



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



EFEITOS DE UM PROGRAMA DOMICILIÁRIO DE EXERCÍCIO FÍSICO DE OITO SEMANAS EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA

Relatório de Aprofundamento de Competências Profissionais elaborado com vista à obtenção de Grau de Mestre de Exercício e Saúde

Orientador: Professora Doutora Maria Margarida Marques Rebelo Espanha

Júri:

Presidente

Professora Doutora Helena Santa Clara

Vogais

Professora Doutora Maria Margarida Marques Rebelo Espanha

Doutor Augusto Manuel da Costa Faustino

Maria Teresa Duarte Rodrigues

- 2017-

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR NO INSTITUTO PORTUGUÊS DE
REUMATOLOGIA, 2017**

2017

MARIA TERESA DUARTE RODRIGUES

AGRADECIMENTOS

À Prof. Doutora Margarida Espanha, como orientadora deste trabalho pela disponibilidade, críticas, incentivo e sugestões ao longo deste ano letivo.

À Prof. Dra. Isabel Carita, pela sua disponibilidade e paciência em esclarecer todas as dúvidas relacionadas com a análise estatística.

Ao grupo de docentes do Instituto Português de Reumatologia, pelo seu interesse e apoio ao longo do trabalho prático e principalmente ao Dr. Augusto Faustino, diretor do Instituto Português de Reumatologia e orientador de estágio, pela sua disponibilidade, paciência, sugestões e boa disposição

À minha família, pais, irmã e cunhado pelos valores transmitidos, pelo exemplo que constituem e por todo o carinho e apoio.

Aos meus amigos, pelo apoio incondicional e sugestões dadas no decurso do trabalho prático e teórico.

Aos meus colegas de estágio, pela sua compreensão e interajuda no decorrer do estágio.

A todos os utentes internados no Instituto Português de Reumatologia, que colaboraram na recolha de dados e que fizeram esforços para continuar no programa, atendendo as chamadas, enviando mensagens e estando presentes nas avaliações e reavaliações.

Índice Geral

AGRADECIMENTOS	iii
Índice Geral	iv
Índice de Tabelas.....	vi
Índice de Anexos	vii
Índice de Figuras	viii
RESUMO	ix
ABSTRACT.....	x
1. Introdução.....	1
2. Enquadramento da prática profissional	3
2.1 Caracterização do local de Estágio	3
2.2 Reumatologia e as Doenças Reumáticas.....	3
2.2.1 Causas e sintomas.....	5
2.3 Fibromialgia	5
2.3.1 Causas e fatores de risco	6
2.3.2 Manifestações clínicas	6
2.3.3 Tratamento	7
2.5 Exercício nas Doenças Reumáticas.....	8
2.5.1 Exercício Físico na Fibromialgia	9
3. Actividades de Estágio.....	10
3.1. Avaliação dos doentes internados.....	10
3.1.1 Avaliação da Aptidão Física	10
3.1.3 Avaliação por Questionários.....	14
3.2 Sessões Educativas	16
3.3 Programa Domiciliário.....	17
4. Hipóteses.....	18
5. Análise Estatística.....	18
6. Resultados.....	19
6.1 Caraterização Geral	19
6.1.1 Amostra.....	19

Relatório de Estágio no Instituto Português de Reumatologia

6.1.2 Caracterização da aptidão física da amostra total.....	20
6.2 Amostra com fibromialgia.....	22
6.2.1 Análise do questionário FIQR	22
6.3 Hipóteses de estudo	23
6.3.1 Após a intervenção domiciliária, existe diminuição do tempo sentado/semana	23
6.3.2 Existe melhoria na velocidade de marcha, em metros por segundo, após a intervenção domiciliária de oito semanas	24
6.3.3 Após a intervenção domiciliária de oito semanas, existe diferença estatisticamente significativa do impacto da FM nos indivíduos que caminham mais de 150 minutos por semana.	25
6.3.4 Após a intervenção domiciliária de oito semanas, existe diferença estatisticamente significativa na força de prensão manual entre os membros.....	26
7. Discussão	27
7.1 Nível de actividade física através do tempo sentado.....	28
7.2 Velocidade de marcha	28
7.3 Impacto da Fibromialgia	28
7.4 Força de prensão manual	29
8. Conclusões	31

Relatório de Estágio no Instituto Português de Reumatologia

Índice de Tabelas

Tabela 1: Estatísticas descritivas relativas ao perfil do utente.....	19
Tabela 5: Estatísticas descritivas relativas ao FIQR.....	23
Tabela 6: Estatísticas descritivas relativas ao tempo sentado e teste t descritivo para amostras emparelhadas.....	24
Tabela 7: Estatísticas descritivas relativas à velocidade de marcha.....	25
Tabela 8: Sintomas de FM mediante a duração do exercício físico.....	25
Tabela 9: Resultados do teste t-Student.	26
Tabela 10: Força nas duas mãos na reavaliação.....	27
Tabela 11: Resultados do teste t-Student para variáveis relacionadas.	27

Índice de Anexos

Anexo A: Folha de Registo.....	34
Anexo B: Questionário de Caracterização.....	35
Anexo C: Questionário Brief Cope.....	37
Anexo D: Questionário 5Q-5D-5L.....	38
Anexo E: Questionário BPI.....	40
Anexo F: Questionário FACIT.....	42
Anexo G: Questionário IPAQ.....	43
Anexo H: Questionário HAQ.....	45
Anexo I: Questionário WOMAC.....	46
Anexo J: Questionário BASDAI.....	49
Anexo L: Questionário FIQR.....	50
Anexo M: Questionário OSWESTRY.....	52
Anexo N: Sessões Educativas.....	55
Anexo O: Programa Domiciliário.....	58
Anexo P: Análise SWOT I.....	59
Anexo Q: Análise SWOT II.....	60

Índice de Figuras

Figura 1: Esquema do algoritmo de diagnóstico para sarcopénia.	8
Figura 2: Índice de Massa Corporal por categorias (frequência absoluta).	21
Figura 3: Graus de severidade da FM.	23

RESUMO

As atividades foram desenvolvidas no âmbito do estágio, no Instituto Português de Reumatologia, que teve como objetivo testar os efeitos de um programa domiciliário de oito semanas. As actividades desenvolvidas foram dois momentos de avaliação, sessões educativas, exercício diário durante o internamento, um programa domiciliário resultando num relatório final, duas apresentações ao corpo clínico, uma apresentação na faculdade e a elaboração de uma base de dados partilhada com o IPR.

Neste percurso, foram realizadas avaliações subjetivas e objetivas que através da sua análise nos guiaram até aos resultados. Desta forma, se compreendeu a efectividade de um programa de exercício físico domiciliário na diminuição do tempo sentado por semana (em minutos), no aumento da velocidade de marcha e na diminuição dos sintomas de fibromialgia não sendo igualmente eficaz no aumento de força na preensão manual, tendo em conta os exercícios prescritos.

De uma forma geral, este trabalho contribuiu para testar os efeitos do programa domiciliário, aquisição de competências e requisitos teóricos, colocar em prática os conhecimentos adquiridos em anos de estudos e para ganhar experiência numa realidade distinta desenvolvendo características como a responsabilidade, consolidação de conhecimentos, dedicação, interação social e partilha.

Será possível afirmar que foi uma etapa que me fez superar e melhorar enquanto estudante, colega, filha, amiga e conseqüentemente, pessoa.

Palavras-Chave: Reumatologia. Fibromialgia. Actividade Física. Programa Domiciliário. Doenças Reumáticas. Prescrição de Exercício. Exercício e Saúde. Força de Preensão Manual. Velocidade de marcha. Exercício Físico.

ABSTRACT

The activities were developed within the scope of the internship at the Portuguese Rheumatology Institute, which aimed to test the effects of a home program of eight weeks. The activities developed were two evaluation moments, educational sessions, daily exercise during hospitalization, a home program resulting in a final report, two presentations to the clinical staff, a presentation in the faculty and the elaboration of a database shared with the IPR.

In this course, subjective and objective evaluations were carried out, which through their analysis guided us to the results. In this way, it was possible to understand the effectiveness of a home physical exercise program in reducing sitting time per week (in minutes), increasing walking speed and reducing symptoms of fibromyalgia, and not being equally effective in increasing manual grip strength , Taking into account the prescribed exercises.

In general, this work contributed to put into practice the knowledge acquired in years of studies and to gain experience in a different reality by developing characteristics such as responsibility, consolidation of knowledge, dedication, social interaction and sharing.

It is possible to affirm that it was a stage that made me overcome and improve as a student, colleague, daughter, friend and, consequently, person.

Key-Words: Rheumatology. Fibromyalgia. Physical Activity. Home-Based Programme. Rheumatic Diseases.Exercise Prescription. Exercise and Health. HandGrip. Walking Speed. Physical Exercise.

1. Introdução

No âmbito do Estágio desenvolvido no IPR durante o ano letivo 2015/2016, que integra o Mestrado de Exercício e Saúde, no ramo de aprofundamento de competência, surge este trabalho.

O estágio possui um total de 40 semanas, correspondentes a uma carga horário semanal de 20 horas no primeiro semestre e de 40 horas no segundo semestre, distribuídas em planeamento da intervenção, avaliação das capacidades físicas, aplicação de questionários comuns e específicos da patologia através de um programa domiciliário de oito semanas com acompanhamento telefónico e uma avaliação final, novamente nas instalações do IPR.

«As doenças reumáticas são doenças inflamatórias, infecciosas, metabólicas e degenerativas» que, «de modo crónico ou agudo, envolvem predominantemente os ossos, articulações e as estruturas periarticulares» (Queiroz, 2014). As doenças reumáticas estão classificadas em vários grupos, sendo as mais frequentes a Artrite Reumatoide, Lombalgia, Osteoartrose e a Fibromialgia. Apesar de doenças diferentes, estas partilham sintomas como a rigidez, dor articular, fraqueza e cansaço que podem ser contornadas com uma terapêutica farmacológica (medicação) e/ou com terapêutica não farmacológica (prescrição de exercício adequada e personalizada).

Segundo Faustino (2014), uma das formas de diminuir a progressão da doença e de prevenir a incapacidade consiste na prática de exercício físico. Desde que de baixo impacto, sem provocar dor e/ou sem sinais inflamatórios, o exercício físico deve ser encorajado sempre durante o período de estabilização da doença.

Assim, tendo o exercício um papel importante na reabilitação das doenças reumáticas torna-se fundamental uma parceria entre a terapêutica farmacológica e a não farmacológica (Queiroz, 2011).

Uma vez que a Fibromialgia é a doença central deste relatório e sendo esta uma doença caracterizada pela dor músculo-esquelética difusa e crónica e, pela fadiga que não melhora com repouso é imperativo aliar um tratamento farmacológico a um tratamento não farmacológico que terá como objectivo, ganhar e manter ou melhorar a aptidão física, criar uma boa postura corporal, diminuir a rigidez muscular, aliviar a tensão psíquica e regularizar o sono conseguindo assim, melhorar os sintomas da doença e conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida.

Este Estágio teve como objetivos:

- Melhoria da aptidão física

Relatório de Estágio no Instituto Português de Reumatologia

- Capacidade funcional
- Qualidade de vida dos utentes (de regime de internamento)
- Educação para o exercício

Com este estágio pretendeu-se aperfeiçoar as competências profissionais através da utilização de conhecimentos adquiridos nas mais diversas áreas do exercício físico tal como através do desenvolvimento e aplicação de estratégias e do planeamento e desenvolvimento de programas de exercício físico.

Por último, a elaboração de uma base de dados partilhada com o Instituto Português de Reumatologia.

Como objetivos pessoais pretendeu-se desenvolver competências e habilidades sob processo de supervisão, colocar em prática o conhecimento adquirido até ao momento e a integração à realidade social.

Neste relatório, são analisados os dados referentes ao Programa de Exercício Domiciliário de oito semanas nos indivíduos internados e nos portadores de Fibromialgia, do IPR, após uma reavaliação psicológica e uma reavaliação de aptidão física.

2. Enquadramento da prática profissional

2.1 Caracterização do local de Estágio

O local de acolhimento de estágio foi o Instituto Português de Reumatologia que se encontra na Rua da Beneficência.

Relativamente ao espaço físico, este possui espaço para as consultas externas, internamente e também um arquivo de processos clínicos de fácil acesso por patologia. O local dispõe também de uma biblioteca própria e também de um hospital de dia com funcionamento autónomo.

Os recursos humanos do Instituto Português de Reumatologia são compostos por vinte e cinco médicos reumatologistas, sete enfermeiros, um fisioterapeuta, uma assistente social, pessoal administrativo e estagiárias de nutrição.

Contém ainda serviços como fisioterapia, nutrição, apoio social e existem gabinetes de trabalho para os médicos.

Os recursos materiais consistem em meios de técnicas próprias de diagnóstico e terapêuticas, ações formativas e apoio administrativo. Contém meios de diagnóstico nomeadamente para biópsias sinoviais, músculo e pele, glândulas salivares, gordura subcutânea e abdominal também para infiltrações sejam elas articulares ou periarticulares. Possui ainda equipamento informático dirigido a edições de texto, composição de slides e acesso à internet tendo ainda acesso a livros e revistas da especialidade e a serviço de apoio a diagnóstico e terapêutica.

O Instituto Português de Reumatologia dispõe de um serviço de hospital de dia, de consultas externas e de internamento tendo seis quartos disponíveis com um total de dezassete camas. Quanto ao tempo de internamento, este não é definitivo variando conforme a patologia e agravamento da condição de cada paciente. As patologias mais comuns no internamento foram a artrite reumatoide, a lombalgia, a osteoartrose e a fibromialgia. O estágio foi realizado no âmbito de internamento e focado na fibromialgia.

2.2 Reumatologia e as Doenças Reumáticas

A Reumatologia é uma especialidade médica que tem como finalidade o tratamento de doenças reumáticas que afetam não só as articulações como os ossos, músculos, tendões e ligamentos (SPR, 2012).

Relatório de Estágio no Instituto Português de Reumatologia

As doenças reumáticas são, a primeira causa de doença no Homem, sendo o primeiro motivo de consulta médica e conseqüentemente, a primeira causa de incapacidade para o trabalho (Queiroz, 2014).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR) é possível afirmar que cerca de metade da população portuguesa sofre, de pelo menos, uma doença reumática tendo uma maior prevalência, no idoso. Este facto torna-se assustador quando associado à incapacidade da faixa etária originando num aumento de disfuncionalidade, comprometendo a qualidade de vida.

Relativamente à qualidade de vida, este é um conceito muito amplo que integra a saúde física e o estado psicológico do indivíduo. Resumidamente, qualidade de vida é “ a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida dentro do contexto da sua cultura e do sistema de valores onde vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.” (OMS, 1994). Uma vez que a autonomia é considerada a habilidade de controlar o seu dia-a-dia de acordo com as suas próprias regras e preferências e a independência entende-se por viver na comunidade com pouca ou nenhuma ajuda de outros, torna-se indispensável a manutenção de ambas de forma a determinar o sucesso no alcance da qualidade de vida, mesmo ao longo do processo de envelhecimento.

As doenças reumáticas são doenças que envolvem, predominantemente, os ossos, articulações e o músculo-esquelético podendo afetar o tecido conjuntivo manifestando-se das mais variadas formas. As doenças reumáticas podem ser doenças inflamatórias, infecciosas, metabólicas e/ou degenerativas (Queiroz, 2011).

Dividir as doenças reumáticas torna-se complicado, uma vez que muitas das doenças são ainda de causa desconhecida, no entanto segundo o Doutor Mário Viana de Queiroz, podem ser classificadas em quinze grupos: doenças reumáticas sistémicas, vasculites, espondilartrites seronegativas, artrites reumáticas sistémicas, vasculites, espondilartrites cristalinas, doenças reumáticas intermitentes, osteoartrose, doenças ósseas, doenças reumáticas periarticulares, síndrome de dor e fadiga crónicas, tumores, doenças reumáticas induzidas por drogas, hemodiálise e atos cirúrgicos, manifestações músculo-esqueléticas de doenças não reumáticas e outras (Queiroz, 2011).

Apesar da variedade de doenças reumáticas, as mais comuns no internamento do IPR foram a Artrite Reumatoide; Espondilartrite Anquilosante; Osteoartrose e a Fibromialgia.

2.2.1 Causas e sintomas

Desconhece-se ainda as causas para o desenvolvimento das doenças reumáticas, no entanto sabe-se que não são hereditárias, não se transmitindo de pais para filhos. Sabe-se igualmente que não são doenças contagiosas e que embora se agravem em certas estações do ano, não são provocadas pelas alterações climáticas. A deficiência alimentar a nível de vitaminas, açúcares, ácidos, lípidos, entre outras, também não são causa aparente. No caso específico da fibromialgia, existe uma maior incidência da doença em casos de depressão (Queiroz, 2011).

Quanto aos sintomas, estes quatro grupos partilham de dor generalizada e difusa, rigidez músculo-esquelética e fadiga (Queiroz, 2011).

Para facilitar a divisão das doenças reumáticas, optou-se por dividir dois grupos: inflamatórias e mecânicas. As doenças reumáticas inflamatórias e mecânicas possuem os mesmos sintomas, no entanto, em graus de severidade diferentes. As doenças reumáticas inflamatórias possuem rigidez matinal durante um tempo superior a trinta minutos e existe maior fadiga contudo, menor dor durante as actividades da vida diária e maior dor durante o repouso. Em relação à tumefação, as doenças inflamatórias possuem um maior risco de derrame e hipertrofia sinovial enquanto as doenças mecânicas são de origem óssea (Costa & Branco, 2005).

As doenças reumáticas inflamatórias agrupam a Artrite Psoriática, Síndrome de Sjogren, Esclerose Sistémica, Lupus, Artrite, Polimialgia, Miopatia, Conectivite Indiferenciada, dermatomiosite, artropatia microcristalina, gota, polimialgia reumática e a doença de bechet. No grupo das mecânicas inserem-se a lombalgia, osteoporose, a algoneurodistrofia e a fibromialgia.

2.3 Fibromialgia

A fibromialgia é uma síndrome de dor músculo - esquelética generalizada de natureza desconhecida e ainda sem causa aparente. Sem patologia articular ou óssea, a dor difusa advém dos tecidos moles (músculos, tendões e ligamentos). A fibromialgia, frequentemente, torna-se causa do aparecimento de outros problemas como cefaleias, fadiga, alterações no sono e em casos mais evoluídos, perturbações cognitivas e depressão. (Branco, 2005)

A Fibromialgia é frequentemente associada com outras doenças reumáticas. Muitos dos casos existentes em pacientes com artrite reumatoide, lúpus, espondilartrite e/ou osteoartrose possuem também fibromialgia (Blotman & Branco, 2007).

Blotman e Branco (2007) afirmam também, que a Fibromialgia tem uma maior incidência no género feminino (80% a 90%) e apesar de rara, aparece também no género masculino existindo uma maior prevalência em indivíduos que têm historial de fibromialgia na família.

2.3.1 Causas e fatores de risco

Apesar de se desconhecer a causa da fibromialgia – embora se aponte para possíveis origens em perturbações do sistema nervoso, do estado psíquico, do sono e do músculo-esquelético – não restam dúvidas de que existem alterações a nível do sistema de controlo da dor. Segundo Queiroz (2011), 25% dos pacientes apresentam perturbações psicológicas no entanto, esta doença não é associada ao foro psiquiátrico. Contudo e segundo Bhana, (2017), níveis de stress mais altos poderão desencadear esta doença, resultando em alterações nos níveis de proteínas e químicos alterando a informação que é trocada entre o cérebro e a coluna. Outros fatores que poderão também, desencadear o desenvolvimento da doença são problemas a nível da coluna ou artrite. (Bhana, 2017).

Segundo Queiroz (2006), os fatores de risco incluem o historial familiar e doenças preocupantes mas também síndromes dolorosas prévias e reivindicação laboral relacionada com a dor.

2.3.2 Manifestações clínicas

Sintomas físicos

A Fibromialgia é caracterizada pela fadiga que não melhora com o repouso, dor músculo-esquelética difusa e crónica e dor (Blotman & Branco, 2007) e à apalpação de dezanove pontos selecionados que o médico reumatologista reconhece durante o diagnóstico (Bhana, 2017). Desta forma, um dos critérios de diagnóstico para fibromialgia incide sobre dor e sintomas durante pelo menos uma semana, baseando-se nas dezanove áreas do corpo com nível de dor severa, fadiga, sono não reparador e problemas do foro cognitivo (perda de memória). Outro critério é o tempo de duração dos sintomas, que poderá persistir durante, pelo menos, três meses no mesmo nível de severidade. E por último, a exclusão de partes, não sobrando nenhuma outra doença que explique a dor e os sintomas do doente (Bahna, 2017).

Sintomas psicológicos

Existe uma associação positiva entre a fibromialgia e a existência de desordens psicológicas. Muitos sintomas como ansiedade, irritação, dor facial atípica, depressão e ataques de pânico podem ser considerados sintomas e podem ser indícios da fibromialgia (Blotman & Branco, 2007). Alguns pacientes possuem ainda sintomas como depressão ou ansiedade, enxaquecas frequentes e problemas de memória ou de pensamentos com clareza (Bahna, 2017).

2.3.3 Tratamento

Não existe cura nem tratamento específico para a fibromialgia no entanto, parece atingir-se melhores resultados combinando a terapêutica não farmacológica (exercício físico), farmacológica (medicamentos) com um apoio emocional (Queiroz, 2006).

Para complementar o tratamento pode-se optar por terapias alternativas como a acupuntura e massagens terapêuticas que são úteis na diminuição dos sintomas da doença (Bahna, 2017).

2.4 A Importância da Actividade Física e do Exercício Físico

Atualmente é mais comum o ser humano focar-se nas responsabilidades acrescidas para a construção do seu futuro do que na manutenção da sua saúde, esquecendo-se que é fundamental uma mudança de estilo e hábitos de vida para a alcançar. (Nunes, 2006). Desta forma, a saúde torna-se num dos problemas da atualidade.

A actividade física, possui várias vertentes, desde andar e subir e descer escadas até às actividades desportivas de alta competição e todas estas são um meio importante que contribui para o crescimento e desenvolvimento dos indivíduos ajudando a alcançar ou a manter a saúde. Pode ser definida como “qualquer movimento corporal produzido pelos músculos que resulta em dispêndio energético, que pode ser medido em calorias.” (Caspersen & Powell, 1985).

Ao longo dos anos, o exercício tem vindo a contextualizar-se na sociedade de uma forma gradual em que, de dia para dia, se começa a dar mais importância, como forma de manutenção da saúde. Uma das razões é o facto de muitas doenças serem provocadas pela ausência de exercício físico, como as doenças crónico-degenerativas, cardiovasculares, do aparelho locomotor, do aparelho respiratório, obesidade e diabetes (Nunes, 2006).

Desta forma, a actividade física torna-se um dos principais meios de medicina preventiva na luta contra as doenças causadas pela inatividade e assim é fundamental uma aquisição de hábitos regulares de exercício físico, tornando-se no melhor caminho para alcançar uma melhor qualidade de vida (Branco, 2005).

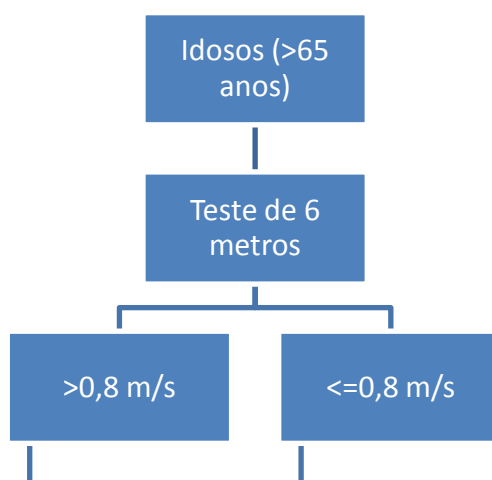
Pode-se assim concluir que a actividade física é uma necessidade biológica do ser humano (Nunes, 2006).

2.5 Exercício nas Doenças Reumáticas

O exercício, caracterizado por contrações musculares voluntárias com ou sem mobilização das articulações, são considerados a arma mais importante da reabilitação. Os exercícios têm uma ação benéfica sobre os músculos, ossos e articulações, nomeadamente, o aumento do volume das fibras musculares aumentando igualmente o fluxo de sangue, tendo uma ação estimulante sobre as células geradoras de tecido ósseo – osteoblastos – e uma ação inibidora sobre as células que provocam a reabsorção óssea – osteoclastos. Quanto à articulação, o exercício é, igualmente, estimulante (Queiroz, 2011).

Os exercícios devem ser orientados de forma a serem interrompidos ciclicamente de forma a evitar dor ou cansaço muscular. Deve-se também ter em conta, que de uma forma geral, as estruturas articulares, tendinosas e musculares encontram-se debilitadas e por isso deve-se iniciar um plano de exercícios específico e adequado para cada paciente e para cada patologia adaptando-se sempre conforme o seu desenvolvimento (Queiroz, 2011).

Os exercícios têm como objectivo não só a melhoria e manutenção da aptidão física como também são utilizados para prever estados de fragilidade. O teste dos seis metros (imagem 1) pode ajudar a interpretar um quadro de diminuição gradual de massa muscular, caracterizada por sarcopénia. Este estado leva à redução da força muscular, sendo indispensável a prática de exercício físico como manutenção da qualidade de vida (Taaffe, 2006).



2.5.1 Exercício Físico na Fibromialgia

A prática de exercício físico, de forma segura, tem um efeito muito positivo na diminuição dos sintomas. O indicado, segundo o ACSM (2009) estende-se à prática de exercícios aeróbios durante, pelo menos, vinte minutos por dia, dois dias por semana e exercícios de força, duas ou três vezes por semana com dezoito a doze repetições, durante pelo menos doze semanas. Esta rotina diminui o número e a dor dos pontos dolorosos e conseqüentemente a dor em geral, melhora a qualidade de sono diminuindo assim, a fadiga e melhora a qualidade de vida do indivíduo, tornando a realização das actividades da vida diária, menos desgastantes (Durstine & Moore, 2009).

Os doentes com fibromialgia são na maioria, sedentários. Desta forma, as recomendações são de exercícios aeróbios restaurando a aptidão cardiovascular, diminuindo a ansiedade/depressão e aumentando o VO₂max.

As recomendações englobam exercício duas a três vezes por semana com progressão para três, quatro. Iniciando com sessões de dez minutos progredindo até trinta ou sessenta minutos. Preferencialmente, realizar actividades de baixo impacto como exercícios aquáticos, bicicleta, caminhadas e/ou natação. Devem-se incluir também, exercícios de força/resistência muscular de forma a aumentar e/ou manter a aptidão física dos indivíduos. A flexibilidade que diminui o risco de lesão e aumenta a amplitude do movimento e exercícios funcionais que possam transfer para as actividades da vida diária, restaurando a qualidade de vida (Durstine & Moore, 2009).

Relativamente ao tratamento não farmacológico, este engloba também a educação do doente em que se deve apresentar a doença ao paciente para ajudá-lo a reconhecer os fatores positivos e negativos que condicionam a doença. Todos estes cuidados vão tornar o doente ativo de forma a manter e/ou ajudar a alcançar uma boa condição física (Queiroz, 2011).

3. Actividades de Estágio

As atividades realizadas antes do estágio, como a aplicação de questionários e avaliações da aptidão física no âmbito do programa PLE2NO e apresentação ao corpo clínico e na Faculdade de Motricidade Humana, contribuíram para uma preparação para o âmbito do estágio. Durante o estágio, as atividades desenvolvidas incluem a presença nas Jornadas do IPR, realização de sessões educativas para os utentes, aplicação de dois momentos de avaliação, realização do programa domiciliário, elaboração de uma base de dados e por fim, elaboração de um relatório final.

3.1. Avaliação dos doentes internados

A amostra é caracterizada pelo menos por uma situação de internamento de, no mínimo, cinco dias, seguidos de uma avaliação composta por instrumentos adequados como questionários comuns, específicos e testes físicos. Deverão igualmente ter participado nas sessões educativas e integrado o programa de exercício domiciliário de oito semanas. Durante o programa domiciliário deverão ter recebido acompanhamento telefónico semanal e após o internamento deverão ter-se deslocado até ao IPR, para realizar a reavaliação. Como motivos de exclusão incluem-se, falta de comparência, incidentes físicos como quedas e/ou fracturas e operações cirúrgicas pouco tempo antes ou durante o internamento.

3.1.1 Avaliação da Aptidão Física

A avaliação inicial da aptidão física foi realizada no local de internamento dos utentes. Preparou-se o quarto de forma a ser possível a realização de cada um dos exercícios, encostando as cadeiras às paredes, movendo obstáculos dos percursos, etc. A avaliação inicial era realizada no primeiro dia e/ou segundo dia de internamento dos utentes, tendo em conta a disponibilidade do utente. Inicialmente foram realizados exercícios de familiarização e/ou com demonstração para esclarecer todas as dúvidas e somente depois foi realizada a avaliação. Todos os exercícios foram avaliados de acordo com os scores de cada um e preenchidos na folha de registo das avaliações (Consultar anexo A).

A avaliação final foi realizada até uma semana após a conclusão das oito semanas de programa domiciliário, de forma a não se perder os efeitos da intervenção. Os utentes foram informados de uma consulta para reavaliar a aptidão física. Esta consulta foi realizada no instituto português de reumatologia.

Relatório de Estágio no Instituto Português de Reumatologia

Nos testes físicos, avaliou-se a força de preensão manual, a flexibilidade dos membros superiores e membros inferiores, a força funcional dos membros inferiores, o equilíbrio dinâmico e estático, a agilidade e a velocidade da marcha.

O teste de levantar e sentar (trinta segundos) consiste em levantar e sentar de uma cadeira, o máximo de vezes que conseguir, durante trinta segundos. Em primeiro lugar, a cadeira deve estar apoiada contra uma parede, diminuindo a possibilidade de perigo de queda. De seguida, explicou-se a posição inicial sentada com as mãos apoiadas sobre as coxas e que não era permitido dar balanço com os pés, mantendo-os sempre apoiados no chão. Quanto ao movimento de sentar e levantar, deve ser executado para que os membros inferiores fiquem numa posição de extensão no momento de levantar e com as nádegas sentadas por completo na cadeira, no momento de sentar. Foi necessário o uso de um cronómetro para determinar o tempo (Baptista e Sardinha, 2005).

O teste de equilíbrio, unipedal, resume-se à tentativa de permanecer sobre apenas um dos apoios, durante um máximo de vinte segundos. É muito importante, a existência de um apoio nas costas e na frente, do utente. Utilizaram-se as paredes do quarto e o próprio estagiário, no caso de algum desequilíbrio. Informou-se quanto à posição em que os braços devem ficar cruzados sobre o peito e quanto à pontuação e como seria esta efectuada, tendo em conta que o cronómetro parava quando o pé que não estivesse apoiado, tocasse no chão. A avaliação é realizada de acordo com o tempo que o utente consegue manter a posição, sendo 0: incapaz de manter a posição ou necessita de ajuda para prevenir a queda; 1: capaz de elevar o membro inferior sem ajuda mas incapaz de manter a posição mais de cinco segundos; 2: capaz de elevar o membro inferior sem ajuda e de manter a posição mais de cinco segundos mas menos de doze segundos; 3: capaz de elevar o membro inferior sem ajuda e de manter a posição mais de doze mas menos de vinte segundos; 4: capaz de elevar o membro inferior sem ajuda e de manter a posição durante vinte segundos. O exercício foi realizado uma vez, para cada membro inferior e foi necessário o uso de um cronómetro para determinar o tempo.

Para avaliar a preensão manual, o utente inicia na posição de pé e deve agarrar o dinamómetro com uma mão e fazer o máximo de força durante cinco segundos. O teste permite avaliar a preensão manual em quilos. Foram realizadas três repetições para cada mão, intervaladamente. Durante todo o exercício teve-se em consideração o tempo de descanso entre as repetições, permanecer com o dinamómetro junto ao corpo e principalmente, fornecer feedback.

Para avaliar a flexibilidade dos membros superiores, o utente devia posicionar-se de pé e estender um dos membros superiores em direcção ao tecto, posicionando a mão o mais junto do centro das omoplatas que conseguir. De seguida, o outro membro superior tenta alcançar o mesmo local, com a palma da mão para fora e no sentido contrário, isto é, por baixo das omoplatas. O objectivo deste teste é aproximar as mãos, o mais possível permitindo avaliar a flexibilidade dos membros superiores. É aconselhada uma posição de coluna direita. A avaliação deste teste resulta da proximidade do dedo maior das mãos sendo que se não tocarem, a diferença é medida em centímetros e colocada com números negativos. Caso os dedos se toquem mas não se ultrapassem, o valor é zero e caso ultrapasse, o valor deve ser os centímetros que foram ultrapassados. Este teste permite avaliar a flexibilidade dos membros superiores. O exercício deve ser realizado, uma vez para cada membro. O instrumento indispensável foi uma régua de pelo menos, 50 centímetros (Baptista e Sardinha, 2005).

Para avaliar a flexibilidade dos membros inferiores, o individuo deve manter a posição de sentado, a meio da cadeira e com a mesma encostada a uma parede, o utente deve estender um dos membros inferiores apoiando o calcanhar no chão e manter o outro membro inferior flectido, sentando normalmente. Com as costas direitas, uma mão em cima da outra e ao sinal do instrutor, o utente deve inspirar e ao tentar alcançar com ambas as mãos os dedos do pé do membro em extensão, deve expirar. Este processo vai ajudar o indivíduo a alcançar com maior facilidade, o objectivo. Este teste permite avaliar a flexibilidade dos membros inferiores e avalia-se de acordo com o teste de flexibilidade dos membros superiores. O exercício deve ser realizado, uma vez para cada membro. Os instrumentos necessários para a avaliação deste teste foram uma cadeira apoiada a uma parede e uma régua de pelo menos 50 centímetros (Baptista e Sardinha, 2005).

O teste, intitulado de seis metros consiste num percurso de, como o próprio nome indica, seis metros em linha recta. O indivíduo deve percorrer este percurso o mais rápido que conseguir, sendo possível o uso de auxiliar de marcha. Este teste permite avaliar a velocidade da marcha e por isso, foi guardado o melhor resultado convertendo-se para metros por segundo. A avaliação foi realizada através de um cronómetro, fazendo-se a contagem do tempo. Foram realizadas duas tentativas em direcções opostas. Utilizaram-se dois cones para marcar o percurso, fita-cola visível para se traçar o caminho em linha recta e um cronómetro (Baptista e Sardinha, 2005).

O teste de ir e vir consistiu em levantar-se de uma cadeira, sem a ajuda dos braços se possível e mantendo-os sobre as coxas inicialmente, andar uma distância de três metros,

Relatório de Estágio no Instituto Português de Reumatologia

dar a volta ao cone e voltar à cadeira inicial. No início do teste, o utente deve estar com as costas encostadas à cadeira e no final, deve encostar novamente. O utente deve apenas levantar-se após o sinal do instrutor e deve caminhar o mais rápido que conseguir, não sendo possível correr. Este exercício permite avaliar a agilidade dos membros inferiores e o equilíbrio dinâmico. Os instrumentos necessários foram uma cadeira apoiada por uma parede, fita-cola visível, um cone e um cronómetro (Baptista e Sardinha, 2005).

Todos estes testes foram escolhidos tendo em conta o seu transfer para o dia-a-dia do utente, isto é, ao avaliar e tentar melhorar estes movimentos como a flexibilidade dos membros superiores e inferiores, salvaguardamos actividades como calçar peúgas ou vestir/despir camisolas. Actividades como estas, que fazem parte do quotidiano do utente e que deve conseguir executá-las de forma independente de forma a melhorar a sua qualidade de vida.

3.1.3 Avaliação por Questionários

A avaliação por questionários foi dividida em dois dias. No primeiro dia, em conjunto com a avaliação da aptidão física, foram utilizados os questionários comuns sobrando os questionários específicos para o segundo dia. Esta avaliação foi realizada nos quartos dos utentes, onde se sentiam mais confortáveis para responder aos inquéritos. No preenchimento dos mesmos, teve-se em conta que a maioria dos internados não sabia ler nem escrever e então, optou-se pelo questionário por entrevista. Todas as dúvidas eram cautelosamente retiradas e faladas em grupo de forma a não se influenciar qualquer resposta.

Os questionários foram realizados na avaliação inicial e novamente preenchidos na avaliação final com excepção do questionário de Brief Cope que sendo um programa domiciliário de apenas oito semanas, não seria possível identificar diferenças a nível das estratégias de coping, num espaço de tempo tão curto.

Os questionários avaliaram várias dimensões. No caso dos questionários comuns, apresentados a todos os utentes, avaliaram variáveis sociodemográficas, a qualidade de vida, as estratégias de coping, extensão da dor, a fadiga, o nível de AF e o nível de saúde. No caso dos questionários específicos, apresentados apenas aos portadores das mesmas, avaliaram a gravidade dos sintomas da patologia em específico.

O questionário de caracterização do indivíduo fornece informação sobre o utente. Inclui questões de carácter social e demográfico como o nome, idade, sexo, etnia, localidade, estado civil, ocupação atual, patologia, existência de próteses, membro mais doloroso, entre outras. Todas estas informações são necessárias para ajudar a criar um perfil do utente e ser mais fácil a sua leitura (Consultar anexo B).

O questionário do Brief Cope avalia as estratégias de competência através das características de coping e utiliza uma escala em que é solicitado ao indivíduo a forma de como enfrenta algumas situações na vida. Inclui catorze estilos de coping, com duas questões por cada estilo. As respostas são divididas em “nunca faço isso”, “raramente faço isso”, “faço isso algumas vezes” e “faço sempre isso” (Consultar anexo C).

O 5Q-5D-5L é um questionário que está dividido em cinco dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, actividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão. Este questionário mede a qualidade de vida do indivíduo avaliando as respostas quanto ao grau de dor, grau de dificuldade ou existência de certas variáveis. Inclui ainda, uma escala numerada de zero a cem onde cem, significa a melhor saúde que o indivíduo possa imaginar e zero significa a pior saúde que o indivíduo possa imaginar. O objectivo desta

Relatório de Estágio no Instituto Português de Reumatologia

escala é o utente mostrar como a sua saúde se encontra no dia corrente (Consultar anexo D)

O Brief Pain Inventory, BPI - Inventário resumido da dor em português, é um questionário que avalia a extensão da dor sendo que zero é ausência de dor e dez significa a pior dor que se possa imaginar. Está dividido em nove questões em que duas incidem sobre a presença e local de dor no dia corrente, mais duas dessas nove questões recaem sobre a gravidade de dor nas últimas vinte e quatro horas e outras duas sobre a média e grau da sua dor, no preciso momento. Duas questões referem-se ainda, ao tratamento medicamentoso e a última questão descreve em que medida, a dor interferiu na sua actividade geral, nas últimas vinte e quatro horas (Consultar anexo E).

A escala de fadiga FACIT é um questionário baseado em afirmações de outras pessoas com a mesma patologia que as entrevistadas, em que é necessário indicar o grau que possui para cada uma das treze questões desde “nem um pouco”, “um pouco”, “mais ou menos”, “muito” e “muitíssimo”. Como o próprio nome indica, este questionário avalia o grau de severidade e de interferência da fadiga nas actividades da vida diária (Consultar anexo F).

Quanto ao questionário internacional de avaliação da actividade física, IPAQ, mede, como o próprio nome indica, o nível de actividade física através de nove questões sobre a actividade física que realiza habitualmente quando se desloca para o trabalho, para casa, nas actividades domésticas, entre outras. As respostas são fornecidas em dias da semana e em horas e/ou minutos e são divididas em exercício físico vigoroso e moderado (Consultar anexo G).

O questionário Health Assessment Questionnaire, HAQ – Questionário de Acesso à Saúde, avalia o grau de dificuldade na realização das actividades da vida diária, na semana anterior ao seu registo. Num total de oito perguntas, uma avalia a capacidade de se vestir/arranjar, a capacidade de se conseguir levantar, caminhar, lavar o corpo, alcançar objetos, preensão manual e por fim, o nível de dificuldade em desempenhar actividades como a lida da casa e recados. Inclui ainda, cinco questões extra onde o individuo fornece informação sobre algum tipo de ajuda que possa necessitar ou utensílios que lhe possam fazer falta em determinadas situações e uma escala visual analógica da dor, onde o doente deve avaliar o seu grau de dor (Consultar anexo H).

Relativamente ao WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index VA 3.0) é um questionário que indica a gravidade da dor, rigidez e incapacidade física provocadas pela osteoartrose no joelho. Inclui vinte e duas questões

divididas em três diferentes domínios. Cinco questões medem a intensidade da dor, duas avaliam a rigidez articular e quinze apresentam o grau de dificuldade na realização de determinadas tarefas da vida diária. Cada questão possui uma escala de dor em que o utente deve assinalar o seu nível (Consultar anexo I).

O BASDAI, índice de actividade de Bath para a espondilite anquilosante, é composto por seis questões em que avalia o cansaço, a dor e o inchaço em locais específicos, o desconforto e a rigidez matinal do indivíduo, referente apenas à última semana. Todas estas respostas são fornecidas através de uma escala visual analógica desde nenhuma intensidade até muito intensa (Consultar anexo J).

Relativamente ao questionário FIQR, the revised fibromyalgia impact questionnaire fornece numa primeira fase, a duração dos sintomas da patologia e há quanto tempo foi diagnosticada a doença. É composto por nove questões que medem o grau de dificuldade na execução de determinadas actividades e inclui ainda, dez questões referentes à intensidade dos sintomas que são comuns na fibromialgia, durante os últimos sete dias. Este questionário avalia através do score final, o grau de severidade de fibromialgia dividindo em quatro grupos: 0-42 FM Suave, 43-59 FM Moderada, 60-74 FM Severa e 75-100 FM Extrema (Consultar anexo L).

O índice de Oswestry sobre incapacidade (versão 2.0), é um questionário que fornece informações de como a patologia referente às costas tem afetado a capacidade de viver o dia-a-dia. O questionário é dividido em dez secções referentes à intensidade da dor, cuidados pessoais, levantar pesos, andar, estar sentado, estar de pé, dormir, vida sexual (esta questão era apenas respondida caso se aplicasse) e vida social. Todas as respostas estão divididas em seis fases, em que o utente tem de escolher a resposta que mais se adequa à sua situação, tendo em conta que as respostas vão desde conseguir executar a tarefa sem dores até não conseguir executar a tarefa devido às dores (Consultar anexo M).

3.2 Sessões Educativas

Estas sessões consistiam numa apresentação de trinta minutos em que foram abordados os benefícios do exercício, as diferenças entre a actividade física e o exercício físico, os tipos/modos de exercício e apresentação de algumas dicas para a realização e gestão do exercício (Consultar anexo N). Para finalizar as sessões, apresentou-se a folha de registo do programa domiciliário onde o objectivo foi a leitura e o preenchimento correcto da mesma. Estas sessões tinham como finalidade motivar a adesão do exercício físico e

esclarecer qualquer tipo de dúvidas relacionadas com o tema. As sessões foram apresentadas na sala de reuniões, durante as manhãs de segunda e quarta-feira através de uma apresentação em powerpoint seguida de demonstrações de exercícios. Estas sessões eram destinadas a todos os internados que se conseguiam deslocar até à sala de reuniões, se possível, durante a primeira semana de internamento. Foi necessária uma sala livre, um projector, um computador, uma tela, mesas, cadeiras e folhas de registo do programa domiciliário para se assegurar o sucesso das sessões.

3.3 Programa Domiciliário

O programa de exercício domiciliário consistiu na realização de três exercícios de flexibilidade e quatro exercícios de força em casa, sem supervisão e acompanhado de um preenchimento do Diário de Treino (Consultar anexo O). O programa foi executado durante oito semanas, tendo uma semana durante o internamento com supervisão e esclarecimento de dúvidas. Durante as oito semanas em domicílio, o exercício era realizado em dias acordados entre o estagiário e o utente e na altura do dia com menos dor física, sendo esta preferência efectuada pelo utente. Para facilitar a leitura da folha, os exercícios estão apresentados em esquema e foram ensinados durante a semana de internamento. Sendo complicado um aumento de carga de forma a aumentar a dificuldade devido à falta de material, optou-se pela progressão da carga através do aumento do número de treinos, séries e repetições por semana iniciando com dois treinos de uma série de seis repetições, por semana, na primeira e segunda semana de programa aumentado para três treinos de uma série e oito repetições na terceira semana e para quatro treinos de duas séries de oito repetições na quinta semana. O programa termina com cinco treinos por semana de duas séries com dez repetições, na sétima e oitava semana. O diário de treino para além de servir de guia para o utente, serviu de ferramenta de avaliação. O diário de treino foi composto por questões sobre a dor ao início e final do dia e antes e após o exercício que devem ser preenchidas de zero a dez, sendo zero ausência de dor e dez a maior dor que possa imagina, de acordo com a escala visual analógica que foi ensinada durante o internamento. Tinha ainda espaço para observações, caso o utente tivesse de justificar alguma situação que impedisse a realização dos treinos.

4. Hipóteses

A amostra inicial é constituída por 71 indivíduos, sendo 17 portadores de fibromialgia.

Hipótese 1: Após a intervenção domiciliária de oito semanas, existe diminuição do tempo sentado/semana nos doentes do internamento.

Hipótese 2: Após a intervenção domiciliária de oito semanas, existe melhoria na velocidade de marcha, nos doentes de internamento.

Hipótese 3: Após a intervenção domiciliária de oito semanas, existe diferença estatisticamente significativa do impacto da FM nos indivíduos que caminham mais de 150 minutos por semana.

Hipótese 4: Após a intervenção domiciliária de oito semanas, existe diferença estatisticamente significativa na força de preensão manual entre os membros.

5. Análise Estatística

No seguimento da análise estatística, foi elaborada a estatística descritiva da média, desvio-padrão, amplitude e proporção das variáveis demográficas e de todos os testes físicos realizados.

Para a concretização das duas primeiras hipóteses geradas (H1 e H2) efetuou-se um teste *t-Student* para amostras emparelhadas, antes e depois da intervenção domiciliária, verificando o pressuposto de normalidade, através do teste de Shapiro-Wilk. Marôco (2011) e Pereira & Patrício (2013), apresentam formalmente os testes referidos.

Para a H1 e H2, aplicou-se o teste *t-Student* (unilateral, $H_0: \mu_{antes} = \mu_{depois}$ vs. $H_1: \mu_{antes} > \mu_{depois}$),

Nas Hipóteses 3 e 4, o estudo direciona-se para os utentes FM, gerando uma amostra de 17 elementos. Para a realização da hipótese 3 aplicou-se o teste *t-Student* para duas amostras independentes. Este teste requer que as variáveis em estudo possuam distribuição normal (teste *Shapiro-Wilk*) e variâncias homogéneas (teste *Levene*). Já na hipótese 4, seguiu-se o método estatístico para amostras emparelhadas.

A todos os testes aplicados estipulou-se um nível de significância de 5%.

6. Resultados

6.1 Caracterização Geral

A amostra geral é composta por 71 indivíduos que sofreram uma avaliação inicial e uma avaliação final.

6.1.1 Amostra

A Tabela 1 apresenta uma síntese da amostra das variáveis que caracterizam o perfil da amostra com Fibromialgia.

Tabela 1: Estatísticas descritivas relativas ao perfil do utente.

N= 71	Média	Desvio padrão	Amplitude	Percentagem %
Género	---	---	---	93% (feminino)
Etnia	---	---	---	99% (caucasiano)
Estado Civil	---	---	---	68% (casado)
Situação Profissional	---	---	---	51% (não reformado)
Escolaridade	---	---	---	38% (1º ciclo)
Peso (kg)	73,3	16,3	33,6-127	---
Altura (m)	1,6	0,08	1,41-1,8	---
Idade	60,3	11	36-85	---
IMC* (kg/m2)	29,3	6,4	14-45,9	---
Grupo Patológico	---	---	---	59% (inflamatória)
MSDoloroso	---	---	---	41%(mecânica)
MIDoloroso	---	---	---	56%(direito)
				44% (esquerdo)
				49% (direito)
				51% (esquerdo)

*IMC: Índice de Massa Corporal

Os indivíduos em análise tinham entre 36 e 85 anos, sendo a idade média de 60 anos, 93% são mulheres, 99% são caucasianos (apenas 1 utente de etnia negra). Quanto à sua situação profissional, os utentes distribuem-se, principalmente, por duas classes: reformados (45%); não reformados (51%). A classe mais representativa na escolaridade é o ensino básico: 1º ciclo com 38% seguido do 2ºciclo (24%) e 3ºciclo (21%).

A altura dos 69 utentes é, em média, de 1,6 metros, variando entre 1,41 e os 1,81 metros (tabela 1).

A Tabela 1 apresenta a distribuição do peso dos utentes, variando entre os 33,6 kg e os 127kg, comum peso médio de 73kg. A maioria dos utentes apresentou um peso compreendido entre os 50kg e os 100kg.

O grupo patológico mais frequente é o inflamatório, com 59,2% dos utentes.

6.1.2 Caracterização da aptidão física da amostra total

A tabela 2 apresenta uma análise descritiva de todos os exercícios que compõem a bateria de testes utilizada para avaliar os utentes.

Tabela 2: Análise Estatística Descritiva da bateria de testes (avaliação inicial).

N = 71	Média	Desvio padrão	Amplitude
Velocidade da Marcha (m/s)	1,2	0,4	0,35 - 2,15
Sentar e Levantar (nº de repetições)	8,5	4,1	0 – 20
Ir e Vir (segundos)	11	5,4	5,2 – 32,3
Sentar e Alcançar ME* (cm)	-12,9	13,2	(-52) – 15
Sentar e Alcançar MD** (cm)	-13,3	12,9	(-40) – 15
Alcançar Atrás das Costas ME (cm)	-28,2	17,9	(-86) – 3
Alcançar Atrás das Costas MD (cm)	-24,1	16,3	(-79) – 5
Preensão Manual ME (kg)	18	8,4	0 – 48
Preensão Manual MD (kg)	18,2	10	0 – 56
Equilíbrio ME (segundos)	1,9	1,4	0 – 4
Equilíbrio MD (segundos)	2	1,4	0 – 4

*ME: Membro esquerdo; **MD: Membro direito

Apenas nos exercícios de velocidade da marcha e equilíbrio, esta amostra encontra-se na amplitude dos valores de referência (Tabela 2). Pode-se observar que na velocidade de marcha, a média dos indivíduos está acima de um metro por segundo considerando-se dentro dos valores de referência. Tal como no equilíbrio, em ambos os membros a média é de 2, sendo esta categoria designada por ser capaz de elevar o membro sem ajuda e de manter a posição mais de cinco mas menos de doze segundos.

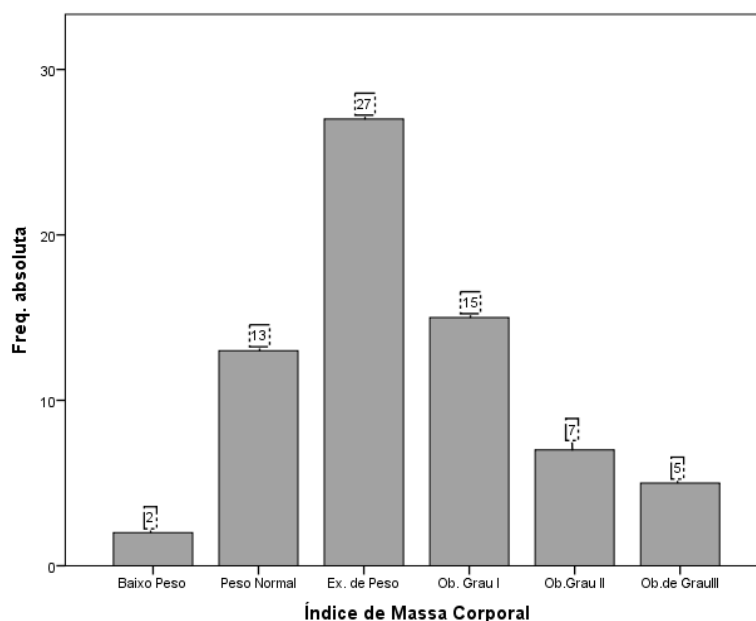


Figura 2: Índice de Massa Corporal por categorias (frequência absoluta).

A Figura 2 mostra a distribuição do IMC dos utentes pelas suas categorias, verificando-se que 27 utentes (39%) apresentam excesso de peso (entre 25 e 39,9kg). Relativamente ao Índice de Massa Corporal (IMC), este distribui-se entre 14 e os 45,9 kg/m², com uma média de 29,3 kg/m².

A Tabela 3 mostra o membro (superior e inferior) mais doloroso para os utentes, constatando-se que o membro superior e inferior mais doloroso para os utentes é o direito (56% e 49% respetivamente).

Tabela 3: Membro mais doloroso.

N= 71	Sem Dor	Direito	Esquerdo	Ambos
Membro superior	9,9	56,3	22,5	11,3
Membro inferior	5,6	49	29,6	15,5

6.2 Amostra com fibromialgia

A Tabela 4 apresenta uma síntese da amostra, as estatísticas descritivas das variáveis que caracterizam o perfil do utente, com fibromialgia.

Tabela 4: Estatísticas descritivas relativas ao utente com FM.

N = 17	Média	Desvio padrão	Amplitude	Percentagem %
Género	---	---	---	100 (feminino)
Etnia	---	---	---	100 (caucasiano)
Estado Civil	---	---	---	0,88 (casado)
Situação Profissional	---	---	---	64% (não reformado)
Escolaridade	---	---	---	41% (1º ciclo)
Peso (kg)	75,4	12,2	57,1-107,2	---
Altura (m)	1,6	0,1	1,48-1,7	---
Idade	55,4	10,2	40-80	---
IMC (kg/m)	29,3	6,4	14-45,9	---
MSDoloroso	---	---	---	58% (direito) 42% (esquerdo)
MIDoloroso	---	---	---	58% (direito) 42% (esquerdo)

Os indivíduos em análise tinham entre 40 a 80 anos, com média de 55 anos, sendo 100% mulheres 100% e caucasianas. Quanto à sua situação profissional, os utentes distribuíam-se, principalmente, por duas classes: reformados (35,3%); não reformados (64,7%). A classe mais representativa na escolaridade é o ensino básico: 1º ciclo com 41,2%, 2ºciclo (35,3%) e 3ºciclo (17,6%).

Relativamente à distribuição do peso dos utentes, este variou entre os 57,1 kg e os 107,2kg, com um peso médio de 75,4kg. Neste caso, não existiu um grupo maioritário, uma vez que todos os dezassete utentes possuíam pesos diferentes.

A altura dos 17 utentes foi, em média, de 1,6 metros, variando entre 1,49 e os 1,70 metros (tabela 4).

6.2.1 Análise do questionário FIQR

Após uma análise descritiva ao questionário FIQR nos dois momentos de avaliação, verifica-se que em média os utentes possuíam um score de 64,5 na avaliação inicial, aumentando para 69,4 na avaliação final, após o programa domiciliário (Tabela 5).

Tabela 2: Estatísticas descritivas relativas ao FIQR.

N = 17	Média	Desvio Padrão	95% Intervalo de confiança para a diferença		T(df)	p (unilateral)
			Inferior	Superior		
FIQR (avaliação inicial)	64,5	19,7	-12,7	2,7	-1,4 (16)	0,2
FIQR (avaliação final)	69,4	15,9				

Desta forma é possível afirmar que após o programa domiciliário, os utentes não melhoraram os sintomas e limitações de fibromialgia, pelo contrário. Existe um aumento de 4,9 no score. Consequentemente, a média da amostra pertence ao grupo de fibromialgia severa como mostra a figura 3.

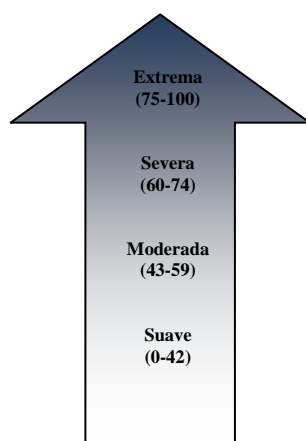


Figura 3: Graus de severidade da FM sugeridos por Burckhardt & Bennett (2007).

6.3 Hipóteses de estudo

As hipóteses de estudo número um e dois foram aplicadas à amostra total, com 71 indivíduos enquanto as hipóteses três e quatro, foram aplicadas à amostra com fibromialgia de 17 indivíduos.

6.3.1 Após a intervenção domiciliária, existe diminuição do tempo sentado/semana

Após uma análise prévia do tempo sentado (em minutos), antes e depois da intervenção, verifica-se que o tempo médio diminuiu substancialmente. Antes os utentes estavam sentados, em média 2005 minutos e depois 726 minutos, aproximadamente (Tabela 6). Verificou-se ainda que metade, antes da intervenção, fica sentada até 840

minutos. Posteriormente, esse tempo diminuiu para 660 minutos. No entanto, o tempo mínimo aumentou de 60 para 120 minutos, já o máximo diminuiu significativamente, de 19 500 para 2040 minutos (Tabela 6). Verificou-se assim, uma diminuição estatisticamente significativa no tempo médio sentado do utente.

Desta forma, rejeitou-se a hipótese nula, com um valor de prova inferior a 0,05 (nível de significância), $p = 0,0015$. Além disso, o intervalo de confiança não inclui o zero, onde se verifica que a diferença das médias nas duas amostras pertence ao intervalo [443,996; 2116,06], com um grau de confiança de 95% (Tabela 6).

Tabela 3: Estatísticas descritivas relativas ao tempo sentado (antes e depois da intervenção domiciliária) e teste t descritivo para amostras emparelhadas.

Tempo (minutos)	Antes	Depois	Média da diferença	Desvio padrão	95% Intervalo de confiança para a diferença		T(df)	P (unilateral)
					Inferior	Superior		
Média	2005,7	725,7						
Mediana	840	660	1280	3532	444	2116	3,1(70)	0,0015**
Mínimo	60	120						
Máximo	19500	2040						

** $p < 0,01$

6.3.2 Existe melhoria na velocidade de marcha, em metros por segundo, após a intervenção domiciliária de oito semanas

Fazendo uma comparação prévia da velocidade de marcha, antes e depois da intervenção, verifica-se que esta subiu. Antes os utentes apresentavam uma velocidade média de 1,18 e depois de 1,15, aproximadamente (Tabela 7). Verifica-se ainda que metade dos utentes, antes da intervenção, atingiram uma velocidade de marcha de 1,18, tendo aumentado para 1,43. Desta forma, rejeitou-se a hipótese nula, com um valor de prova inferior a 0,05 (nível de significância), $p \approx 0$. Além disso, o intervalo de confiança não inclui o zero, onde se verifica que a diferença das médias nas duas amostras pertence ao intervalo [-0,4; -0,2], com um grau de confiança de 95%.

Verificou-se assim, um aumento estatisticamente significativo na velocidade de marcha (Tabela 7).

Tabela 4: Estatísticas descritivas relativas à velocidade de marcha (antes e depois da intervenção domiciliária).

	Antes/Depois		Média da diferença	Desvio padrão	95% Intervalo de confiança para a diferença		T(df)	p (unilateral)
					Inferior	Superior		
Média	1,2	1,4	-0,3	0,4	-0,4	-0,2	-6,2 (70)	0,000***
Mediana	1,2	1,4						
Mínimo	0,4	0,6						
Máximo	2,2	2,1						

****p<0,0001

6.3.3 Após a intervenção domiciliária de oito semanas, existe diferença estatisticamente significativa do impacto da FM nos indivíduos que caminhem mais de 150 minutos por semana.

As recomendações do ACSM para a actividade física são de pelo menos, trinta minutos de exercício físico, no mínimo cinco vezes por semana. Apesar de a amostra não ser de uma população saudável, como alguns dos utentes atingiam esse valor, optou-se por utilizar este valor de referência.

Para estudar a influência do exercício físico nos sintomas e limitações da FM, na reavaliação dos utentes com FM, começou-se por se fazer um estudo descritivo da subamostra, como mostra a Tabela 8.

Tabela 5: Sintomas de FM mediante a duração do exercício físico.

	Menos de 150 minutos	Mais de 150 minutos
n_i	11	6
Média (min*)	70,9	66,8
Desvio padrão (min)	14,1	19,9

Mínimo (min)	51	30,8
Máximo (min)	92,3	88,3

*Min: Minutos

Verificou-se os utentes com FM, que caminhavam menos de 150 minutos possuem, em média mais sintomas da FM, através da análise do questionário FIQR (mais 4,1 na média, do que os que caminhavam mais de 150 minutos por semana, sendo também a amplitude dos sintomas maior).

De acordo com os resultados do teste *t-Student* as diferenças dos sintomas médios da FM nos dois grupos não é estatisticamente significativa (é semelhante, a diferença média dos sintomas é de 4) (Tabela 9). E de acordo com o intervalo de confiança, a diferença das médias pertence ao intervalo]-21,65; 13,59[, onde se inclui a diferença nula.

Tabela 6: Resultados do teste t-Student.

Teste de Levene		Teste t (igualdade das médias)				
F	p	T (df)	p	Diferença da média	Intervalo de confiança (95%)	
					Inferior	Superior
0,093	0,8	-5 (15)	0,6	-4,03	-21,7	13,6

6.3.4 Após a intervenção domiciliária de oito semanas, existe diferença estatisticamente significativa na força de prensão manual entre os membros.

Para estudar a diferença na força de prensão em ambas as mãos (esquerda e direita) no momento de reavaliação, nos utentes com FM começou-se por fazer um estudo descrito da subamostra. A variabilidade da força entre as duas mãos é semelhantes, além disso a força média nas duas mãos também é semelhante, como mostra a Tabela 10.

Para a H4, existe uma evidente relação entre as forças registadas nas duas mãos, nos doentes com FM. A significância da diferença entre a força da prensão manual em ambas as mãos, nos utentes com FM no momento da reavaliação, foi avaliada pelo teste *t-Student* para amostras relacionadas. Apesar da variável força da mão esquerda não apresentar distribuição normal, considera-se que o teste *t-Student* é robusto à violação da

Relatório de Estágio no Instituto Português de Reumatologia

normalidade quando os valores de assimetria não são elevados, como explica Marôco (2011). Desta forma, a diferença das forças médias nas duas mãos é não é estatisticamente significativa (é igual).

Tabela 7: Força nas duas mãos na reavaliação.

N= 17	Média	Desvio Padrão	Amplitude
Esquerda	15,5	7,6	7 - 29
Direita	16,9	5,9	5 - 29

E de acordo com o intervalo de confiança (a 95%) a diferença das forças médias pertence ao intervalo]-4,049; 1,343[(Tabela 11)

Tabela 8: Resultados do teste t-Student para variáveis relacionadas.

	Média	Desvio padrão	95% Intervalo de confiança para a diferença		t(df)	p (unilateral)
			Inferior	Superior		
Diferenças emparelhadas	-1,4	5,2	-4	1	- 1(16)	0,3

7. Discussão

Todos os utentes que constituíram a amostra estiveram internados no Instituto Português de Reumatologia e foram sujeitos a uma avaliação inicial através de uma bateria de testes e questionários, participaram no programa domiciliário e sofreram uma avaliação final. Apesar de não existir controlo efetivo do programa, assumiu-se este pressuposto dado que existiu acompanhamento telefónico, toda a informação fornecida e um registo por parte do utente. A amostra global foi composta por 71 indivíduos enquanto a amostra dos utentes com fibromialgia foi de 17. Outras variáveis relevantes da amostra são o género da amostra, que maioritariamente são mulheres (93%), com uma baixa escolaridade, uma idade média de 60 anos e onde a maioria apresenta excesso de peso (76%).

7.1 Nível de actividade física através do tempo sentado

Após a análise dos dados do questionário IPAQ (Consultar anexo L) em relação à amostra total de 71 indivíduos compreendeu-se que antes do programa domiciliário, 51 indivíduos praticavam menos de 150 minutos de actividade física por semana, considerado o mínimo recomendado pela OMS. Verificou-se como exercício físico, qualquer actividade de intensidade moderada e/ou vigorosa que aumentasse o ritmo cardíaco e existisse dispêndio energético. Após a intervenção, o número diminuiu para 41 indivíduos. Pode observar-se que apesar de existir um aumento de actividade física semanal, esta diferença continua a ser inferior uma vez que a maioria da amostra continua abaixo dos valores recomendados.

Partindo do pressuposto de que todos os indivíduos praticaram o programa domiciliário adequadamente, pode atribuir-se o aumento de tempo despendido por dia à realização dos exercícios do programa domiciliário originando resultados mais positivos.

7.2 Velocidade de marcha

O teste de seis metros permitiu avaliar a velocidade de marcha da amostra total de 71 indivíduos. Tendo em conta o valor de referência de um 1m/s, verifica-se que a velocidade de marcha melhorou significativamente após o programa domiciliário. Após o programa domiciliário, o tempo de caminhada aumentou (média de 206,83 para 293,56 minutos por semana) o que poderá ter facilitado e consequentemente refletir-se no desempenho do teste de seis metros.

Pode deduzir-se então, que o efeito do programa domiciliário na melhoria dos resultados no teste físico dos seis metros foi significativo.

7.3 Impacto da Fibromialgia

O impacto da fibromialgia é medido através score do questionário FIQR (Consultar anexo J). O score do FIQR está dividido em quatro grupos de diferentes níveis de dor (Consultar Figura 2). O primeiro grupo é caracterizado pela dor suave (0-42), o segundo grupo pela dor moderada (43-59), o terceiro grupo pela dor severa (60-74) e o quarto e último grupo pela dor extrema (75-100). Num total de 17 indivíduos antes do programa domiciliário, dois dos indivíduos pertenciam ao primeiro grupo, cinco ao segundo grupo, quatro ao terceiro grupo e seis ao último grupo. Nesta divisão é possível afirmar que a maioria do grupo sofria de dores severas, devido à doença. Após o programa domiciliário, existiram alterações nos grupos passando o primeiro grupo a ser composto por apenas um

indivíduo, três no segundo grupo, seis no terceiro grupo e sete no último grupo. Esta mudança ocorre devido a nove dos utentes terem afirmado que a sua dor aumentou após o programa domiciliário sendo que os restantes oito afirmaram que a sua dor diminuiu após o programa domiciliário. Uma vez que mais de metade da amostra com fibromialgia não obteve melhorias na severidade da sua dor com o programa de exercícios, pode-se colocar em causa o êxito do efeito do programa. Por outro lado, é relevante afirmar que o programa domiciliário era composto por exercícios adequados à melhoria da flexibilidade dos membros e da força, não sendo adaptado à patologia em específico dado que o programa foi prescrito de uma forma geral e não individual. Pressupondo que os utentes realizavam os exercícios adequadamente, talvez uma mudança nos exercícios fosse positivo. Os exercícios deviam ser de componente aeróbia de fortalecimento muscular sem despertar a dor e seguidos de aplicação de calor tal como exercícios de correção das alterações de estática e da postura (Queiros, 2011). As recomendações surgem com exercícios de baixo impacto, como caminhadas ou bicicleta, incluindo também exercícios de força/resistência muscular, com o objectivo de melhorar e/ou manter a aptidão física. A flexibilidade, preensão manual e movimentos dinâmicos também devem ser incluídos (ACSM, 2009).

O facto de o público-alvo possuir uma média de 60 anos, a compreensão do movimento torna-se mais desafiante e o facto de ser um programa domiciliário não existindo supervisão, a adaptação dos exercícios seria um fator determinante e a ser melhorado no futuro.

7.4 Força de preensão manual

Sendo a diminuição de força, um dos sintomas do envelhecimento e também das doenças reumáticas seria de esperar resultados baixos na preensão manual. Os valores de referência utilizados eram recomendados para indivíduos com mais de 65 anos sendo de força igual ou superior a 25 quilos para as senhoras e igual ou superior a 30 quilos para os homens. Com isto, a média na preensão manual na mão esquerda antes do programa domiciliário no sexo feminino foi de 16,69kg sendo o mínimo 0kg e o máximo de 37kg. Os homens obtiveram uma média de 34,20kg variando entre os 24kg e os 48kg. Com estes valores, pode-se afirmar que no caso das senhoras, a maioria não atingiu os valores pretendidos, estando abaixo da média enquanto os homens conseguiram alcançar, na maioria, os valores esperados.

Após a intervenção, ambos os grupos obtiveram uma melhoria na mão esquerda aumentando os valores para 17kg alternando entre os 3kg e os 36kg no caso do sexo feminino e no sexo masculino, aumentaram para 37kg variando entre os 23kg e os 54kg.

Relatório de Estágio no Instituto Português de Reumatologia

Apesar de existir um aumento da média no sexo feminino, continua-se sem atingir os valores esperados enquanto os homens se mantêm acima. No caso da mão direita, os resultados não sofreram muitas alterações obtendo na primeira avaliação uma média de 16kg com uma amplitude de 0kg - 39kg nas mulheres e igualmente, uma média de 39kg alternando entre 28kg e 56kg, nos homens. Após o programa domiciliário, os resultados mostraram-se semelhantes. No caso do sexo feminino com 18kg de média, 2 de mínimo e 38kg de máximo enquanto o sexo masculino manteve a média dos 39kg, aumentando o valor mínimo para 29kg e diminuindo o valor máximo para 55kg. Neste caso, a maioria das senhoras mantêm-se abaixo dos valores normativos enquanto os senhores continuam acima.

Desta forma, pode-se observar que apesar de existirem melhorias, estas não foram estatisticamente significativas. Uma possível razão pode ser talvez atribuída ao facto do programa domiciliário possuir apenas um exercício para fortalecer os músculos dos membros superiores e por conseguinte a força de preensão manual não foi suficientemente desenvolvida.

8. Conclusões

As hipóteses:

- Após a intervenção domiciliária, existe diminuição do tempo sentado/semana nos doentes do internamento;
- Existe melhoria na velocidade de marcha, após a intervenção domiciliária de oito semanas nos doentes de internamento;

Foram confirmadas através do teste *t-Student*, mostrando a importância da intervenção domiciliária no bem-estar dos utentes com doenças reumáticas. Verificou-se uma diminuição do tempo sentado/semana, estima-se uma redução, em média, de 1280 minutos. Também se constatou uma melhoria na velocidade de marcha, os utentes depois da intervenção domiciliária, aumentaram significativamente a sua velocidade de marcha, em 0,266 m/s.

Relativamente às hipóteses:

Após a intervenção domiciliária de oito semanas, existe diferença estatisticamente significativa do impacto da FM nos indivíduos que caminhem mais de 150 minutos por semana e após a intervenção domiciliária de oito semanas, existe diferença estatisticamente significativa na força de prensão manual entre os membros, a amostra foram os 17 indivíduos com fibromialgia, não sendo possível verificar as hipóteses delineadas. O método utilizado afere que os indivíduos com FM que pratiquem mais de 150 minutos de atividade física por semana, apesar de existirem melhorias, possuem sintomas da FM semelhantes (os indivíduos que caminharam menos de 150 minutos tiveram uma média de 70,9 e os indivíduos que caminharam mais de 150 minutos semanais obtiveram 66,8)

Quanto à comparação da força de prensão nas duas mãos, no momento da reavaliação, nos utentes com FM, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, o teste estatístico aplicado revelou que a força média nas duas mãos (direita e esquerda) é análoga.

Referências bibliográficas

Baptista, F.; Sardinha, L. B. (2005). *Avaliação da Aptidão Física e do Equilíbrio de Pessoas Idosas. Baterias de Fullerton*. Lisboa: FMH Edições.

Blotman, F. e Branco, J. (2007). *Fibromyalgia. Daily Aches and Pain*. Toulouse: PRIVAT.

Cardoso, A.; Branco, J. C.; Silva, J. A. P.; Cruz, Margarida e Costa, M. M. (2005) *Regras de Ouro em Reumatologia*. Lisboa: DGES

Caspersen, C. J.; Powell, K.E. and Christenson, G.M. (1985). Definitions and distinction for health-related research. *Physical activity, exercise, and physical fitness*. (Vol. 100, p.126). Atlanta: Public Health Reports

Cruz-Jentoft, A. J.; Bayens, J. P.; Bauer J. M.; Boirie, Y.; Cederholm, T.; Landi, F.; Martin, F. C.; Miche, I J.P.; Rolland, Y.; Schneider, S. M.; Topinková, E.; Vandewoud, M. Z. (2010). *Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis*. Oxford: Oxford University Press.

Durstine, J. L.; Moore, G. E.; Painter, P. L.; Roberts S. O. (2009) *ACSM'S Management for persons with chronic diseases and disabilities*. Third Edition. Stanningley: Human Kinetics.

Faustino, A. (2014) *Exercícios e recomendações para os Doentes Reumáticos*. 16 de Janeiro, 2017 from <https://www.lpcdr.org.pt/info-doente/exercicios>.

Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Pereira, A. e Patrício T. (2013). *Guia Prático de Utilização do SPSS -Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia*. Lisboa: Edições Sílabo.

Sociedade Portuguesa de Reumatologia (2013) *O que é a Reumatologia?*, 12 de Fevereiro, 2017, from <http://www.spreumatologia.pt/o-que-e-a-reumatologia>.

Suleman Bhana. (2017). *American College of Rheumatology, Fibromyalgia*. 22 de Outubro, 2016, from <https://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Diseases-Conditions/Fibromyalgia>.

Taaffe, D. R. (2006). Exercise as a treatment strategy. *Australian Family Physician*. *Sarcopenia*, (Vol. 35, p.131). Sydney: Royal Australian College of General Practitioners

Queiroz, M. V. (2014). *Doenças Reumáticas*. Lisboa. LIDEL.

Queiroz, M. V. (2011). *Doenças reumáticas em 12 lições*. Lisboa. LIDEL.

Queiroz, M. V. (2006). *1000 Recomendações para Diagnosticar e Tratar Corretamente as Doenças Reumáticas*. Lisboa. Printer Portuguesa.

Anexos

Anexo A: Folha de Registo

FICHA DE REGISTO - TESTES FÍSICOS

Primeiro Nome:		Último Nome:		ID:
Peso	Kg	Altura	cm	

6 METROS	
1ª Repetição:	(seg)
2ª Repetição:	(seg)
Utilizou auxiliar de marcha?	
Não () Sim () Qual?	
Obs:	

IR E VIR 3m	
Resultado (segundos):	
Utilizou auxiliar de marcha?	
Não () Sim () Qual?	
Obs:	

SENTAR E ALCANÇAR	
Direita:	cm
Esquerda:	cm
Obs:	

ALCANÇAR ATRÁS DAS COSTAS	
Direito:	cm
Esquerdo:	cm
Obs:	

M.S. MAIS DOLOROSO	Direito: <input type="checkbox"/>	Esquerdo: <input type="checkbox"/>	Articulação:
M.I. MAIS DOLOROSO	Direito: <input type="checkbox"/>	Esquerdo: <input type="checkbox"/>	Articulação:
PATOLOGIA			

FORÇA DE PRENSÃO MANUAL			
	1ª Repetição	2ª Repetição	3ª Repetição
Mão Direita			
Mão Esquerda			
Mão Dominante	Direita: <input type="checkbox"/> Esquerda: <input type="checkbox"/>		

DINAMÓMETRO DE DEDO (PINCH STRENGTH)		
	Mão Direita	Mão Esquerda
LATERAL		
TRÊS PONTOS		
DOIS PONTOS		

SENTAR E LEVANTAR DA CADEIRA 30 seg	
_____ (seg.)	Utilizou os braços sobre as pernas? Não () Sim ()
Utilizou auxiliar de marcha? Não () Sim () Qual?	
Obs:	

EQUILÍBRIO SOBRE UM APOIO	
Direita:	Esquerda:
Obs:	

Relatório de Estágio no Instituto Português de Reumatologia

Anexo B: Questionário de Caracterização

CHECK-LIST DAS AVALIAÇÕES

Nome: PRIMEIRO _____ ÚLTIMO _____	ID: _____
--------------------------------------	-----------

Testes	Avaliador	Horas	Dia da Avaliação
Preensão Manual			
Sentar e levantar na cadeira (30seg)			
Equilíbrio sobre um apoio			
Sentar e alcançar			
Alcançar atrás das costas			
TUG (Ir e Vir 3m)			
6 Metros Marcha			
Pinch Strength			
Questionários			
WOMAC			
EQ-5D-5L			
IPAQ			
Estratégias de Coping			
BIP			
FACIT			
BASDAI			
HAQ			
OSWESTRY			

Relatório de Estágio no Instituto Português de Reumatologia

Primeiro Nome:	Último Nome:	ID:
Idade ____ Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Raça: Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Outra _____	Peso ____ kg	
	Altura ____ cm	
Estado Civil: Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Separado, mas ainda legalmente casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>		

Ocupação atual:
Reformado: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Ocupação antes da reforma:
Apesar de reformado tem alguma ocupação?

Foi atleta de competição? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Durante quantos anos?
Qual modalidade:	

Nível de escolaridade: Nenhum <input type="checkbox"/>	Primário/Primeiro Ciclo <input type="checkbox"/>
2º, 3º Ciclo <input type="checkbox"/>	Secundário <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ensino Superior <input type="checkbox"/>

Mão dominante: Esquerda: <input type="checkbox"/>	Direita: <input type="checkbox"/>
Membro superior mais doloroso: Direito: <input type="checkbox"/> Esquerdo: <input type="checkbox"/> Articulação:	
Obs.:	
Membro inferior mais doloroso: Direito: <input type="checkbox"/> Esquerdo: <input type="checkbox"/> Articulação:	
Obs.:	

Usa auxiliar de marcha:	
Não: <input type="checkbox"/>	Sim: <input type="checkbox"/> Qual:

Prótese:	
Não: <input type="checkbox"/>	Sim: <input type="checkbox"/> Qual:

Patologia:

Relatório de Estágio no Instituto Português de Reumatologia

Anexo C: Brief-Cope

<i>Brief COPE</i>	Nunca faço isso	Raramente faço isso	Faço isso algumas vezes	Faço sempre isso
1.1. Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação	□□	□□	□□	□□
1.2. Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação (desempenho)	□□	□□	□□	□□
2.1. Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer	□□	□□	□□	□□
2.2. Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação	□□	□□	□□	□□
3.1. Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação	□□	□□	□□	□□
3.2. Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo	□□	□□	□□	□□
4.1. Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos)	□□	□□	□□	□□
4.2. Procuo o conforto e compreensão de alguém	□□	□□	□□	□□
5.1. Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual	□□	□□	□□	□□
5.2. Rezo ou medito	□□	□□	□□	□□
6.1. Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva	□□	□□	□□	□□
6.2. Procuo algo positivo em tudo o que está a acontecer	□□	□□	□□	□□
7.1. Faço críticas a mim próprio	□□	□□	□□	□□
7.2. Culpo-me pelo que está a acontecer	□□	□□	□□	□□
8.1. Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer	□□	□□	□□	□□
8.2. Tento aprender a viver com a situação	□□	□□	□□	□□
9.1. Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos (emoções)	□□	□□	□□	□□
9.2. Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento	□□	□□	□□	□□
10.1. Tenho dito para mim próprio(a): "isto não é verdade"	□□	□□	□□	□□
10.2. Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer desta forma comigo	□□	□□	□□	□□
11.1. Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação	□□	□□	□□	□□
11.2. Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar, ou ir às compras	□□	□□	□□	□□
12.1. Desisto de me esforçar para obter o que quero	□□	□□	□□	□□
12.2. Simplesmente desisto de tentar atingir o meu objectivo	□□	□□	□□	□□
13.1. Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor	□□	□□	□□	□□
13.2. Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas	□□	□□	□□	□□
14.1. Enfrento a situação levando-a para a brincadeira	□□	□□	□□	□□
14.2. Enfrento a situação com sentido de humor	□□	□□	□□	□□

Anexo D: Questionário EQ-5D-5L



Por baixo de cada título, assinale o quadrado que descreve melhor como a sua saúde está **HOJE**.

MOBILIDADE

Não tenho problemas em andar	<input type="checkbox"/>
Tenho problemas ligeiros em andar	<input type="checkbox"/>
Tenho problemas moderados em andar	<input type="checkbox"/>
Tenho problemas graves em andar	<input type="checkbox"/>
Sou incapaz de andar	<input type="checkbox"/>

CUIDADOS PESSOAIS

Não tenho problemas em me lavar ou vestir	<input type="checkbox"/>
Tenho problemas ligeiros em me lavar ou vestir	<input type="checkbox"/>
Tenho problemas moderados em me lavar ou vestir	<input type="checkbox"/>
Tenho problemas graves em me lavar ou vestir	<input type="checkbox"/>
Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a	<input type="checkbox"/>

ATIVIDADES HABITUAIS *(ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)*

Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais	<input type="checkbox"/>
Tenho problemas ligeiros em desempenhar as minhas atividades habituais	<input type="checkbox"/>
Tenho problemas moderados em desempenhar as minhas atividades habituais	<input type="checkbox"/>
Tenho problemas graves em desempenhar as minhas atividades habituais	<input type="checkbox"/>
Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais	<input type="checkbox"/>

DOR/MAL-ESTAR

Não tenho dores ou mal-estar	<input type="checkbox"/>
Tenho dores ou mal-estar ligeiros	<input type="checkbox"/>
Tenho dores ou mal-estar moderados	<input type="checkbox"/>
Tenho dores ou mal-estar graves	<input type="checkbox"/>
Tenho dores ou mal-estar extremos	<input type="checkbox"/>

ANSIEDADE/DEPRESSÃO

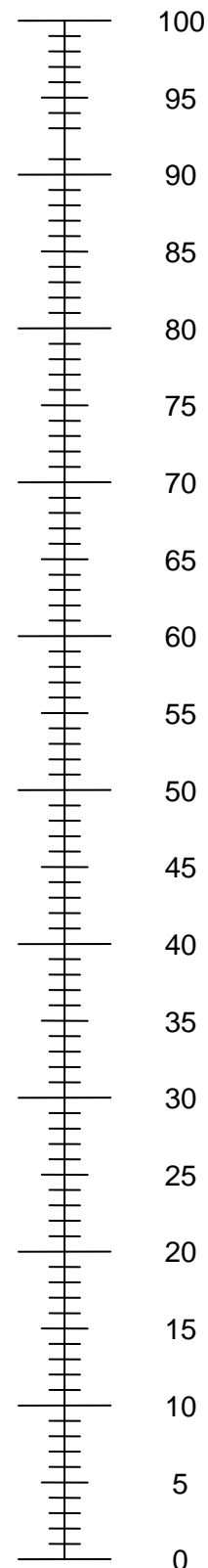
Não estou ansioso/a ou deprimido/a	<input type="checkbox"/>
Estou ligeiramente ansioso/a ou deprimido/a	<input type="checkbox"/>
Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a	<input type="checkbox"/>
Estou gravemente ansioso/a ou deprimido/a	<input type="checkbox"/>
Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a	<input type="checkbox"/>

Relatório de Estágio no Instituto Português de Reumatologia

- Gostaríamos de saber o quanto a sua saúde está boa ou má HOJE.
- A escala está numerada de 0 a 100.
- 100 significa a melhor saúde que possa imaginar. 0 significa a pior saúde que possa imaginar.
- Coloque um X na escala de forma a demonstrar como a sua saúde se encontra HOJE.
- Agora, por favor escreva o número que assinalou na escala no quadrado abaixo.

A SUA SAÚDE HOJE =

A melhor saúde que
possa imaginar



A pior saúde que
possa imaginar

Anexo E: Questionário BPI

Data: ___/___/___

Hora: _____

Nome: _____

Apelido

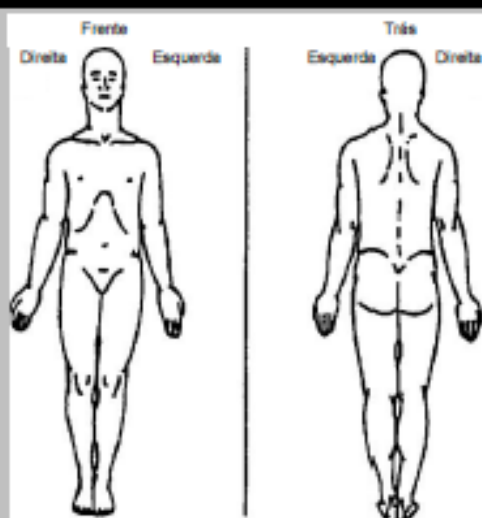
Nome próprio

1. Ao longo da vida, a maior parte de nós teve dor de vez em quando (tais como dores de cabeça de pequena importância, entorses e dores de dentes). Teve alguma dor diferente destas dores comuns hoje?

1. Sim

2. Não

2. Nas figuras marque as áreas onde sente dor. Coloque um X na zona que lhe dói mais.



3. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **máximo** nas últimas 24 horas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

4. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **mínimo** nas últimas 24 horas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

5. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor **em média**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

6. Por favor classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que indica a intensidade da sua dor **neste preciso momento**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

Data: / /

Hora:

Nome: _____

Apelido

Nome próprio

7. Que tratamentos ou medicamentos está a fazer para a sua dor?

8. Nas últimas 24 horas, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor, assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o alívio que sentiu.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Nenhum alívio										Alívio completo

9. Assinale com um círculo o número que descreve em que medida é que, durante as últimas 24 horas, a sua dor interferiu com a sua/seu:

A. Actividade geral

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

B. Disposição

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

C. Capacidade para andar a pé

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

D. Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

E. Relações com outras pessoas

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

F. Sono

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

G. Prazer de viver

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

Relatório de Estágio no Instituto Português de Reumatologia

Anexo F: Questionário FACIT

ESCALA DE FADIGA FACIT (VERSÃO V2.0)

Abaixo encontrará uma lista de afirmações que outras pessoas com a sua doença disseram ser importantes. **Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos ÚLTIMOS 7 DIAS.**

	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
Sinto-me fatigado(a)	0	1	2	3	4
Sinto fraqueza generalizada	0	1	2	3	4
Sinto-me sem forças (sem vontade para nada)	0	1	2	3	4
Sinto-me cansado(a)	0	1	2	3	4
Tenho dificuldade em <u>começar</u> as coisas porque estou cansado(a)	0	1	2	3	4
Tenho dificuldade em <u>acabar</u> as coisas porque estou cansado(a)	0	1	2	3	4
Tenho energia	0	1	2	3	4
Sou capaz de fazer as minhas actividades habituais	0	1	2	3	4
Preciso de dormir durante o dia	0	1	2	3	4
Estou cansado(a) demais para comer	0	1	2	3	4
Preciso de ajuda para fazer as minhas actividades habituais	0	1	2	3	4
Estou frustrado(a) por estar cansado(a) demais para fazer as coisas que quero	0	1	2	3	4
Tenho que limitar as minhas actividades sociais por estar cansado(a)	0	1	2	3	4

Relatório de Estágio no Instituto Português de Reumatologia

Anexo G: Questionário IPAQ

IPAQ QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE AVALIAÇÃO DA ACTIVIDADE FÍSICA - Versão Portuguesa Curta

Este questionário inclui questões sobre a actividade física que realiza habitualmente para se deslocar de um lado para outro, no trabalho, nas actividades domésticas (femininas ou masculinas), na jardinagem e nas actividades que efetua no seu tempo livre para entretenimento, exercício ou desporto. As questões referem-se à actividade física que realiza numa **semana normal**, e **não em dias excepcionais**, como por exemplo, no dia em que fez a mudança da casa.

Por favor responda a todas as questões mesmo que não se considere uma pessoa ativa.

Ao responder às seguintes questões considere o seguinte:

Actividade física vigorosa refere-se a actividades que requerem muito esforço físico e a respiração fica muito mais intensa que o normal.

Actividade física moderada refere-se a actividades que requerem esforço físico moderado e a respiração fica um pouco mais intensa que o normal.

Ao responder às questões considere apenas as actividades físicas que realize durante pelo menos 10 minutos seguidos.

1a Durante a última semana, quantos **dias** fez actividade física **vigorosa** como levantar e/ou transportar objetos pesados, cavar, realizar ginástica aeróbica, correr, nadar, jogar futebol ou andar de bicicleta a uma velocidade acelerada?

_____ dias por semana

_____ Nenhum (passe para a questão **2a**)

1b Quanto **tempo**, no total, despendeu num desses dias, a realizar actividade física **vigorosa**?

_____ horas _____ minutos

2a Durante a última semana, quantos **dias** fez actividade física **moderada** como levantar e/ou transportar objetos leves, andar de bicicleta a uma velocidade moderada, actividades domésticas (ex.: esfregar, aspirar), cuidar do jardim, fazer trabalhos de carpintaria, jogar ténis de mesa? Não inclua o andar/caminhar.

_____ dias por semana

_____ Nenhum (passe para a questão **3a**)

2b Quanto **tempo**, no total, despendeu num desses dias, a realizar actividade física moderada?

_____ horas _____ minutos

Relatório de Estágio no Instituto Português de Reumatologia

3a Durante a última semana, quantos dias **andou/caminhou** durante pelo menos 10 minutos seguidos? Inclua caminhadas para o trabalho e para casa, para se deslocar de um lado para outro e qualquer outra caminhada que possa fazer somente para recreação, desporto ou lazer.

_____ dias por semana

_____ Nenhum (passe para a questão **4a**)

3b Quanto **tempo**, no total, despendeu num desses dias a andar/caminhar?

_____ horas _____ minutos

3c A que **ritmo** costuma caminhar?

_____ **Vigoroso**, que toma a sua respiração muito mais intensa que o normal;

_____ **Moderado**, que toma a sua respiração um pouco mais intensa que o normal;

_____ **Lento**, que não causa qualquer alteração na sua respiração.

*As últimas questões referem-se ao tempo que está sentado diariamente no trabalho, em casa, no percurso para o trabalho e durante os tempos livres. Estas questões incluem por exemplo o tempo em que está **sentado à mesa ou à secretária, a visitar amigos, a ler ou sentado/deitado a ver televisão.***

4a Quanto **tempo**, no total, passou sentado(a) durante um dos dias de semana (segunda-feira a sexta-feira)? _____ horas _____ minutos

4b Quanto **tempo**, no total, passou sentado(a) durante um dos dias de fim-de-semana (sábado ou domingo)? _____ horas _____ minutos

Relatório de Estágio no Instituto Português de Reumatologia

Anexo H: Questionário HAQ

Versão Portuguesa do HAQ-c

Nome _____ Data ____/____/____

HAQ - Versão Portuguesa

Estamos interessados em saber como e que a sua doença o afecta no seu dia a dia

Para cada questão numerada assinale uma e só uma resposta, aquela que no seu entender melhor descreva as suas capacidades médias na SEMANA QUE PASSOU.

	Sem Qualquer dificuldade	Com alguma dificuldade	Com muita dificuldade	Incapaz
1. Vestir-se e arranjar-se Consegue				
Vestir-se incluindo abotoar a roupa e atar os sapatos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavar o cabelo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Levantar-se Consegue				
Enguer-se de uma cadeira?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deitar e levantar-se da cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Comer Consegue				
Cortar a carne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levar a boca em copo ou uma chávena cheios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abrir pela primeira vez um pacote de leite de cartão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Caminhar Consegue				
Caminhar fora de casa em terreno plano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir cinco degraus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinale qual destes UTENSÍLIOS usa habitualmente:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bengala | <input type="checkbox"/> Auxiliares para se vestir (caçadeira comprida fecho elástico especial, enfiador de botões, etc). |
| <input type="checkbox"/> Andarilho | <input type="checkbox"/> Adaptações na casa ou nos seus utensílios |
| <input type="checkbox"/> Muleta ou canadiana | <input type="checkbox"/> Cadeiras especiais |
| <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas | <input type="checkbox"/> Outro (descrever) _____ |

Assinale as actividades para cujo desempenho necessita habitualmente de OUTRA PESSOA:

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vestir-se e arranjar-se | <input type="checkbox"/> Comer |
| <input type="checkbox"/> Levantar-se | <input type="checkbox"/> Caminhar |

Para cada questão numerada assinale uma e só uma resposta, aquela que no seu entender melhor descreva as suas capacidades médias na SEMANA QUE PASSOU.

	Sem Qualquer dificuldade	Com alguma dificuldade	Com muita dificuldade	Incapaz
5. Higiene Consegue				
Lavar e limpar todo o corpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar banho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentar e levantar-se da sanita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Alcançar Consegue				
Alcançar e trazer até si um objecto de cerca de 2.5 Kg colocado acima da sua cabeça?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curvar-se e apanhar roupas caídas no chão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pressão Consegue				
Abrir as portas do carro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abrir as tampas de frascos que já tenham sido abertos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abrir e fechar torneiras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Actividades Consegue				
Fazer compras e recados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrar e sair de um carro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer a lixa da casa (por ex. aspirar o pó, varrer ou fazer jardinagem)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinale qual destes UTENSÍLIOS usa habitualmente:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sanita mais alta | <input type="checkbox"/> Pegas na banheira |
| <input type="checkbox"/> Banho para tomar banho | <input type="checkbox"/> Peças de pressão |
| <input type="checkbox"/> Abre botões (para botões tenham sido já abertos) | <input type="checkbox"/> Adaptações com pegas longas para a higiene pessoal |
| | <input type="checkbox"/> Outro (descrever) _____ |

Assinale as actividades para cujo desempenho necessita habitualmente de OUTRA PESSOA:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Higiene Pessoal | <input type="checkbox"/> Agarrar e abrir objectos |
| <input type="checkbox"/> Alcançar objectos | <input type="checkbox"/> Lida doméstica e compras |

AVALIAÇÃO DA DOR PELO DOENTE

Sem dor _____ pior dor possível _____

Por favor peça ao doente para assinalar na linha a gravidade da dor

Secção A

DOR

Pense na dor que tem sentido recentemente na articulação do joelho devido à sua artrose (assinale, por favor, as suas respostas com um "X" de acordo com a gravidade da dor).

PERGUNTA: Qual é a intensidade da dor que sente?

1. A andar numa superfície plana.

☹ _____ ☺
SEM DOR DOR EXTREMA

2. A subir ou a descer escadas.

☹ _____ ☺
SEM DOR DOR EXTREMA

3. Durante a noite na cama.

☹ _____ ☺
SEM DOR DOR EXTREMA

4. Sentado ou deitado.

☹ _____ ☺
SEM DOR DOR EXTREMA

5. Parado em pé.

☹ _____ ☺
SEM DOR DOR EXTREMA

RIGIDEZ

Pense na rigidez (não na dor) que tem sentido recentemente na articulação do joelho, devido à sua artrose.

Rigidez é uma sensação de dificuldade em iniciar o movimento da sua articulação (assinale, por favor, as suas respostas com um "X" na linha de acordo com a gravidade da rigidez).

1. Qual o grau de rigidez logo após ter acordado, de manhã?

☹ _____ ☺
SEM RIGIDEZ RIGIDEZ EXTREMA

2. Qual o grau de rigidez após Ter estado sentado, deitado, ou em repouso no fim do dia?

☹ _____ ☺
SEM RIGIDEZ RIGIDEZ EXTREMA

Secção C

DIFICULDADES EM DESEMPENHAR AS SUAS ACTIVIDADES DIÁRIAS

Pense na dificuldade que tem sentido recentemente e realizar as seguintes actividades físicas diárias, devido à sua artrose no joelho. Com isto queremos saber qual é a sua capacidade para se movimentar e cuidar de si (assinale, por favor, as suas respostas com um "X" na linha de acordo a gravidade da limitação que sente).

PERGUNTA: Que grau de dificuldade é que sente?

1. A descer escadas.

☺ _____ ☹
SEM DIFICULDADE DIFICULDADE EXTREMA

2. A subir escadas.

☺ _____ ☹
SEM DIFICULDADE DIFICULDADE EXTREMA

3. A levantar-se depois de estar sentado.

☺ _____ ☹
SEM DIFICULDADE DIFICULDADE EXTREMA

4. Em manter-se de pé.

☺ _____ ☹
SEM DIFICULDADE DIFICULDADE EXTREMA

5. Ao dobrar-se para o chão.(agachar-se dobrando os joelhos)

☺ _____ ☹
SEM DIFICULDADE DIFICULDADE EXTREMA

6. A andar numa superfície plana.

☺ _____ ☹
SEM DIFICULDADE DIFICULDADE EXTREMA

7. A entrar ou sair de um carro ou de um autocarro.

☺ _____ ☹
SEM DIFICULDADE DIFICULDADE EXTREMA

8. A ir às compras.

☺ _____ ☹
SEM DIFICULDADE DIFICULDADE EXTREMA

Anexo J: Questionário BASDAI

ÍNDICE DE ACTIVIDADE DE BATH PARA A ESPONDILITE ANQUILOSANTE (BASDAI)

FAÇA UM TRAÇO EM CADA UMA DAS LINHAS QUE SE SEGUEM PARA INDICAR A SUA RESPOSTA A CADA PERGUNTA, RELATIVAMENTE À ÚLTIMA SEMANA

1 Como descreveria, em geral, a fadiga / o cansaço que tem sentido?

NENHUMA |-----| MUITO INTENSA

2 Como descreveria, em geral, a dor que tem tido no pescoço, nas costas ou na anca, devido à doença?

NENHUMA |-----| MUITO INTENSA

3 Como descreveria, em geral, a dor / o inchaço que tem tido nas articulações, com excepção do pescoço, das costas e da anca?

NENHUMA |-----| MUITO INTENSA

4 Como descreveria, em geral, o desconforto sentido quando toca ou carrega em zonas que doem?

NENHUMA |-----| MUITO INTENSA

5 Como descreveria, em geral, a intensidade da rigidez matinal que tem tido desde que acorda?

NENHUMA |-----| MUITO INTENSA

6 Quanto tempo dura a rigidez matinal desde que acorda?

0 horas |-----| 1/4 |-----| 1 |-----| 1 1/4 |-----| 2 ou mais horas

Relatório de Estágio no Instituto Português de Reumatologia

Anexo L: Questionário FIQR

The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire – Portuguese Version

FIQR-P

Apelido:

Nome:

Idade:

Duração dos sintomas da FM (anos): _____

Há quanto tempo foi a FM diagnosticada pela primeira vez (anos): _____

Instruções: Para cada uma das 9 perguntas seguintes, marque a caixa que melhor indica o quanto a sua Fibromialgia dificultou a execução das seguintes actividades durante os últimos 7 dias. Se não desempenhou uma das actividades nos últimos 7 dias, considere o nível de dificuldade para a última vez que realizou a actividade. Se não consegue realizar uma determinada actividade, assinale a última caixa.

Escovar ou pentear o cabelo	Sem Dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito Difícil
Andar, sem parar, durante 20 minutos	Sem Dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito Difícil
Preparar uma refeição caseira	Sem Dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito Difícil
Aspirar, lavar ou varrer o chão	Sem Dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito Difícil
Levantar e carregar um saco cheio de compras	Sem Dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito Difícil
Subir um lance de escadas	Sem Dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito Difícil
Mudar os lençóis da cama	Sem Dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito Difícil
Sentar-se numa cadeira durante 45 minutos	Sem Dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito Difícil
Ir às compras	Sem Dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito Difícil

Sub-total (apenas para uso interno)

Instruções: Para cada uma das 2 perguntas seguintes, marque a caixa que melhor descreve o impacto geral da sua Fibromialgia durante os últimos 7 dias.

A Fibromialgia impediu-me de alcançar os objectivos definidos para a semana	Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sempre
Estava completamente dominado pelos meus sintomas de Fibromialgia	Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sempre

Sub-total (apenas para uso interno)

The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire – Portuguese Version

Instruções: Para cada uma das seguintes 10 questões, marque a caixa que melhor indica a intensidade destes sintomas comuns da Fibromialgia durante os últimos 7 dias

Por favor classifique o seu nível de dor	Sem Dor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dor Insuportável
Por favor classifique o seu nível de energia	Muita Energia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sem Energia
Por favor classifique o seu nível de rigidez	Sem Rigidez	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Muita Rigidez
Por favor classifique a qualidade do seu sono	Bem repousado ao acordar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Muito cansado ao acordar
Por favor classifique o seu nível de depressão	Sem Depressão	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Muito deprimido
Por favor classifique o seu nível de problemas com a memória	Boa Memória	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Memória muito fraca
Por favor classifique o seu nível de ansiedade	Sem Ansiedade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Muito Ansioso
Por favor classifique o seu nível de sensibilidade ao toque	Sem Sensibilidade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Muito Sensível
Por favor classifique o seu nível de problemas de equilíbrio	Nenhum desequilíbrio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desequilíbrio grave
Por favor classifique o seu nível de sensibilidade a ruídos altos, luzes brilhantes, cheiros e frio.	Sem Sensibilidade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sensibilidade Extrema

Sub-total (apenas para uso interno)

FIQR-P TOTAL (apenas para uso interno)

Anexo M: Questionário OSWESTRY

ÍNDICE DE OSWESTRY SOBRE INCAPACIDADE (VERSÃO 2.0)

O questionário que se segue foi feito para nos dar informações de como o seu problema com as costas (ou perna) tem afectado a sua capacidade para viver o dia-a-dia .

Por favor responda a *todas* as secções.

Escolha apenas o *quadrado* em cada secção que melhor o descreve *hoje*.

Secção 1: Intensidade da dor

- Neste momento não tenho dores
- A dor é muito ligeira neste momento
- A dor é moderada neste momento
- A dor é um bocado forte neste momento
- A dor é muito forte neste momento
- A dor é o pior que se possa imaginar neste momento

Secção 2: Cuidados pessoais (lavar, vestir, etc.)

- Consigo arranjar-me como antes sem ter mais dores
- Consigo arranjar-me como antes mas tenho muitas dores
- Tenho muitas dores quando me estou a arranjar e sou muito lento(a) e cuidadoso(a)
- Preciso de alguma ajuda mas consigo arranjar-me quase todo(a) sozinho(a)
- Preciso de ajuda todos os dias na maior parte dos meus cuidados pessoais
- Não me visto, lavo-me com dificuldade, e fico na cama

Secção 3: Levantar pesos

- Consigo levantar grandes pesos sem ter mais dores
- Consigo levantar grandes pesos mas tenho mais dores
- As dores não me deixam levantar grandes pesos do chão mas já consigo fazê-lo se estiverem num sítio que dê jeito, por exemplo, em cima duma mesa
- As dores não me deixam levantar grandes pesos mas consigo levantar pesos leves ou médios se estiverem num sítio que dê jeito
- Só consigo levantar pesos muito leves
- Não consigo levantar ou carregar absolutamente nada

Secção 4: Andar

- As dores não me impedem de andar qualquer distância
- As dores não me deixam andar mais de 1,5 km
- As dores não me deixam andar mais de 500 m
- As dores não me deixam andar mais de 100 m
- Só consigo andar com uma bengala ou com canadianas
- Estou na cama a maior parte do tempo e tenho que me arrastar para ir a casa de banho

Secção 5: Estar sentado/a

- Consigo estar sentado/a em qualquer cadeira o tempo que eu quiser
- Consigo estar sentado/a na minha cadeira preferida o tempo que eu quiser
- As dores não me deixam estar sentado/a mais de uma hora
- As dores não me deixam estar sentado/a mais de meia hora
- As dores não me deixam estar sentado/a mais de 10 minutos
- As dores não me deixam estar sentado/a

Secção 6: Estar de pé

- Consigo estar de pé o tempo que eu quiser sem ter mais dores
- Consigo estar de pé o tempo que eu quiser mas tenho mais dores
- As dores não me deixam estar de pé mais de uma hora
- As dores não me deixam estar de pé mais de meia hora
- As dores não me deixam estar de pé mais de 10 minutos
- As dores não me deixam estar de pé

Secção 7: Dormir

- O meu sono nunca é perturbado pelas dores
- O meu sono é ocasionalmente perturbado pelas dores
- Por causa das dores durmo menos de 6 horas
- Por causa das dores durmo menos de 4 horas
- Por causa das dores durmo menos de 2 horas
- As dores não me deixam dormir

Relatório de Estágio no Instituto Português de Reumatologia

Secção 8: Vida sexual (se se aplicar)

- A minha vida sexual é normal e não me causa mais dores
- A minha vida sexual é normal mas causa-me mais dores
- A minha vida sexual é quase normal mas causa-me muitas dores
- A minha vida sexual é limitada pelas dores
- Quase não tenho vida sexual por causa das dores
- As dores não me deixam ter uma vida sexual

Secção 9: Vida social

- A minha vida social é normal e não me causa mais dores
- A minha vida social é normal mas aumenta a intensidade das dores
- As dores não têm grande influência na minha vida social para além de limitarem as minhas actividades mais exigentes, por exemplo, desporto, etc
- As dores limitaram a minha vida social e eu já não saio tanto
- As dores confinaram a minha vida social à minha casa
- Não tenho vida social por causa das dores

Secção 10: Viajar

- Consigo viajar para qualquer lado sem dores
- Consigo viajar para qualquer lado mas causa-me mais dores
- As dores incomodam-me mas consigo fazer viagens de mais de 2 horas
- As dores não me deixam fazer viagens de mais de 1 hora
- As dores restringem-me a viagens necessárias e curtas, de menos de 30 minutos
- As dores não me deixam viajar a não ser para fazer tratamento

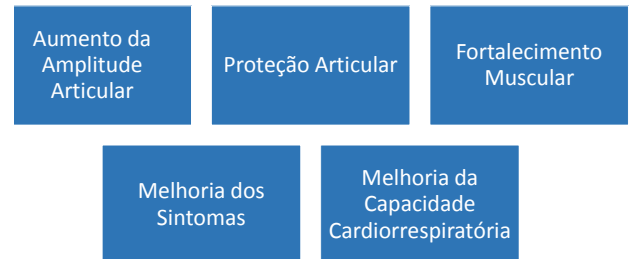
**AGRADECEMOS A SUA COLABORAÇÃO E O TEMPO QUE NOS CONCEDEU
AO PREENCHER ESTE QUESTIONÁRIO**

Anexo N: Sessão Educativa

Benefícios Gerais do Exercício

Esperança de vida	Doenças Reumáticas	Saúde Mental
Doenças Cardiovasculares	Hipertensão	Peso
Cancro	Diabetes	Atividades da Vida Diária

Benefícios Específicos do Exercício



Benefícios do Exercício
Atividade Física e Exercício Físico
Tipo ou Modos de Exercício
Dicas para o Exercício e de Gestão da Patologia
Folha de Registo – Programa Domiciliário



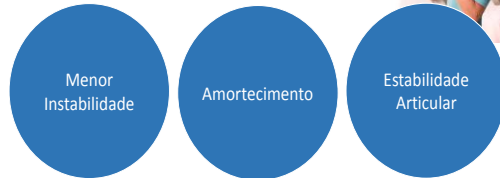
Benefícios do Exercício
Atividade Física e Exercício Físico
Tipo ou Modos de Exercício
Dicas para o Exercício e de Gestão da Patc
Folha de Registo – Programa Domiciliár

Flexibilidade



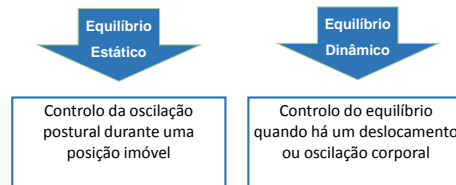
Relatório de Estágio no Instituto Português de Reumatologia

Força Muscular

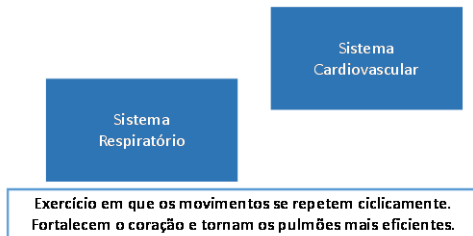


Equilíbrio

Capacidade de manter a posição do corpo sobre a sua base de apoio seja essa base estável ou móvel.



Aeróbio



Benefícios do Exercício
Atividade Física e Exercício Físico
Tipo e Modos de Exercício
Dicas para o Exercício e de Gestão da Patologia
Folha de Registo – Programa Domiciliário

Planeamento Semanal


	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
6h							
7h							
8h							
9h							
10h							
11h		Super mercado			Exercício		
12h							
13h							
14h							
15h							
16h							
17h							
18h							
19h			Exercício	Tomar conta dos netos			
20h							
21h							
22h							
23h							
24h							
01h							

Dicas para o Exercício e Gestão


FADIGA	FALTA DE ENERGIA
Realizar exercício na altura do dia em que se sentir menos fatigado	Alimentação correta
-----	Sono reparador


Relatório de Estágio no Instituto Português de Reumatologia

Anexo O: Programa Domiciliário



Diário de Treino





Semana	Dia da Semana	Dor Manhã	Dor no Início do Exercício	Nº de Séries	Repet.	Flexibilidade						Força						Dor no Final do Exercício	Dor Máxima durante o Dia *	Observações **		
						A		B		C		D		E		F					G	
						Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo				Direito	Esquerdo
1ª Semana				1	6																	
2ª Semana				1	6																	
3ª Semana				1	8																	
4ª Semana				1	8																	
5ª Semana				2	8																	
6ª Semana				2	8																	
7ª Semana				2	10																	
8ª Semana				2	10																	

*Registo feito à noite

**Na coluna observações deverá escrever alguma situação fora do normal que possa ter interferido na realização dos exercícios (ex: quedas, medicação)

Deve marcar "certo" ✓ ou "errado" X, dependendo se conseguiu ou não fazer o número de repetições dos exercícios

Os exercícios em cadeira, a cadeira deve estar encostada à parede

Relatório de Estágio no Instituto Português de Reumatologia

Anexo P: Análise SWOT I

Avaliação SWOT (26/09/2016)

<u>Forças</u>	<u>Fraquezas</u>	<u>Oportunidades</u>	<u>Ameaças</u>
Confiança/União do grupo	Falta de experiência real	Parceria com profissionais da área	Escassez de casos reais
Paciente/Calma	Falta de competências para lidar com a pressão	Localização privilegiada	Falta de acompanhamento profissional
Dinamismo	Ausência de perspetiva de mercado no futuro	Acesso a novas experiências	Agravamento da condição física dos pacientes
Profissionalismo		Acesso a casos reais	Desvalorização profissional
Compromisso/Responsabilidade		Aprendizagem	Barreiras na aprendizagem
Relacionamento Interpessoal		Novas responsabilidades/Desafios	
Conhecimentos básicos		Estudo de novas matérias/Acesso a novos conhecimentos	
Independente na matéria de Ação Social			

Relatório de Estágio no Instituto Português de Reumatologia

Anexo Q: Análise SWOT II

Avaliação SWOT

<u>Forças</u>	<u>Fraquezas</u>	<u>Oportunidades</u>	<u>Ameaças</u>
Confiança	Falta de dados para um tratamento correto de dados (bateria para avaliar pessoas com >60 anos e existirem muitos com <60anos)	Parceria com profissionais da área	Espaços reduzidos para a promoção de atividade física
Paciente	Falta de competências para lidar com a pressão	Localização privilegiada	Período de internamento em fases agudas (não é possível trabalhar com os utentes)
Dinamismo	Ausência de perspetiva de mercado no futuro	Novas experiências	Agravamento da condição física dos pacientes
Profissionalismo	Falta de competências para executar uma prescrição de exercício sem apoio bibliográfico	Acesso a casos reais (comuns, raros, interessantes)/ Desafios	Programa domiciliário com pouco acompanhamento, existindo a possibilidade de ausência de resultados
Compromisso	Pouca experiência na área da saúde (medicação, patologias)	Aprendizagem	
Relacionamento Interpessoal		Novas responsabilidades	
Social		Acesso a novas áreas de estudo	
Conhecimentos na área da Ação Social			
Adaptação rápida			