o português e adaptada para o Brasil²³. A escala é um questionário confiável, o qual se constitui de um instrumento autoaplicável, sem ponto de corte, composto por 22 itens e dividido em três subescalas: autoeficácia para o controle da dor (cinco itens), autoeficácia para funcionalidade (nove itens) e autoeficácia para outros sintomas (oito itens). Os itens são respondidos através da escala Likert de dez pontos de 10 a 100. Para obter o escore final, deve-se somar os valores de cada item das subescalas e dividi-los pela quantidade de questões que cada subescala possui para obtenção do valor de sua média. Posteriormente, será somado o valor da média das três subescalas para obter a pontuação total, logo o escore total pode variar entre trinta e trezentos pontos. Nesse sentido, quanto maior a pontuação total, maior é a autoeficácia²⁴.

A coleta de dados foi realizada por duas pesquisadoras treinadas entre novembro

e dezembro de 2022. Aqueles que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após consentida a participação na pesquisa, os indivíduos foram submetidos à aplicação dos questionários com duração máxima de 30 minutos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética sob o parecer 5.729.518 e contemplou as determinações éticas das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que envolve seres humanos.

Os dados foram tabulados em uma planilha de Excel e a análise foi feita com auxílio do *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®20.0). Foram realizadas análises descritivas dos dados considerando as medidas de tendência central e porcentagens. Realizou-se uma análise de correlação entre o escore da escala de cinesiofobia e escala de autoeficácia para dor crônica. As variáveis de interesse mostraram distribuição normal no teste *Kolmogorov-Smirnov* e, portanto, utilizou-se a correlação de *Pearson* para testar associação entre as

variáveis. Para interpretação dos valores de correlação, utilizou-se como referência a classificação de Dancey e Reidy (2006)²⁵, a qual sugere: $r = 0,10$ até $0,30$ (fraco); $r = 0,40$ até $0,6$ (moderado); $r = 0,70$ até 1 (forte). Para essas análises considerou-se o nível de significância de $\alpha = 0,05$.

Todas as medidas de higiene cabíveis foram tomadas a fim de minimizar qualquer risco de contaminação, uma vez que a coleta de dados foi realizada no período pós-pandemia de Coronavírus.

3. Resultados

A amostra foi composta por 44 voluntários, a maioria do sexo feminino (84,1%), brancos (52,3%), casados (56,8%) e somente 3 (6,8%) apresentavam ensino superior completo. A idade variou entre 31 e 64 anos, com média de 51,8 anos \pm 6,71 anos. Entre os investigados, apenas 9 (20,5%) estavam afastados do trabalho por motivo de saúde como pode ser observado na TABELA 1.

TABELA 1 – Distribuição de variáveis sociodemográficas dos participantes (n = 44), 2022.

Variáveis	Amostra total
Idade (anos)	
Média (Desvio padrão)	51,8 (6,71)
Mediana (mínimo - máximo)	53,0 (31 - 64)
Sexo	
Feminino	37 (84,1%)
Masculino	7 (15,9%)
Raça	
Branca	23 (52,3%)
Parda	15 (34,1%)
Amarela	3 (6,8%)
Indígena	1 (2,3%)
Negra	2 (4,5%)
Estado Civil	

Solteiro (a)	5 (11,4%)
Casado (a)	25 (56,8%)
União estável	1 (2,3%)
Divorciado (a)	11 (25%)
Viúvo (a)	2 (4,5%)
Escolaridade	
Ensino fundamental incompleto	18 (40,9%)
Ensino fundamental completo	6 (13,6%)
Ensino médio incompleto	6 (13,6%)
Ensino médio completo	10 (22,7%)
Ensino superior incompleto	1 (2,3%)
Ensino superior completo	3 (6,8%)
Situação de trabalho	
Empregado (a) e trabalhando	12 (27,3%)
Autônomo (a) e trabalhando	6 (13,6%)
Desempregado (a)	5 (11,4%)
Afastado (a)	9 (20,5%)
Do lar	12 (27,3%)

No que diz respeito aos dados de saúde, 19 (43,2%) indivíduos classificaram sua saúde no geral como “regular”. A maioria (70,5%) apresenta algum problema de saúde diagnosticado, 34 (77,3%) fazem uso de medicamentos e 37 (84,1%) não realizam nenhum tipo de atividade física.

Em relação à presença de dor crônica

musculoesquelética observou-se que a coluna lombar foi a região do corpo com maior prevalência de dor (50%), seguida pelo joelho (38,6%), coluna cervical e tornozelo (15,9%). A média de intensidade de dor foi de $7,14 \pm 2,2$, numa escala de 0 a 10 pontos. A TABELA 2, mostra detalhadamente a condição clínica dos participantes.

TABELA 2 – Distribuição de variáveis clínicas dos participantes (n = 44), 2022.

Variáveis	Amostra total
Classificação geral da saúde	
Excelente	2 (4,5%)
Boa	16 (36,4%)
Regular	19 (43,2%)
Ruim	7 (15,9%)
Problemas de saúde diagnosticados	
Sim	31 (70,5%)
Não	13 (29,5%)
Uso de medicamentos	
Sim	34 (77,3%)
Não	10 (22,7%)
Atividade física	
Sim	7 (15,9%)
Não	37 (84,1%)

Presença de dor crônica	
Coluna cervical	7 (15,9%)
Coluna lombar	22 (50%)
Ombro	6 (13,6%)
Cotovelo	1 (2,3%)
Punho	4 (9,1%)
Joelho	17 (38,6%)
Tornozelo/pé	7 (15,9%)
Pelve	5 (11,4%)
Intensidade da dor (EVN: 0 - 10)	
Média (DP)	7,14 (2,2)

EVN*: Escala Visual Numérica; DP: Desvio Padrão.

Em relação à distribuição dos escores de cinesiofobia e autoeficácia relacionada à dor crônica, a análise descritiva mostrou que 39 (88,6%) dos participantes apresentavam alto nível de cinesiofobia

(TABELA 3). Não foi possível estabelecer a porcentagem de pessoas com baixa autoeficácia, pois a escala utilizada não possui um ponto de corte dos escores.

TABELA 3 - Distribuição da Escala Tampa de Cinesiofobia (ETC) e Escala de Autoeficácia para Dor Crônica (AEDC), (n = 44), 2022.

Instrumentos	Média	Desvio Padrão	Mediana
Escala Tampa de Cinesiofobia	46,4	8,6	45,5
Escala de Autoeficácia para Dor Crônica	184,02	44,5	189
Autoeficácia o controle da dor (AED)	58,5	20,6	61
Autoeficácia para funcionalidade	66,8	17,5	64
Autoeficácia para outros sintomas	58,2	14,7	61

A análise de correlação de *Pearson*(*r*) mostrou que não há associação entre intensidade de dor e as variáveis cinesiofobia e percepção de autoeficácia. Porém existe uma correlação moderada e negativa entre cinesiofobia e percepção de autoeficácia ($r=-0,48$; $p=0,01$). Também há associação entre cinesiofobia e os domínios de

autoeficácia, distribuída da seguinte forma: escala de autoeficácia relacionada à funcionalidade ($r = -0,38$; $p=0,00$); escala de autoeficácia relacionada a outro sintoma ($r= -0,45$; $p= 0,01$); escala de autoeficácia relacionada ao gerenciamento da dor ($r= -0,38$; $p= 0,00$), conforme TABELA 4.

TABELA 4 – Teste de correlação de Pearson entre níveis de dor, Escala Tampa de Cinesiofobia (ETC) e Escala de Autoeficácia para Dor Crônica (AEDC), (n = 44), 2022.

Variáveis	Estatística	Valor	Nível de dor	Escala tampa
Escala Tampa de Cinesiofobia (Score total)	Correlação de Pearson(r)	0,38*	0,21	1
	Valor p	0,01	0,16	
Escala de Autoeficácia para Dor Crônica (Score total)	Correlação de Pearson(r)	-0,31*	-0,43**	-0,48**
	Valor p	0,04	0,00	0,00
Autoeficácia para Funcionalidade	Correlação de Pearson(r)	-0,29	-0,44**	-0,37*
	Valor p	0,05	0,00	0,01
Autoeficácia para lidar com outros sintomas	Correlação de Pearson(r)	-0,22	-0,28	-0,45**
	Valor p	0,13	0,063	0,00
Autoeficácia para controle da dor	Correlação de Pearson(r)	-0,20	-0,32*	-0,38**
	Valor p	0,18	0,03	0,00

*Valor $p \leq 0,05$; ** Valor $p \leq 0,01$

4. Discussão

Este estudo objetivou avaliar a intensidade de dor, a prevalência de cinesiofobia, a percepção de autoeficácia e a relação entre essas variáveis em um grupo de pessoas adultas com dores crônicas musculoesqueléticas. Os resultados demonstraram que a média de dor é de alta intensidade, e que o nível de dor não se associou nem ao medo de movimento, nem à percepção de autoeficácia. Foi possível verificar uma alta prevalência de cinesiofobia, presente em quase 90% da amostra, e o medo do movimento mostrou-se associado de forma inversa com a percepção de autoeficácia. Ou seja, quanto maior o medo de movimento, menor é a percepção de autoeficácia relacionada a dor crônica. Dito de outra forma, quanto maior o medo do movimento, menor a capacidade do indivíduo de julgar-se com habilidade para desempenhar um comportamento de sucesso no enfrentamento da sua dor. Em média, os participantes atingiram apenas 61% da pontuação máxima de autoeficácia.

As características sociodemográficas da amostra foram semelhantes às

características de outros estudos, o que demonstra maior prevalência em mulheres^{20,26}. Um estudo realizado por Gutmann *et al.* (2022)²⁷ aponta que o sexo feminino se preocupa mais com o estado de saúde em geral, fazendo com que a busca por assistência à saúde seja maior, corroborando a estatística apresentada. Também houve um predomínio em indivíduos brancos e sedentários, corroborando outros estudos sobre dor crônica^{11,28}. A alta prevalência de pessoas sedentárias talvez esteja relacionada à cinesiofobia e à crença dos pacientes de que a atividade física piora seu estado geral, como apontado por Santos e colaboradores (2019)¹².

A média de idade da amostra foi de $51,8 \pm 6,71$ anos, uma faixa etária que abrange pessoas ativas. No entanto, constatou-se que 20,5% dos participantes deste estudo estavam afastados de suas atividades laborais no momento da avaliação. A dor crônica é uma das principais causas de afastamento do trabalho, evidenciando sua interferência significativa na funcionalidade ocupacional dos indivíduos^{29,30}.

Com relação à localização da dor, a coluna lombar apresentou-se como a região com maior prevalência, assim como nos estudos de Munala *et al.* (2021)³¹ e Pontin *et al.* (2021)³². A média de intensidade de dor foi de $7,14 \pm 2,2$, dado que se assemelha ao estudo de Kawi *et al.* (2020)³³, o qual apontou intensidade média de dor de 7,86.

O presente estudo não encontrou associação entre a intensidade da dor e a cinesiofobia. Isso é semelhante ao que foi observado em uma pesquisa realizada por Branco *et al.* (2021)¹¹, que também não indicou correlação entre cinesiofobia e intensidade da dor, sugerindo que o medo do movimento pode se desenvolver independentemente da severidade da dor. Além disso, não foi possível verificar uma associação entre intensidade da dor e percepção de autoeficácia neste estudo, o que contrasta com os resultados obtidos por Sucher e colaboradores (2020)³⁴, que encontraram essa relação.

Uma possível explicação para essa divergência pode ser a amostra relativamente pequena deste estudo. Por outro lado, esse resultado pode indicar que outros fatores além da intensidade da dor influenciam os comportamentos de autogestão em relação à condição dolorosa. Assim, é fundamental que mais estudos sejam realizados para explorar melhor a relação entre essas variáveis.

A crença de medo ao movimento foi verificada em 88,6% dos investigados. Outro estudo de corte transversal também constatou uma alta prevalência de cinesiofobia em seus participantes, cerca de 80%¹¹. A presença de cinesiofobia é um fator preocupante, pois pacientes que evitam o movimento tendem a ser indivíduos inativos, com

maior perda de mobilidade, força, condicionamento físico, baixa autoestima, depressão e isolamento. Logo, essas características contribuem para a perpetuação do quadro e para baixa efetividade de tratamentos dos pacientes³. Nesse sentido, fisioterapeutas devem incorporar estratégias de tratamento que buscam a exposição gradativa do paciente cinesiofóbico ao movimento.

A média de percepção de autoeficácia dos participantes foi de 184,02, e o domínio de funcionalidade obteve a maior pontuação. Em comparação, González e colaboradores (2022)¹⁸ apresentaram uma média um pouco menor, de 139,07 pontos, com o domínio autoeficácia para outros sintomas mostrando a maior pontuação nesse estudo. Como não há um ponto de corte definido para autoeficácia, não é possível classificar o escore como adequado ou inadequado.

Considerando que o escore máximo possível é 300 pontos, pode-se inferir que os participantes, em média, apresentam uma baixa autoeficácia, alcançando apenas 61% da pontuação total. Isso sugere que o controle da dor e de outros sintomas é percebido como mais desafiador do que o controle da funcionalidade. Essa diferença pode refletir as dificuldades enfrentadas pelos indivíduos na autogestão de suas condições dolorosas.

Um estudo internacional mostrou que escores mais baixos de autoeficácia estão associados ao baixo controle e tolerância da dor, a menor adesão ao tratamento e ao declínio da funcionalidade física e psíquica em indivíduos com dor crônica podendo apresentar dificuldades para realizar suas atividades de vida diária e laborais³⁵.

No que tange à relação entre cinesiofobia e autoeficácia, observou-se na literatura uma escassez de estudos em indivíduos com dor crônica. Entretanto, um estudo realizado por Silva *et al.* (2019)³⁶ em atletas de alto rendimento com lesões esportivas, crônicas e agudas, demonstrou associação entre as duas variáveis, apontando que o risco à cinesiofobia é diretamente proporcional à prevalência de baixa autoeficácia.

Um ensaio clínico randomizado desenvolvido por Moraes *et al.* (2021)¹⁴ testou o efeito de intervenções para dor lombar crônica no Programa para Aumentar a Autoeficácia e Diminuir o Medo da Dor e Evitação do Movimento (PROAMA). Foram randomizados 81 indivíduos em três grupos: o grupo A recebeu sessões de educação e exposição ao movimento; o grupo B recebeu sessões de apenas exposição ao movimento e o grupo C foi o grupo controle. Posto isto, o estudo concluiu que a associação de educação e exposição ao movimento foi a intervenção mais efetiva no aumento da autoeficácia e na diminuição da crença de medo da dor.

Uma das limitações deste estudo é que não é possível estabelecer uma relação causal entre as variáveis analisadas, uma vez que se trata de um estudo transversal. Isso significa que as medições foram feitas em um único ponto no tempo, o que dificulta a compreensão de como as variáveis interagem ao longo do tempo.

Além disso, a amostra foi selecionada a partir de um grupo de pessoas com dor crônica em tratamento fisioterapêutico. Isso pode ter influenciado as variáveis, como nível de dor, cinesiofobia e autoeficácia, pois o tratamento pode ter

modificado essas condições. Como resultado, existe a possibilidade de que os dados coletados estejam subestimados, não refletindo com precisão a realidade dos participantes fora do contexto do tratamento. Essa consideração é importante para futuras pesquisas que busquem entender melhor essas relações e suas dinâmicas ao longo do tempo.

Apesar das limitações, os achados do estudo corroboram para a importância dos profissionais Fisioterapeutas incentivarem o movimento e promover educação em saúde para os pacientes para que estes tenham maior adesão ao tratamento e melhor qualidade de vida.

5. Conclusões

Conclui-se que indivíduos com dores crônicas musculoesqueléticas apresentam altos níveis de dor, alta prevalência de cinesiofobia e baixos escores de autoeficácia. Além disso, existe correlação entre cinesiofobia e percepção de autoeficácia, visto que quanto maior o medo de movimento, menor é a percepção de autoeficácia relacionada a dor crônica. Desse modo, a avaliação dessas variáveis torna-se pertinente para traçar estratégias de tratamento mais eficientes e que contribuam para a redução da cinesiofobia e o aumento dos níveis de autoeficácia, colaborando para o melhor enfrentamento da dor e o bem-estar de pacientes com dores crônicas musculoesqueléticas.

6. Declaração de conflito de interesses

Os autores do artigo afirmam que não

houve nenhuma situação de conflito de interesse, que pudessem influenciar no desenvolvimento do trabalho.

7. Referências

1. TREEDE, R. D.; RIEF, W.; BARKE, A.; AZIZ, Q.; BENNETT, M. I.; BENOLIEL, R.; et al. **Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP classification of chronic pain for the International Classification of Diseases (ICD-11)**. *Pain.*, v. 160, n. 1, p. 19–27, 2019.
2. AGUIAR, D. P.; SOUZA, C. P. D. Q.; BARBOSA, W. J. M.; SANTOS-JÚNIOR, F. F. U.; OLIVEIRA, A. S. D. **Prevalência de dor crônica no Brasil: revisão sistemática**. *Brazilian Journal of Pain*, 2021.
3. PEREIRA, M. G.; CARVALHO, C.; COSTA, E. C.; LEITE, Â.; ALMEIDA, V. **Quality of life in chronic pain patients: illness- and wellness-focused coping as moderators**. *Institute of Psychology. Chinese Academy of Sciences*, v. 10, n. 2, p. 283–294, 2021.
4. KERCKHOVE, N.; LAMBERT, C.; CORTEVAL, A.; PEREIRA, B.; ESCHALIER, A.; DUALÉ, C. **Cross-sectional study of prevalence, characterization and impact of chronic pain disorders in workers**. *The Journal of Pain*, v. 22, n. 5, p. 520–532, 2021.
5. CARGNIN, Z. A.; SCHNEIDER, D. G.; VARGAS, M. A. D. O.; SCHNEIDER, I. J. C. **Atividades de trabalho e lombalgia crônica inespecífica em trabalhadores de enfermagem**. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 32, p. 707–713, 2019.
6. DE PAULA PRUDENTE, M. P.; ANDRADE, D. D. B. C.; FILHO, F. A. A. P.; PRUDENTE, E. M. **Tratamento da dor crônica na atenção primária à saúde**. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 7, p. 49945–49962, 2020.
7. RIBEIRO, R. C.; MARTINS, P. C. D. M. L.; PEREZ, F. D. S. B. C. **Cinesioterapia no tratamento da dor lombar crônica: revisão de literatura**. *Saúde & Ciência em Ação.*, v. 5, n. 1, p. 82–91, 2019.
8. MACHADO, C. L. A.; JOIA, L. C. A. **A eficácia da aplicação do método pilates em pacientes com dor lombar crônica**. *Hígia - Revista de Ciências da Saúde e Sociais Aplicadas do Oeste Baiano.*, v. 5, n. 1, 2020.
9. SIQUEIRA, F. B.; TEIXEIRA-SALMELA, L. F.; MAGALHÃES, L. C. **Analysis of the psychometric properties of the Brazilian version of the Tampa Scale for Kinesiophobia**. *Acta Ortopédica Brasileira*, v. 15, n. 1, p. 19–24, 2007.
10. DE SOUSA, H. B. F.; DA SILVA RODRIGUES, B. S.; RAMOS, D. C. C. **Cinesiofobia em pacientes com dor lombar crônica**. *Revista Multidisciplinar do Sertão*, v. 1, n. 1, p. 20–28, 2019.
11. BRANCO, J. C.; CEREZER, M. F.; REZENDE, G. B.; MARTINS, J. S.; VIEIRA, I. S. **Prevalência de cinesiofobia e fatores associados em indivíduos com dor lombar**. *Saúde (Santa Maria)*, v. 47, n. 1, 2021.
12. SANTOS, A. L.; LUNA, M. B.; COUTINHO, R. S. **Influência da dor lombar inespecífica na cinesiofobia: uma revisão integrativa**. *Revista Eletrônica da Estácio Recife.*, v. 5, n. 1, 2019.
13. BANDURA, A. **Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change**. *Psychological Review.*, v. 84, n. 2, p. 191, 1977.
14. MORAES, E. B. D.; MARTINS JÚNIOR, F. F.; SILVA, L. B. D.; GARCIA, J. B. S.; MATTOS-PIMENTA, C. A. D. **Autoeficácia e medo da dor ao movimento na lombalgia crônica: uma intervenção desenvolvida por enfermeiras**. *Revista*

Gaúcha de Enfermagem., v. 42, 2021.

15. SOUZA, C. M.; MARTINS, J.; LIBARDONI, T. D. C.; DE OLIVEIRA, A. S. Self-efficacy in patients with chronic musculoskeletal conditions discharged from physical therapy service: A cross-sectional study. *Musculoskeletal Care.*, v. 18, n. 3, p. 365–371, 2020.

16. PUSCHMANN, A. K.; DRIESSLEIN, D.; BECK, H.; ARAMPATZIS, A.; MORENO CATALÁ, M.; SCHILTENWOLF, M.; et al. **Stress and self-efficacy as long-term predictors for chronic low back pain: A prospective longitudinal study.** *Journal of Pain Research.*, v. 13, p. 613–621, 2020.

17. HIRATA, J.; TOMIYAMA, M.; KOIKE, Y.; YOSHIMURA, M.; INOUE, K. **Relationship between pain intensity, pain catastrophizing, and self-efficacy in patients with frozen shoulder: A cross-sectional study.** *Journal of Orthopaedic Surgery and Research.*, v. 16, n. 1, p. 542, 2021.

18. GONZÁLEZ DE LA FLOR, Á.; GARCÍA PÉREZ DE SEVILLA, G.; DOMÍNGUEZ, B. D.; MARTÍN, V. D.; MONTERO, M. M.; DEL BLANCO, J. A. **Relationship between self-efficacy and headache impact, anxiety, and physical activity levels in patients with chronic tension-type headache: An observational study.** *Behavioural Neurology*, v. 8, n. 3, p. 872–49, 2022.

19. SI, M.; CHEN, J.; ZHANG, X.; ZHU, L.; JIANG, Y. **Pain and daily interference among reproductive-age women with myofascial pelvic pain: Serial mediation roles of kinesiophobia, self-efficacy and pain catastrophizing.** *PloS One*, v. 19, n. 5, e0301095, 2024.

20. MARSHALL, A.; JOYCE, C. T.; TSENG, B.; GERLOVIN, H.; YEY, G. Y.; SHERMAN, K. J.; et al. **Changes in pain self-efficacy, coping skills, and fear-avoidance beliefs**

in a randomized controlled trial of yoga, physical therapy, and education for chronic low back pain. *Pain Medicine*, v. 23, n. 4, p. 834–843, 2022.

21. DE MAIO NASCIMENTO, M. **Uma visão geral das teorias do envelhecimento humano.** *Saúde e Desenvolvimento Humano*, v. 8, n. 1, p. 161–168, 2020.

22. VLAEYEN, J. W.; KOLE-SNIJDERS, A. M.; BOEREN, R. G.; VAN EEK, H. **Fear of movement/(re) injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance.** *Pain*, v. 62, n. 3, p. 363–372, 1995.

23. SALVETTI, M. D. G.; PIMENTA, C. A. **Validação da Chronic Pain Self-Efficacy Scale para a língua portuguesa.** *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 32, p. 202–210, 2005.

24. SALVETTI, M. D. G.; PIMENTA, C. A. D. M.; BRAGA, P. E.; CORRÊA, C. F. **Incapacidade relacionada à dor lombar crônica: prevalência e fatores associados.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, p. 16–23, 2012.

25. DANCEY, C.; REIDY, J. **Estatística Sem Matemática para Psicologia: Usando SPSS para Windows.** Porto Alegre: Ed. Artmed, 2006.

26. ELIAS, J. P.; LONGEN, W. C. **Classification of low back pain into subgroups for diagnostic and therapeutic clarity.** *Coluna/Columna*, v. 19, p. 34–39, 2020.

27. GUTMANN, V. L. R.; DOS SANTOS, D.; SILVA, C. D.; VALLEJOS, C. C. C.; ACOSTA, D. F.; MOTA, M. S. **Motivos que levam mulheres e homens a buscar as unidades básicas de saúde.** *Journal of Nursing and Health*, v. 12, n. 2, 2022.

28. BARADARAN MAHDAVI, S.; RIAHI, R.; VAHDATPOUR, B.; KELISHADI, R.

Association between sedentary behavior and low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Health Promotion Perspectives*, v. 11, n. 4, p. 393–410, 2021.

29. ARRUDA, D. C. A.; DE CARVALHO, L. B. L. A.; FERREIRA, C. R. **Prevalência de lombalgia crônica em atendentes de telemarketing de uma empresa de Janaúba-MG.** *Revista CPAQV-Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*, v. 15, n. 2, 2023.

30. ALTUG, Z. **Lifestyle Medicine for Chronic Lower Back Pain: An Evidence-Based Approach.** *American Journal of Lifestyle Medicine*, v. 15, n. 4, p. 425–433, 2021.

31. MUNALA, J. M.; OLIVIER, B.; KARUGUTI, W. M.; KARANJA, S. M. **Prevalence of musculoskeletal disorders amongst flower farm workers in Kenya.** *The South African Journal of Physiotherapy*, v. 77, n. 1, p. 1515, 2021.

32. PONTIN, J. C. B.; GIOIA, K. C. S.; DIAS, A. S.; TERAMATSU, C. T.; MATUTI, G. D. S.; MAFRA, A. D. L. **Positive effects of a pain education program on patients with chronic pain: observational study.** *Brazilian Journal of Pain*, v. 4, p. 130-135, 2021.

33. KAWI, J.; DUKE, A.; MADUKA, G. **Self-efficacy and multisite pain predictors among economically disadvantaged women with back pain.** *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, v. 21, n. 4, p. 307–313, 2020.

34. SUCHER, J.; QUENSTEDT, S. R.; PARNES, M. F.; BROWN, A. D. **Pain centrality mediates pain self-efficacy and symptom severity among individuals reporting chronic pain.** *Journal of Clinical Psychology*, v. 76, n. 12, p. 2222–2231, 2020.

35. MORAES, É. B.; MARTINS JUNIOR, F. F.; SILVA, L. B. D.; GARCIA, J. B. S.; MATTOS-PIMENTA, C. A. **Self-efficacy and fear of pain to movement in chronic low back pain: an intervention developed by nurses.** *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 42, e20200180, 2021.

36. SILVA, B. G. M. **A cinesiofobia e sua relação com as lesões esportivas e com a autoeficácia em atletas de alto rendimento.** [tese]. Universidade Católica de Pernambuco, 2019.