



ANSIEDADE E ADESÃO AO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

EM PACIENTES ADULTOS
COM DOR CRÔNICA

Manual para Fisioterapeutas



MENTE

EMOÇÕES, COGNIÇÕES
E COMPORTAMENTOS



CORPO

DOR, FUNÇÃO E
MOVIMENTO



CONTEXTO

FATORES SOCIAIS,
RELACIONAIS E
AMBIENTAIS

ABORDAGEM
BIOPSISSOCIAL

EVIDÊNCIAS • PRÁTICA CLÍNICA • RESULTADOS



CIÊNCIA
CUIDADO
FUNCIONALIDADE

MANUAL CLÍNICO · BASEADO EM EVIDÊNCIAS

ANSIEDADE & ADESÃO

ao Tratamento Fisioterapêutico

em pacientes adultos com dor crônica

MENTE · MOVIMENTO · CUIDADO

MANUAL PARA
FISIOTERAPEUTAS

SAMANTHA GOIS DE OLIVEIRA

Orientação: Profa. Dra. Liana Dantas da Costa e Silva Barbosa

Centro Universitário Santo Agostinho — UNIFSA · Curso de Fisioterapia

Teresina – PI · 2026

APRESENTAÇÃO

Caro(a) colega fisioterapeuta,

Este manual nasce de uma constatação clínica recorrente: pacientes com dor crônica frequentemente apresentam menor adesão ao tratamento fisioterapêutico, e parte dessa dificuldade não está nos tecidos — está nas emoções. A ansiedade, em particular, atua de modo silencioso, modulando a percepção da dor, intensificando o medo do movimento e comprometendo o engajamento terapêutico.

O material que você tem em mãos sintetiza evidências científicas atualizadas sobre a tríade ansiedade–dor–adesão, traduzindo-as em condutas práticas, instrumentos validados de avaliação, fluxogramas decisórios e estratégias de comunicação. O objetivo não é substituir o raciocínio clínico, mas oferecer um recurso de apoio para qualificar a abordagem biopsicossocial na prática diária.

A proposta é simples: ampliar o olhar do fisioterapeuta para além da função motora, reconhecendo o paciente como um sujeito integral. Quando isso acontece, a adesão deixa de ser uma cobrança e passa a ser uma construção compartilhada.

■ IMPORTANTE

Como utilizar este manual

Este material é organizado em capítulos progressivos, da fundamentação teórica às estratégias práticas. Cada capítulo apresenta caixas de destaque (dicas, alertas, condutas, exemplos) que podem ser consultadas isoladamente durante o atendimento clínico.

Os instrumentos de avaliação (EVA, PCS, TSK) e o diário da dor e da ansiedade encontram-se nos apêndices e podem ser reproduzidos para uso clínico.

SUMÁRIO

01	A ansiedade na prática clínica	05
02	Dor crônica sob a ótica biopsicossocial	09
03	A tríade ansiedade · dor · adesão	13
04	O que observar no paciente	17
05	Instrumentos de avaliação validados	21
06	Estratégias para otimizar a adesão	25
07	Comunicação terapêutica	29
08	Abordagem interdisciplinar	31
09	Diário da dor e da ansiedade	34
10	Sinais de alerta e encaminhamento	36
—	Apêndices · Escalas e instrumentos	39
—	Referências bibliográficas	46

CAPÍTULO 01

A ANSIEDADE NA PRÁTICA CLÍNICA

A ansiedade não é apenas uma sensação subjetiva relatada pelo paciente — é um fenômeno neurofisiológico complexo, com manifestações fisiológicas, cognitivas e comportamentais bem caracterizadas. Reconhecê-la como variável clínica é o primeiro passo para compreender por que alguns pacientes simplesmente não respondem ao plano terapêutico, mesmo quando a prescrição está tecnicamente adequada.

1.1 Definição e classificação

A Classificação Internacional de Doenças (CID-11) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR) definem a ansiedade como uma resposta emocional caracterizada por apreensão, preocupação e tensão associadas à antecipação de ameaças futuras. Distingue-se do medo, que se relaciona a perigos iminentes e concretos.

Quando essas manifestações tornam-se persistentes, desproporcionais e geram prejuízo funcional, configura-se um transtorno de ansiedade — categoria que inclui o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), o Transtorno de Pânico, as Fobias Específicas e o Transtorno de Ansiedade Social.

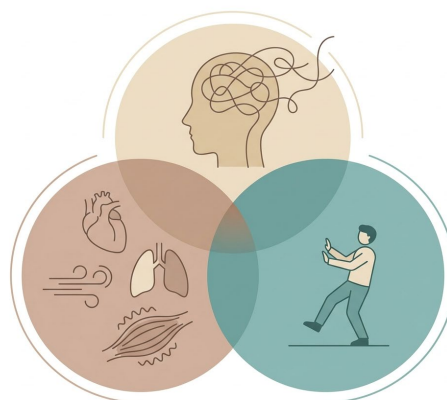
■ IMPORTANTE

Ansiedade ≠ Transtorno de ansiedade

Toda pessoa experimenta ansiedade em algum grau — ela tem função adaptativa. O que diferencia uma resposta normal de um transtorno é a persistência, a intensidade desproporcional e o prejuízo funcional. O fisioterapeuta não diagnostica, mas reconhece sinais e encaminha quando necessário.

1.2 Manifestações clínicas

As manifestações da ansiedade organizam-se em três grandes domínios, e todos eles interferem direta ou indiretamente no atendimento fisioterapêutico:

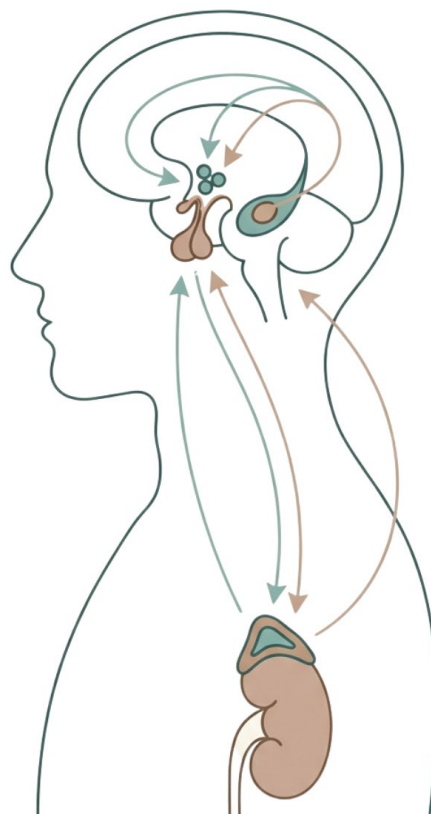


DOMÍNIO	MANIFESTAÇÕES	IMPACTO NA FISIOTERAPIA
Fisiológicas	Taquicardia, sudorese, tensão muscular, alterações respiratórias, tremores, fadiga.	Pode ser confundida com sintoma físico isolado; tensão muscular crônica intensifica a dor.
Cognitivas	Pensamentos catastróficos, dificuldade de concentração, hipervigilância, ruminação.	Compromete a compreensão das orientações e amplifica a percepção dolorosa.
Comportamentais	Esquiva, evitação, hipervigilância postural, baixa tolerância a estímulos.	Resulta em faltas, abandono do tratamento e medo de executar movimentos prescritos.

1.3 Bases fisiopatológicas

Compreender minimamente os substratos neurobiológicos da ansiedade ajuda o fisioterapeuta a perceber por que ela não é "uma questão de força de vontade" do paciente. Há evidências consistentes envolvendo:

- Hiperatividade da amígdala associada à disfunção do córtex pré-frontal, comprometendo o controle inibitório das respostas ao medo;
- Desequilíbrios em neurotransmissores — especialmente serotonina, GABA e noradrenalina;
- Disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA), com hipersecreção crônica de cortisol;
- Influência de fatores genéticos, epigenéticos e processos inflamatórios sistêmicos.



► DICA CLÍNICA

Por que isso importa na prática?

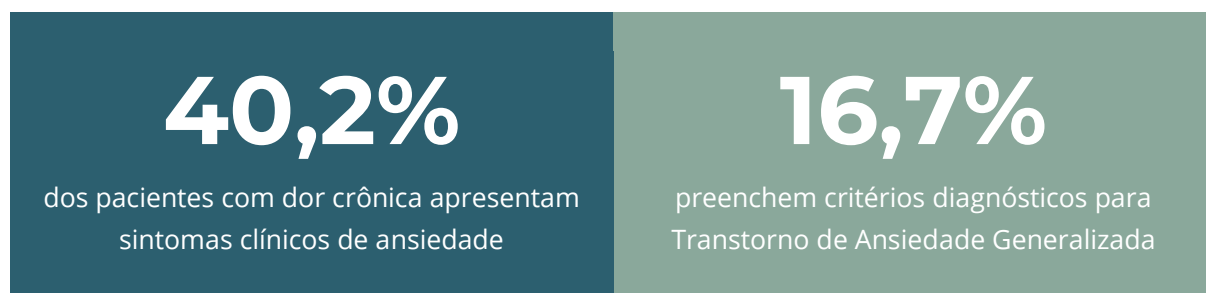
A hipersecreção crônica de cortisol mantém o paciente em estado de alerta fisiológico permanente. Isso significa: maior tensão muscular basal, menor limiar de dor, maior reatividade ao toque manual e menor tolerância ao exercício. Quando o paciente diz "não consigo relaxar", ele está descrevendo um fenômeno real, não uma resistência.

1.4 Prevalência em pacientes com dor crônica

A coexistência entre ansiedade e dor crônica não é exceção — é regra. Estudos recentes apontam que aproximadamente 40,2% dos pacientes com dor crônica apresentam sintomas clínicos de ansiedade, e cerca de 16,7% preenchem critérios para Transtorno

de Ansiedade Generalizada, índices significativamente superiores aos da população geral (Aaron et al., 2025).

Esses números têm implicação clínica direta: em qualquer agenda de atendimento a pacientes com dor crônica, é estatisticamente esperado que dois em cada cinco pacientes apresentem sintomas ansiosos relevantes para o tratamento.



Fonte: Aaron et al., 2025 — Meta-análise sobre prevalência de depressão e ansiedade em adultos com dor crônica.

CAPÍTULO 02

DOR CRÔNICA SOB A ÓTICA BIOPSISSOCIAL

A dor é uma experiência sensorial e emocional, associada ou não a dano tecidual real. Essa definição da IASP (Raja et al., 2020) já contém o essencial: dor não é sinônimo de lesão, e o sofrimento dolorido envolve obrigatoriamente uma dimensão emocional. Para o fisioterapeuta, isso muda a forma de avaliar, prescrever e conversar com o paciente.

2.1 Dor aguda × dor crônica

A CID-11 classifica a dor como crônica quando persiste ou se repete por período superior a três meses. Mais do que uma diferença temporal, trata-se de uma diferença de mecanismo e de prognóstico:

CARACTERÍSTICA	DOR AGUDA	DOR CRÔNICA
Duração	Inferior a 3 meses.	Igual ou superior a 3 meses, persistente ou recorrente.
Função biológica	Sinal de alarme; protetiva.	Perdeu a função protetiva; é a própria condição clínica.
Relação com lesão	Geralmente proporcional ao dano tecidual.	Pode persistir após resolução da lesão inicial.
Abordagem terapêutica	Foco no controle do agente lesivo.	Abordagem biopsicossocial, contínua e interdisciplinar.
Componente emocional	Pode estar presente, mas é secundário.	Central na manutenção e na percepção da dor.

2.2 Classificação dos tipos de dor crônica (CID-11)

A CID-11 trata a dor crônica como condição de saúde em si, classificada sob o código MG30, subdividida em:

MG30.0	Dor crônica primária Sem causa subjacente identificável; envolve sensibilização central.
MG30.1	Dor crônica secundária musculoesquelética Decorrente de processos inflamatórios, degenerativos ou estruturais.
MG30.2	Dor crônica neuropática Causada por lesão ou doença do sistema somatossensorial.
MG30.3	Dor crônica secundária visceral Originária de órgãos internos.
MG30.4	Dor crônica pós-cirúrgica ou pós-traumática Persiste além do período esperado de cicatrização.
MG30.5	Dor crônica relacionada ao câncer Decorrente da doença oncológica ou de seu tratamento.

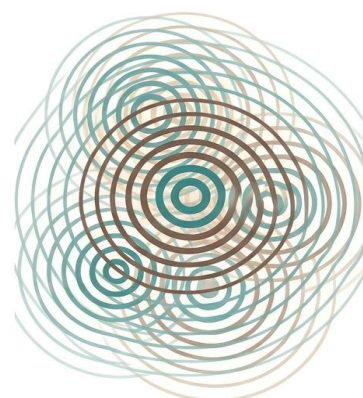
2.3 Mecanismos: nociceptivo, neuropático e nociplástico



Dor Nociceptiva



Dor Neuropática



Dor Nociplástica

A IASP (2020) propõe uma classificação complementar baseada no mecanismo predominante. Identificar o mecanismo é determinante para a escolha terapêutica:

MECANISMO	CARACTERÍSTICAS	EXEMPLOS CLÍNICOS
Nociceptivo	Ativação de nociceptores por dano tecidual real ou potencial.	Osteoartrite, tendinopatia, dor pós-traumática.
Neuropático	Lesão ou doença do sistema somatossensorial.	Neuralgia pós-herpética, neuropatia diabética, dor radicular.
Nociplástico	Alteração da nocicepção sem evidência clara de dano tecidual ou de doença do sistema somatossensorial — domínio de sensibilização central.	Fibromialgia, dor lombar crônica inespecífica, síndrome dolorosa complexa regional.

■ IMPORTANTE

Por que o mecanismo nociplástico merece atenção especial?

Na dor nociplástica, a intensidade dos sintomas frequentemente excede o que seria esperado pelo exame físico. O paciente refere dor intensa em movimentos triviais, alodínia, hiperalgesia, fadiga e sono não restaurador. Nesses casos, a ansiedade tende a ser tanto causa quanto consequência — e o protocolo "só exercício" raramente é suficiente.

2.4 O modelo biopsicossocial

O modelo biopsicossocial reconhece que a experiência dolorosa resulta da interação entre fatores biológicos (tecidos, sistema nervoso, inflamação), psicológicos (crenças, emoções, cognições) e sociais (suporte familiar, contexto de trabalho, acesso ao cuidado). Nenhuma dessas dimensões, isoladamente, explica a experiência completa do paciente.

Na prática, isso significa que o fisioterapeuta moderno avalia não apenas amplitude de movimento, força e padrão funcional — mas também o significado que o paciente atribui à sua dor, o medo que tem do movimento, o impacto sobre o trabalho e as relações.

BIO <i>Fator biológico</i>	PSICO <i>Fator psicológico</i>	SOCIAL <i>Fator social</i>
<ul style="list-style-type: none">• Lesão tecidual• Inflamação• Sensibilização central• Sistema nervoso autônomo• Genética e epigenética	<ul style="list-style-type: none">• Ansiedade e depressão• Catastrofização• Cinesiofobia• Crenças sobre a dor• Autoeficácia	<ul style="list-style-type: none">• Suporte familiar• Contexto de trabalho• Acesso ao cuidado• Aspectos culturais• Estigma e isolamento

► **DICA CLÍNICA**

Tradução clínica

Antes de prescrever um exercício, pergunte: o que o paciente acredita sobre sua dor? O que ele acredita sobre o exercício? Quem o apoia em casa? Essas informações mudam o desfecho mais do que a escolha entre uma técnica e outra.



CAPÍTULO 03

A TRÍADE ANSIEDADE · DOR · ADESÃO

A relação entre ansiedade e dor crônica é bidirecional: a ansiedade intensifica a percepção da dor, e a dor persistente alimenta o estado ansioso. Esse ciclo, quando não reconhecido, compromete a adesão ao tratamento — não porque o paciente é "difícil", mas porque os mecanismos neurofisiológicos e comportamentais que o sustentam dificultam o engajamento.

3.1 Como a ansiedade modula a dor

A ansiedade potencializa a percepção dolorosa por meio de três grandes mecanismos:

- Sensibilização central — a hiperatividade do sistema nervoso autônomo amplifica os sinais nociceptivos no corno dorsal da medula e em estruturas supraespinais;
- Hipervigilância — o paciente direciona atenção sustentada às sensações corporais, reduzindo o limiar de percepção e ampliando a interpretação de ameaça;
- Catastrofização — o significado atribuído à dor é exagerado ("isso vai destruir minha vida"), o que aumenta a ativação emocional e a resposta dolorosa.

◆ EXEMPLO CLÍNICO

Como isso aparece no consultório

A mesma manobra de mobilização vertebral pode ser interpretada como "alívio" por um paciente confiante e como "estalo perigoso" por um paciente ansioso. A diferença não está na técnica — está no contexto emocional e cognitivo.

3.2 O ciclo da dor crônica mediado pela ansiedade

A literatura sobre o modelo de evitação por medo (Vlaeyen & Linton) descreve um ciclo de retroalimentação que sustenta a cronificação. Esse ciclo é a "espinha dorsal" do que mantém o paciente parado, evitante e descondicionado:

1**Experiência de dor**

O paciente vivencia um episódio doloroso, agudo ou subagudo.

**2****Interpretação ameaçadora**

Catastrofização: "Algo está muito errado no meu corpo."

**3****Ansiedade e hipervigilância**

Aumento do estado de alerta; foco atencional na dor.

**4****Cinesiofobia (medo de mover-se)**

O paciente evita movimentos por temer agravamento.

**5****Evitação e descondicionamento**

Redução da atividade física; perda de força, mobilidade e função.

**6****Piora da dor e da incapacidade**

Retorno ao topo do ciclo com sintomas mais intensos.

■ IMPORTANTE**Implicação clínica direta**

Para quebrar esse ciclo, o tratamento não pode ser apenas mecânico. É necessário intervir na interpretação que o paciente faz da sua dor (educação em dor), na exposição gradual ao movimento (combate à cinesiofobia) e no manejo emocional (comunicação terapêutica e, quando necessário, suporte psicológico).

3.3 Conceitos-chave: catastrofização, cinesiofobia e hipervigilância



Catastrofização



Cinesiofobia



Hipervigilância

CONCEITO	DEFINIÇÃO	COMO RECONHECER
Catastrofização	Tendência cognitiva a interpretar a dor como pior do que é, ampliando seu significado de ameaça.	Frases do tipo "essa dor vai acabar comigo", "não vou aguentar", "vai piorar para sempre".
Cinesiofobia	Medo excessivo, irracional e debilitante de movimentar-se, por temer dor ou nova lesão.	Recusa em executar exercícios, postura protetiva exagerada, paralisia diante de movimentos prescritos.

CONCEITO	DEFINIÇÃO	COMO RECONHECER
Hipervigilância	Atenção sustentada e seletiva às sensações corporais, especialmente as desagradáveis.	Paciente "escaneia" o corpo constantemente, relata múltiplas sensações novas a cada sessão.

Esses três construtos não são independentes — eles se reforçam mutuamente. Uma meta-análise com mais de 65 mil participantes (Rogers & Farris, 2022) confirmou associações consistentes entre ansiedade, catastrofização, vigilância da dor e incapacidade funcional.

3.4 Por que isso reduz a adesão

Pacientes com sintomas ansiosos significativos apresentam barreiras específicas à continuidade do tratamento fisioterapêutico. As principais são:

- Medo do movimento prescrito, especialmente exercícios que reproduzem ou se aproximam da dor;
- Crenças negativas sobre a eficácia do tratamento ("isso não vai funcionar comigo");
- Percepção de esforço elevado, com baixa tolerância à fadiga e ao desconforto natural do exercício;
- Faltas frequentes, principalmente em sessões que envolvem novos exercícios ou progressão de carga;
- Baixa autoeficácia: o paciente não acredita em sua capacidade de melhorar.

▲ ALERTA CLÍNICO

Atenção ao perfil de abandono precoce

Pacientes que combinam alta catastrofização, cinesiofobia elevada e baixa autoeficácia têm risco substancialmente maior de abandonar o tratamento nas primeiras 4 a 6 sessões. Identificar esse perfil precocemente — antes ou durante a primeira avaliação — permite ajustar a abordagem e prevenir o abandono.

CAPÍTULO 04

O QUE OBSERVAR NO PACIENTE

A identificação dos sinais de ansiedade no contexto fisioterapêutico não exige formação em saúde mental — exige atenção sistemática a marcadores observáveis. Este capítulo apresenta o que olhar, o que perguntar e o que registrar.

4.1 Sinais comportamentais durante o atendimento

Os sinais a seguir, isoladamente, não diagnosticam ansiedade — mas, em conjunto, devem chamar a atenção do fisioterapeuta:

■ IMPORTANTE**CHECKLIST · Sinais observáveis de ansiedade**

- Postura tensa, ombros elevados, mandíbula contraída;
- Respiração superficial, suspiros frequentes;
- Hipervigilância — paciente "monitora" cada movimento do terapeuta;
- Recusa repetida a movimentos prescritos, mesmo simples;
- Faltas frequentes sem justificativa concreta;
- Catastrofização verbal — "vai piorar", "nunca vai melhorar";
- Múltiplas queixas somáticas além da dor (tonteira, taquicardia, "bola na garganta");
- Dificuldade de concentração e retenção das orientações;
- Padrão de sono pobre e fadiga relatados sistematicamente;
- Necessidade frequente de reasseguramento ("isso é normal, doutor?").

4.2 O que perguntar — perguntas-chave na anamnese

Perguntas abertas e empáticas permitem ao paciente trazer informações que escalas estruturadas não capturam. Algumas sugestões:

OBJETIVO	PERGUNTA SUGERIDA
Mapear o significado da dor	"O que você acha que está causando essa dor?"
Identificar catastrofização	"O que você teme que possa acontecer se a dor continuar?"
Avaliar cinesiofobia	"Quais movimentos você está evitando hoje?" / "O que você acha que aconteceria se fizesse esse movimento?"
Mapear suporte social	"Quem te apoia no seu tratamento? Como sua família lida com a sua dor?"
Investigar impacto emocional	"De que maneira a dor afeta seu humor, seu sono, sua vida no trabalho?"
Avaliar autoeficácia	"O que você sente que ainda consegue fazer, mesmo com a dor?"
Triagem rápida de ansiedade	"Você tem se sentido nervoso, preocupado ou com muita tensão nas últimas duas semanas?"

► DICA CLÍNICA**A pergunta mais poderosa do consultório**

"O que você acha que está acontecendo no seu corpo?"

Essa pergunta revela o modelo explicativo do paciente — e o modelo explicativo prediz adesão melhor do que muitos exames. Se o paciente acredita que sua coluna "está se desfazendo", você precisará tratar essa crença antes de prescrever exercício.

4.3 Roteiro de avaliação ampliada

Sugere-se, na primeira consulta de pacientes com dor crônica, contemplar todos os domínios abaixo. O tempo investido na avaliação inicial reduz significativamente o tempo perdido com baixa adesão posterior.

1**Anamnese da dor**

Localização, qualidade, intensidade (EVA), duração, fatores agravantes e atenuantes.

**2****História emocional e funcional**

Impacto no sono, humor, trabalho, vida social; uso de medicações; tratamentos prévios.

**3****Avaliação física**

Exame postural, amplitude, força, padrão de movimento, testes específicos.

**4****Triagem psicossocial**

Sinais de ansiedade, catastrofização, cinesiofobia; aplicação de escalas (PCS, TSK).

**5****Identificação de bandeiras**

Bandeiras vermelhas (alerta médico) e bandeiras amarelas (fatores psicossociais).

**6****Plano terapêutico individualizado**

Definição compartilhada de metas, expectativas e progressão.

▲ **ALERTA CLÍNICO**

Bandeiras amarelas — fatores psicossociais de risco

São indicadores de cronicidade e mau prognóstico. Quando presentes, justificam abordagem mais ampla e, frequentemente, encaminhamento interdisciplinar:

- Crença de que a dor representa lesão grave e progressiva;
- Comportamento de evitação intenso (medo de mover-se);
- Humor deprimido, isolamento social, retraimento;
- Expectativa baixa quanto à recuperação;
- Problemas no trabalho ou litígio relacionado à dor.

CAPÍTULO 05

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO VALIDADOS

Escalas validadas são extensões do raciocínio clínico — não o substituem. Permitem quantificar variáveis subjetivas, acompanhar evolução longitudinalmente e fundamentar decisões. Este capítulo apresenta três instrumentos essenciais ao fisioterapeuta que atende pacientes com dor crônica e ansiedade. Os formulários completos estão nos Apêndices.

5.1 Escala Visual Analógica (EVA)

A EVA é o instrumento mais utilizado mundialmente para mensuração da intensidade da dor. Consiste em uma linha de 10 cm na qual o paciente assinala a intensidade percebida entre "sem dor" (0) e "pior dor imaginável" (10).



PONTUAÇÃO EVA	INTERPRETAÇÃO	CONDUTA INICIAL SUGERIDA
0 – 3	Dor leve.	Foco em prevenção e manutenção funcional.
4 – 6	Dor moderada.	Plano terapêutico ativo; atenção a fatores emocionais.
7 – 10	Dor intensa.	Investigar bandeiras vermelhas; considerar encaminhamento médico.

► DICA CLÍNICA**Use a EVA além da intensidade**

Solicite ao paciente que registre a EVA em três momentos do dia (manhã, tarde, noite) ao longo de uma semana. O padrão temporal da dor revela mais do que um único número — e dialoga diretamente com o diário da dor e da ansiedade.

5.2 Pain Catastrophizing Scale (PCS)

A PCS é um questionário de 13 itens que avalia três dimensões da catastrofização: ruminação, magnificação e desesperança. Cada item é pontuado de 0 (nunca) a 4 (sempre), totalizando de 0 a 52 pontos.

A pontuação total fornece um índice geral de catastrofização. Pontuações iguais ou superiores a 30 indicam catastrofização clinicamente relevante, fortemente associada a pior prognóstico e menor adesão.

Dimensões avaliadas

DIMENSÃO	O QUE AVALIA	EXEMPLO DE ITEM
Ruminação	Pensamentos repetitivos sobre a dor.	"Não consigo parar de pensar em quanto dói."
Magnificação	Exagero da ameaça associada à dor.	"Eu tenho medo de algo sério estar acontecendo."
Desesperança	Sentimento de incapacidade de lidar.	"Não há nada que eu possa fazer para reduzir a intensidade da dor."

■ IMPORTANTE**Interpretação clínica da PCS**

- 0 – 14: catastrofização baixa;
- 15 – 29: catastrofização moderada — atenção redobrada à educação em dor;
- ≥ 30: catastrofização elevada — abordagem psicoeducacional intensiva e considerar suporte psicológico interdisciplinar.

5.3 Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK)

A TSK é o instrumento padrão-ouro para avaliação do medo do movimento. A versão mais utilizada tem 17 itens, cada um pontuado de 1 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente), totalizando de 17 a 68 pontos.

PONTUAÇÃO TSK	INTERPRETAÇÃO	IMPLICAÇÃO TERAPÊUTICA
17 – 36	Baixa cinesiofobia.	Progressão de carga e complexidade pode ser mais célere.
37 – 50	Cinesiofobia moderada.	Exposição gradual ao movimento; educação em dor sistemática.
≥ 51	Cinesiofobia elevada.	Início bastante gradual; trabalho cognitivo intenso; considerar abordagem interdisciplinar.

• CONDUTA RECOMENDADA

Roteiro de aplicação das escalas na primeira consulta

1. Aplique a EVA logo no início da anamnese (não toma mais de 1 minuto).
2. Aplique a PCS e a TSK em pacientes com dor crônica há mais de 3 meses, especialmente quando há sinais comportamentais de ansiedade ou cinesiofobia.
3. Reaplique as três escalas a cada 4 a 6 sessões para acompanhar a evolução.
4. Compartilhe os resultados com o paciente de forma educativa — não punitiva — e use-os como ponto de partida para conversas sobre crenças, medos e progressos.

5.4 Triagem complementar de ansiedade (GAD-7 e PHQ-9)

Embora o diagnóstico de ansiedade não seja competência do fisioterapeuta, instrumentos de triagem como o GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder 7-item) e o PHQ-9 (Patient Health Questionnaire para depressão) são amplamente utilizados em saúde primária e podem ser aplicados como triagem rápida para fundamentar encaminhamentos.

Ambos têm de 7 a 9 itens, são autoaplicáveis e levam menos de 5 minutos. Pontuações elevadas (GAD-7 \geq 10; PHQ-9 \geq 10) justificam encaminhamento para avaliação psicológica ou médica.

× O QUE EVITAR

O que evitar ao usar escalas

- Aplicar mecanicamente, sem contexto;
- Apresentar resultados como "sentenças" ("você é um catastrofizador");
- Usar escalas para confrontar o paciente ou rotulá-lo;
- Aplicar todas as escalas em uma única sessão a um paciente já sobrecarregado.

CAPÍTULO 06

ESTRATÉGIAS PARA OTIMIZAR A ADESÃO

Adesão não é um traço do paciente — é o resultado de uma interação. Quando ela falha, a primeira pergunta não deve ser "por que esse paciente não colabora?", mas "o que, na forma como conduzimos o tratamento, está dificultando o engajamento?". Este capítulo apresenta estratégias práticas, sustentadas por evidências, para favorecer a adesão de pacientes com dor crônica e ansiedade.

6.1 Educação em neurociência da dor

A educação em neurociência da dor (Pain Neuroscience Education) é uma das intervenções mais bem documentadas para pacientes com dor crônica. Bodes Pardo et al. (2018), em ensaio clínico, demonstraram que a associação entre educação em dor e exercício terapêutico produz melhores desfechos do que o exercício isolado — especialmente na redução da catastrofização e da cinesiofobia.

• CONDUTA RECOMENDADA**Mensagens-chave da educação em dor**

- "Dor não é o mesmo que dano. É possível haver muita dor sem lesão estrutural."
- "O sistema nervoso pode ficar mais sensível com o tempo — e isso pode ser revertido."
- "Movimento é remédio. O corpo precisa de carga gradual para se recuperar."
- "Pensamentos, emoções e estresse modulam diretamente a percepção da dor."
- "A recuperação não é linear — é normal ter dias melhores e piores."

6.2 Exposição gradual ao movimento

Para pacientes com cinesiofobia, a progressão rápida de cargas e a prescrição de movimentos temidos sem preparação cognitiva tendem a gerar abandono. A exposição gradual reverte o ciclo de evitação ao mostrar, de forma controlada, que o movimento é seguro.

O princípio é simples: começar abaixo do limiar de medo do paciente, avançar de forma previsível, valorizar cada conquista e atribuir significado funcional aos exercícios.



1

Identificar o movimento temido

Pergunte ao paciente quais movimentos ele evita e por quê.



2

Decompor em micro-etapas

Quebre o movimento em variações progressivas (amplitude, carga, velocidade).



3

Iniciar abaixo do limiar

Comece em um nível que o paciente considere claramente "seguro".



4

Progredir de forma previsível

Avance apenas quando o paciente relatar segurança no nível atual.



5

Reforçar conquistas

Nomeie cada progresso explicitamente: "Há duas semanas você não fazia isso."



6

Atribuir significado funcional

Conecte o exercício a algo que o paciente queira voltar a fazer.

6.3 Exercício terapêutico e regulação emocional

Programas estruturados de exercício físico produzem redução significativa dos sintomas de ansiedade em pacientes com condições crônicas dolorosas. Em fibromialgia,

particularmente, há evidência robusta de meta-análises (Rodríguez-Almagro et al., 2023) demonstrando o efeito ansiolítico do exercício regular.

O efeito não depende de modalidade específica — caminhada, exercícios em meio aquático, treinamento de força, ioga e Pilates apresentam benefícios. O fator decisivo é a regularidade, a individualização e a sustentabilidade no longo prazo.

► **DICA CLÍNICA**

Como prescrever exercício para o paciente ansioso

- Comece com volumes baixos — é melhor terminar a sessão sem fadiga do que com exaustão;
- Privilegie consistência sobre intensidade: 3 sessões curtas valem mais que 1 longa;
- Inclua técnicas respiratórias e mobilidade no início e no fim para regular o tônus autonômico;
- Negocie metas pequenas e palpáveis com o paciente — adesão se constrói com vitórias visíveis;
- Documente progressos: o paciente ansioso precisa enxergar a melhora para acreditar nela.

6.4 Tecnologia e suporte digital

Estudos recentes sobre telereabilitação e suporte digital indicam que o monitoramento contínuo, o feedback e a inclusão de componentes cognitivo-comportamentais favorecem a adesão. Cui et al. (2023) e Pak et al. (2023) evidenciaram menores taxas de abandono em programas com suporte digital estruturado.

Mesmo sem plataformas sofisticadas, recursos simples — lembretes por mensagem, vídeos curtos de execução dos exercícios em casa, registros fotográficos do progresso — podem fazer diferença substancial na continuidade do tratamento.

× O QUE EVITAR

Erros frequentes que prejudicam a adesão

- Prescrever exercícios sem explicar para que servem;
- Sobrecarregar o paciente com muitos exercícios na primeira semana;
- Confrontar diretamente crenças do paciente sem antes validá-las;
- Tratar relatos de dor como "exagero" — isso quebra o vínculo e aumenta a ansiedade;
- Reagir com frustração diante de faltas, em vez de investigar suas causas reais.

CAPÍTULO 07

COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA

A comunicação é, em si, uma intervenção terapêutica. A forma como o fisioterapeuta nomeia a dor, valida a experiência do paciente e organiza as orientações influencia diretamente a percepção dolorosa, a confiança no tratamento e a adesão. Em pacientes ansiosos, essa influência é ainda maior.

7.1 Princípios da comunicação centrada no paciente

- Validar a experiência antes de explicar — "Eu entendo que essa dor está sendo difícil para você."
- Escutar sem interromper nos primeiros minutos da consulta;
- Usar linguagem clara, evitando jargões anatomopatológicos desnecessários;
- Confirmar a compreensão do paciente ao final das orientações;
- Combinar metas — decisão compartilhada, não imposição;
- Manter coerência entre linguagem verbal e não-verbal (postura, tom de voz, ritmo).

7.2 Frases que ajudam — e frases que prejudicam

Algumas expressões aparentemente inofensivas podem reforçar crenças catastróficas e medos do paciente. Substituí-las por alternativas mais cuidadosas, sem perder a honestidade clínica, é uma habilidade que se desenvolve com prática.

EVITAR DIZER	PREFERIR DIZER
"Sua coluna está toda desgastada."	"Encontramos alterações comuns à idade; elas não impedem você de melhorar."
"Esse exercício pode doer."	"Você pode sentir desconforto; é diferente de causar dano."
"Você precisa relaxar."	"Vamos trabalhar juntos para reduzir essa tensão."

EVITAR DIZER	PREFERIR DIZER
"Sua dor é psicológica."	"As emoções influenciam diretamente como o corpo sente a dor — isso é fisiológico."
"Você não pode mais fazer isso."	"Vamos adaptar essa atividade enquanto você se recupera."
"Não é nada, é só tensão."	"O que você está sentindo é real; vamos entender o que está mantendo isso."
"Se doer, pare."	"Algum desconforto é esperado; pare se aparecer dor aguda diferente da habitual."

■ **IMPORTANTE**

A palavra "dano" deve ser usada com cuidado

Pacientes ansiosos tendem a interpretar qualquer menção a "lesão", "rompimento" ou "desgaste" como confirmação de seus piores temores. Sempre que possível, prefira "sensibilidade", "irritação", "alteração funcional" — termos clinicamente precisos e que não alimentam catastrofização.

7.3 O vínculo terapêutico como ferramenta clínica

O vínculo entre fisioterapeuta e paciente é, comprovadamente, um preditor robusto de desfechos. Pacientes que se sentem compreendidos, ouvidos e respeitados aderem mais, abandonam menos e relatam melhora mais consistente — mesmo quando os parâmetros físicos evoluem de forma semelhante a outros pacientes.

● **CONDUTA RECOMENDADA**

Atitudes que fortalecem o vínculo

- Cumprimentar pelo nome; manter contato visual durante a escuta;
- Reservar os primeiros minutos da sessão apenas para ouvir, sem prancheta;
- Anotar nomes de familiares, profissão, hobbies — e retomar nas sessões seguintes;
- Reconhecer publicamente cada conquista, por menor que pareça;
- Ser transparente quando algo não está evoluindo como esperado.

CAPÍTULO 08

ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR

A dor crônica raramente é resolvida por uma única especialidade. O modelo biopsicossocial pressupõe atuação coordenada entre profissionais que abordem suas diferentes dimensões. Para o fisioterapeuta, isso significa reconhecer os limites da própria atuação e saber identificar o momento de articular cuidados.

8.1 O papel de cada profissional

PROFISSIONAL	CONTRIBUIÇÃO NO CUIDADO DA DOR CRÔNICA
Fisioterapeuta	Restabelecimento funcional, modulação da dor, exercício terapêutico, educação em dor, prevenção de descondiçãoamento.
Psicólogo(a)	Manejo de catastrofização, reestruturação cognitiva, Terapia Cognitivo-Comportamental, Terapia de Aceitação e Compromisso.
Médico(a)	Diagnóstico diferencial, manejo farmacológico, encaminhamentos especializados, exclusão de bandeiras vermelhas.
Terapeuta ocupacional	Adaptação de atividades cotidianas, retorno laboral, conservação de energia.
Nutricionista	Manejo de inflamação sistêmica, comorbidades metabólicas, suporte ao sono.

PROFISSIONAL	CONTRIBUIÇÃO NO CUIDADO DA DOR CRÔNICA
Educador físico	Manutenção da atividade física no longo prazo, após a alta fisioterapêutica.



8.2 Quando encaminhar para acompanhamento psicológico

A literatura é consistente: pacientes com dor crônica que recebem suporte psicológico estruturado apresentam melhor funcionalidade, menor catastrofização e maior adesão. Connell et al. (2022), em revisão sistemática, demonstraram a eficácia da atuação interdisciplinar em programas de manejo da dor.

• CONDUTA RECOMENDADA**Critérios para encaminhamento psicológico**

Considere o encaminhamento quando o paciente apresentar:

- PCS \geq 30 ou TSK \geq 51, mesmo após intervenções educativas iniciais;
- Catastrofização persistente que não cede com educação em dor;
- Sintomas depressivos significativos ou ideação suicida (encaminhamento imediato);
- Histórico de trauma associado à dor;
- Múltiplos abandonos de tratamento;
- Conflitos psicossociais relevantes (luto, perda do emprego, ruptura conjugal).

8.3 Como abordar o encaminhamento com o paciente

Sugerir suporte psicológico é, com frequência, um ponto delicado. Muitos pacientes interpretam a sugestão como "estão dizendo que a dor é coisa da minha cabeça". A forma da abordagem é determinante para a aceitação.

► DICA CLÍNICA**Sugestão de roteiro de fala**

"Pelo que conversamos, a sua dor tem aspectos físicos que estamos trabalhando aqui, mas também tem um lado emocional importante — o estresse, a preocupação, a tensão constante que você descreveu. Esses fatores influenciam diretamente a dor, então tratá-los também acelera a sua melhora. Por isso, eu queria propor que você converse com um(a) psicólogo(a) em paralelo ao nosso trabalho. Não é porque a sua dor não é real — é justamente o contrário: é porque ela é real e merece um olhar completo."

CAPÍTULO 09

DIÁRIO DA DOR E DA ANSIEDADE

O diário da dor e da ansiedade é uma ferramenta simples, de baixo custo e alto valor clínico. Ao registrar diariamente intensidade da dor, nível de ansiedade, atividades realizadas e fatores percebidos, o paciente desenvolve consciência sobre seus padrões — e o fisioterapeuta ganha informação longitudinal valiosa.

9.1 Por que funciona

- Externaliza a experiência subjetiva, transformando-a em dado observável;
- Reduz a hipervigilância — o paciente "agenda" o foco na dor em vez de monitorá-la o tempo todo;
- Revela padrões temporais e gatilhos que não emergem em consulta;
- Documenta progressos, oferecendo evidência concreta de melhora ao paciente ansioso;
- Favorece o engajamento ativo no tratamento — o paciente deixa de ser objeto da terapia para ser sujeito.

9.2 Estrutura sugerida do diário

O modelo abaixo é uma sugestão e pode ser adaptado ao perfil do paciente. O importante é que seja breve (não mais de 5 minutos por dia) e consistente.

CAMPO	O QUE REGISTRAR
Data e horário	Registro temporal — manhã, tarde, noite.
Intensidade da dor (0-10)	Pontuação na EVA.
Localização	Onde a dor estava mais intensa.
Nível de ansiedade (0-10)	Quão tenso/ansioso o paciente se sentiu.
Atividades realizadas	O que fez antes da dor mudar (descanso, exercício, trabalho, lazer).

CAMPO	O QUE REGISTRAR
Fatores percebidos	O que parece ter ajudado ou agravado.
Humor e sono	Padrão de sono na noite anterior; humor predominante no dia.
Observações livres	Espaço aberto para o que o paciente quiser registrar.

■ IMPORTANTE**Como discutir o diário em consulta**

Reserve os primeiros 5 a 10 minutos da sessão para revisar os registros junto com o paciente. Procure padrões: dias melhores e piores, atividades que melhoraram a dor, picos de ansiedade. Use o diário para reforçar progressos visíveis ("olha aqui, três semanas atrás você tinha EVA 8 todos os dias; agora a média da semana é 5"). Isso é particularmente potente em pacientes que minimizam suas próprias melhoras.

CAPÍTULO 10

SINAIS DE ALERTA E ENCAMINHAMENTO

Reconhecer os limites da própria atuação é parte da boa prática. Existem sinais que indicam claramente a necessidade de encaminhamento — seja médico, psicológico ou para urgência. Este capítulo sintetiza esses sinais.

10.1 Bandeiras vermelhas — alerta médico

Bandeiras vermelhas (red flags) indicam possível doença sistêmica ou condição grave que exige avaliação médica imediata. Se presentes, suspenda o tratamento fisioterapêutico ativo e encaminhe.

▲ ALERTA CLÍNICO**Bandeiras vermelhas que exigem encaminhamento médico**

- Dor noturna intensa que não alivia com mudança de posição;
- Perda de peso inexplicada nos últimos meses;
- Febre persistente ou sudorese noturna;
- Déficit neurológico progressivo (fraqueza, parestesias, perda sensitiva);
- Alterações esfinterianas (incontinência urinária ou fecal recentes);
- Histórico de câncer com nova dor óssea ou inexplicada;
- Trauma de alta energia recente;
- Dor torácica acompanhada de sintomas cardiovasculares.

10.2 Bandeiras amarelas — fatores psicossociais

Bandeiras amarelas (yellow flags) sinalizam fatores psicossociais que aumentam o risco de cronificação e mau prognóstico. Não exigem suspensão do tratamento, mas indicam necessidade de abordagem ampliada e, frequentemente, encaminhamento psicológico em paralelo.

▲ ALERTA CLÍNICO**Bandeiras amarelas relevantes**

- Crença firme de que a dor representa lesão grave irreversível;
- Cinesiofobia elevada (TSK \geq 51);
- Catastrofização clinicamente significativa (PCS \geq 30);
- Humor deprimido, isolamento social ou retraimento marcado;
- Expectativa muito baixa quanto à recuperação;
- Conflitos no ambiente de trabalho ou litígio relacionado à dor;
- Uso prolongado e crescente de opioides ou benzodiazepínicos.

10.3 Sinais que demandam encaminhamento urgente em saúde mental

▲ ALERTA CLÍNICO**ATENÇÃO MÁXIMA — encaminhamento imediato**

Se o paciente expressar ideação de morte, desejo de não acordar, ou qualquer indício de risco de suicídio, mantenha a escuta acolhedora, não confronte, não minimize, e providencie encaminhamento imediato. No Brasil, o CVV (Centro de Valorização da Vida) atende gratuitamente pelo telefone 188 e online, 24 horas por dia.

10.4 Resumo: quem encaminhar, quando e para onde

SITUAÇÃO	PARA QUEM ENCAMINHAR
Bandeira vermelha presente	Médico — clínico, ortopedista, neurologista (conforme suspeita).
Catastrofização ou cinesiofobia persistente após educação em dor	Psicólogo(a) com experiência em dor crônica.
Sintomas depressivos ou ansiosos significativos (GAD-7 \geq 10 / PHQ-9 \geq 10)	Psicólogo(a) e/ou psiquiatra.

SITUAÇÃO	PARA QUEM ENCAMINHAR
Ideação suicida	Atendimento de urgência em saúde mental; CVV 188.
Comorbidades clínicas descompensadas	Médico de referência.
Necessidade de ajuste medicamentoso para dor	Médico — preferencialmente especialista em dor.

- **CONDUTA RECOMENDADA**

Encaminhamento bem feito é parte do tratamento

Encaminhar não é "passar adiante" — é cuidar de forma coordenada. Sempre que possível:

- Forneça um resumo escrito do que foi avaliado e da hipótese clínica;
- Indique profissionais específicos quando puder, em vez de "procure um psicólogo";
- Mantenha contato com o outro profissional para alinhar condutas;
- Continue acompanhando o paciente em paralelo, sempre que pertinente.

CAPÍTULO A

ESCALA VISUAL ANALÓGICA — EVA

Instruções para o paciente: marque na linha abaixo o ponto que melhor representa a intensidade da sua dor neste momento. A extremidade esquerda corresponde à ausência completa de dor; a extremidade direita, à pior dor que você consegue imaginar.

**Registro longitudinal — exemplo**

Sugere-se registrar a EVA em três momentos do dia ao longo de uma semana de tratamento. O quadro abaixo é um modelo que pode ser reproduzido.

Dia	Manhã	Tarde	Noite	Observações
Seg				
Ter				
Qua				
Qui				
Sex				
Sáb				
Dom				

CAPÍTULO B

PAIN CATASTROPHIZING SCALE — PCS

Instruções: as afirmações abaixo descrevem pensamentos e sentimentos que você pode ter quando sente dor. Para cada item, indique a frequência com que esses pensamentos ocorrem, usando a escala:

■ **IMPORTANTE**

Escala de resposta:

0 = Nunca · 1 = Levemente · 2 = Moderadamente · 3 = Muito · 4 = Sempre

Quando sinto dor...

1	Eu fico preocupado o tempo todo, pensando que a dor vai passar.	0 · 1 · 2 · 3 · 4
2	Eu sinto que não consigo continuar.	0 · 1 · 2 · 3 · 4
3	É terrível e eu acho que isso nunca vai melhorar.	0 · 1 · 2 · 3 · 4
4	É horrível e eu sinto que a dor me domina.	0 · 1 · 2 · 3 · 4
5	Eu sinto que não consigo mais aguentar.	0 · 1 · 2 · 3 · 4
6	Eu fico com medo de que a dor piore.	0 · 1 · 2 · 3 · 4
7	Eu fico pensando em outras experiências dolorosas.	0 · 1 · 2 · 3 · 4
8	Eu desejo desesperadamente que a dor passe.	0 · 1 · 2 · 3 · 4
9	Parece que eu não consigo tirar a dor da minha cabeça.	0 · 1 · 2 · 3 · 4
10	Eu fico pensando em quanto isso dói.	0 · 1 · 2 · 3 · 4
11	Eu fico pensando em quanto quero que a dor pare.	0 · 1 · 2 · 3 · 4
12	Não há nada que eu possa fazer para diminuir a intensidade da dor.	0 · 1 · 2 · 3 · 4
13	Eu fico pensando se algo grave pode acontecer.	0 · 1 · 2 · 3 · 4

■ **IMPORTANTE**

Pontuação e interpretação

Pontuação total: soma simples dos 13 itens (variação possível: 0 a 52).

Subescalas: Ruminação (itens 8, 9, 10, 11) · Magnificação (itens 6, 7, 13) · Desesperança (itens 1, 2, 3, 4, 5, 12).

- 0 – 14: catastrofização baixa;
- 15 – 29: catastrofização moderada;
- ≥ 30 : catastrofização elevada — atenção clínica especial.

Versão traduzida e adaptada para uso clínico. Para fins de pesquisa, utilizar a versão validada para o português brasileiro com autorização dos autores originais (Sullivan, Bishop & Pivik, 1995).

CAPÍTULO C

TAMPA SCALE FOR KINESIOPHOBIA — TSK

Instruções: para cada afirmação abaixo, indique seu grau de concordância usando a escala. Não há respostas certas ou erradas — interessam suas próprias percepções.

■ **IMPORTANTE**

Escala de resposta:

1 = Discordo totalmente · 2 = Discordo · 3 = Concordo · 4 = Concordo totalmente

1	Tenho medo de me machucar se fizer exercícios.	1 · 2 · 3 · 4
2	Se tentasse superar essa dor, ela aumentaria.	1 · 2 · 3 · 4
3	Meu corpo está me dizendo que tem algo seriamente errado comigo.	1 · 2 · 3 · 4
4	Minha dor provavelmente seria aliviada se eu fizesse exercícios.	1 · 2 · 3 · 4
5	As pessoas não estão levando minha condição de saúde a sério o suficiente.	1 · 2 · 3 · 4
6	Meu acidente ou problema colocou meu corpo em risco pelo resto da minha vida.	1 · 2 · 3 · 4
7	Sentir dor sempre significa que me machuquei.	1 · 2 · 3 · 4
8	Só porque algo agrava minha dor, isso não significa que seja perigoso.	1 · 2 · 3 · 4
9	Tenho medo de me machucar acidentalmente.	1 · 2 · 3 · 4
10	A maneira mais segura de evitar que minha dor piore é simplesmente tomar cuidado para não fazer movimentos desnecessários.	1 · 2 · 3 · 4
11	Eu não teria tanta dor se algo potencialmente perigoso não estivesse acontecendo no meu corpo.	1 · 2 · 3 · 4

12	Apesar de algo aumentar minha dor, não acho que seja realmente perigoso.	1 · 2 · 3 · 4
13	A dor me avisa quando devo parar o exercício para não me machucar.	1 · 2 · 3 · 4
14	Não é realmente seguro para uma pessoa com a minha condição praticar atividade física.	1 · 2 · 3 · 4
15	Não posso fazer todas as coisas que pessoas normais fazem porque eu poderia me machucar facilmente.	1 · 2 · 3 · 4
16	Mesmo que algo esteja causando muita dor em mim, não acho que isso seja realmente perigoso.	1 · 2 · 3 · 4
17	Ninguém deveria praticar atividade física quando está com dor.	1 · 2 · 3 · 4

■ IMPORTANTE**Pontuação e interpretação**

Pontuação total: soma dos 17 itens (variação possível: 17 a 68).

Atenção: os itens 4, 8, 12 e 16 têm pontuação invertida (1 vira 4, 2 vira 3, e assim por diante).

- 17 – 36: baixa cinesiofobia;
- 37 – 50: cinesiofobia moderada;
- ≥ 51: cinesiofobia elevada.

Versão traduzida e adaptada para uso clínico, baseada na TSK original (Kori, Miller & Todd, 1990). Para uso em pesquisa, utilizar a versão validada para o português brasileiro.

CAPÍTULO D

DIÁRIO DA DOR E DA ANSIEDADE

Este diário é uma ferramenta de acompanhamento. Preencha brevemente ao final de cada dia, sem exigir-se perfeição nos registros. O objetivo não é controlar — é compreender.

Modelo de registro diário

Dia	EVA (0-10)	Ansiedade (0-10)	Atividade principal	O que ajudou / piorou
Seg				
Ter				
Qua				
Qui				
Sex				
Sáb				
Dom				

Reflexão semanal

Ao final de cada semana, responda brevemente:

Qual foi o melhor dia da semana? Por quê?

Qual foi o dia mais difícil? O que aconteceu?

Que padrões eu noto entre minha ansiedade e minha dor?

O que estou aprendendo sobre meu corpo?

Qual é a minha meta para a próxima semana?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

As referências abaixo fundamentaram a elaboração deste manual e foram selecionadas a partir de revisão integrativa da literatura nas bases SciELO, PubMed, LILACS, BVS e PEDro, com prioridade para publicações dos últimos cinco anos.

AARON, R. V. et al. Prevalence of depression and anxiety among adults with chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, v. 8, n. 3, e250268, 2025.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR*. Washington, DC: APA, 2023.

BODES PARDO, G. et al. Therapeutic exercise for subacute and chronic nonspecific low back pain: physical and psychosocial outcomes — a PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, v. 9, p. 1-15, 2018.

CHENG, Y. C.; CHENG, C. P. The effect of combined cognitive and exercise interventions on mental health in chronic pain patients: a comparative study. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 121, p. 45-52, 2019.

CONNELL, N. B. et al. Teaming in interdisciplinary chronic pain management interventions in primary care: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of General Internal Medicine*, v. 37, n. 6, p. 1501-1512, 2022.

CUI, J. et al. Adherence to digital health interventions for chronic pain management: a systematic review. *Frontiers in Digital Health*, 2023.

DICKSON, C. et al. Barriers to physical therapy adherence in chronic pain: a systematic review of negative beliefs and perceptions. *Physical Therapy Reviews*, v. 29, n. 1, p. 15-28, 2024.

DUDENEY, J. et al. Anxiety and depression in youth with chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, v. 178, n. 11, p. 1114-1123, 2024.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, n. 5, p. 754-757, 2005.

FENG, B. et al. Efficacy of telerehabilitation programs on mental health outcomes in patients with chronic conditions: a systematic review. *Digital Health Journal*, v. 11, p. 102-115, 2025.

FROTA, I. J. et al. Transtornos de ansiedade: histórico, aspectos clínicos e classificações atuais. *Journal of Health and Biological Sciences*, v. 10, n. 1, p. 1-8, 2022.

GODFREY, E. et al. Physical therapy informed by Acceptance and Commitment Therapy (PACT) versus usual care physical therapy for adults with chronic low back pain: a randomized controlled trial. *The Journal of Pain*, v. 21, n. 1-2, p. 71-81, 2020.

HNATESEN, B. et al. The influence of anxiety and depression on pain and function in patients with chronic pain: a prospective study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, v. 54, p. 1-10, 2022.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. *IASP terminology*. Washington, DC: IASP, 2020.

LAURINDO, R. N.; ROZA, D. L. et al. Exercício físico nos transtornos de ansiedade: revisão sistemática e metanálise. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2025.

MACIEL, B. S.; BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L. Elaboração e validação de um manual informativo sobre cateterismo cardíaco. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 38, eAPE01234, 2025.

MARINHO, C. C. et al. Relato de experiência na criação de um manual para o ensino da avaliação cognitiva pré-escolar em terapia ocupacional. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, v. 28, n. 1, p. 393-411, 2024.

MEADE, L. B.; BEARNE, L. M.; GODFREY, E. L. "It's not just the physical": a qualitative study of the barriers and facilitators to exercise for people with chronic widespread pain. *Disability and Rehabilitation*, v. 43, n. 14, p. 2013-2023, 2021.

MEDRADO, A. P. et al. A influência da cinesiofobia e da catastrofização na adesão ao tratamento fisioterapêutico em pacientes com dor crônica: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Fisioterapia e Saúde Funcional*, v. 12, n. 2, p. 45-58, 2024.

MERKOURIS, E. et al. Bases moleculares da ansiedade: uma revisão abrangente de estudos clínicos e pré-clínicos de 2014 a 2024. *International Journal of Molecular Sciences*, v. 26, n. 11, p. 5417, 2025.

NAVARRO-LEDESMA, S. et al. Impact of physical therapy techniques and common interventions on sleep quality in patients with chronic pain: a systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, v. 76, art. 101937, 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-11)*. Genebra: OMS, 2019.

PAK, S. S. et al. Adherence to digital health interventions for chronic pain management: a systematic review. *Frontiers in Digital Health*, 2023.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Handbook for adapting and implementing evidence-informed guidelines in the Americas*. Washington, DC: PAHO, 2023.

PERLIN, D. A.; AZEVEDO, R. O. Elaboração de um manual de rotinas e procedimentos para enfermeiros de um serviço de neonatologia. *Cadernos de Pedagogia*, v. 22, n. 1, 2025.

RAJA, S. N. et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, v. 161, n. 9, p. 1976-1982, 2020.

RODRIGUEZ-ALMAGRO, D. et al. Effectiveness of exercise programs in reducing anxiety in patients with fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 20, n. 4, p. 3125, 2023.

ROGERS, A. H.; FARRIS, S. G. A meta-analysis of the associations of elements of the fear-avoidance model of chronic pain with negative affect, depression, anxiety, pain-related disability and pain intensity. *European Journal of Pain*, v. 26, n. 8, p. 1611-1635, 2022.

SANABRIA-MAZO, J. P. et al. Digital cognitive behavioral therapy for insomnia and depression in chronic pain patients: a randomized controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, 2024.

SANTIAGO, B. V. M. et al. O papel da inibição do receptor 5-HT₃ na modulação da dor humana: um estudo duplo-cego cruzado. *Brazilian Journal of Pain*, v. 8, e20250034, 2025.

TSAI, A. W. W. et al. Atualização no manejo da dor musculoesquelética. *Revista Brasileira de Ortopedia*, v. 59, n. 2, p. e160-e171, 2024.

WILLIAMS, A. C. C. et al. Psychological interventions for chronic pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mental disorders*. Geneva: WHO, 2023.



ANSIEDADE E ADESÃO AO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

em pacientes adultos com dor crônica

Manual para Fisioterapeutas

Autoria

Samantha Gois de Oliveira

Orientação

Profa. Dra. Liana Dantas da Costa e Silva Barbosa

Instituição

Centro Universitário Santo Agostinho — UNIFSA

Curso de Fisioterapia

Teresina — Piauí · 2026