



VII MESTRADO EM COMUNICAÇÃO EM SAÚDE



Desempenho Ocupacional e Fibromialgia: Intervenção em Equipa Multidisciplinar, Contributo da Terapia Ocupacional

Dissertação de Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde
Trabalho realizado por Maria João Pinto Resende
Sob a Orientação da Prof. Doutora Manuela Ferreira

LISBOA

Junho 2009



VII Mestrado Comunicação em Saúde



VII MESTRADO EM COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Desempenho Ocupacional e Fibromialgia: Intervenção em Equipa Multidisciplinar, Contributo da Terapia Ocupacional

Dissertação de Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde
Trabalho realizado por Maria João Pinto Resende
Sob a Orientação da Prof. Doutora Manuela Ferreira

LISBOA

Junho 2009

Agradecimentos

Agradecer significa mostrar-se grata, e eu estou grata

À Dr^a Manuela Ferreira ... por me ter apoiado nas longas horas passadas ao computador, pelo cansaço excessivo e a persistência extrema demonstrada na correcção do trabalho, pela coragem constante quando o fim não estava próximo, mas como alguém muito sábio diz “o mundo é das mulheres” eu acrescento que conseguimos tudo.

Às senhoras com fibromialgia que simpaticamente quiseram fazer parte deste projecto, a elas o meu muito obrigado.

À minha Amiga e colega com quem faço as sessões, Ana Rita Henriques, porque quando falamos de fibromialgia, o “universo” é um espaço muito reduzido para conter tantas “queixas”, e com a sua boa disposição e capacidade de síntese, avaliar estas senhoras com a Medida Canadiana de Desempenho Ocupacional tornou-se uma tarefa mais facilitada. Agradeço-lhe ainda os momentos bons por que passamos na realização destas sessões e no crescimento passo a passo que demos na tentativa de saber mais sobre esta síndrome.

À Dr.^a Cláudia pelo seu precioso contributo.

À minha mãe e irmã mais velha, porque acreditaram e investiram.

À minha Rita, que com ela levei a bom porto esta meta.

Ao Gaspar o meu companheiro de todas as horas.

Ao Pedro pelos abraços reconfortantes, pela luta constante e por não me ter deixado desistir.

A todos vós o meu muito obrigada

Como profissionais de saúde, Terapeutas Ocupacionais, somos preparados para lidar com as mais variadas situações, contudo e tendo por formação base, algumas técnicas de dinâmica de grupo, nada nos faria antever o que nos esperava....imaginem-se entrar numa sala, onde invariavelmente se encontram senhoras de fâcias antagónicas que variam num padrão misto de olhos pregados no chão, com olheiras profundas, tórax afundado, passivas, perdidas no seu próprio Eu, ou exuberantes, em limiar de alerta máximo, com olhar atento/presente mas sem sentido, as cabeças giram de um lado para o outro, onde tudo é questionado ao mais ínfimo detalhe, sem oportunidade de ouvirem a resposta, antes mesmo da apresentação do programa e / ou da equipa.

O significado destes comportamentos tem uma base comum,a fadiga, o cansaço, a procura desesperada de reconhecimento de tanto sofrimento e da solução para uma dor real, pouco ou nada acreditada.

Estamos no início da primeira sessão do Grupo de Fibromialgia. Dado a conhecer o programa e feita a apresentação dos profissionais, segue-se a apresentação dos restantes elementos da equipa, as senhoras com fibromialgia.

As histórias de vida são diversas, mas a tónica é comum: dor e cansaço generalizados, incapacidade para a realização das mais variadas actividades, sono não reparador, isolamento, falta de concentração, não reconhecimento do problema por parte de familiares e entidades patronais. Sofrimento, desespero.....enfim insatisfação em relação ao Desempenho Ocupacional e diminuição da Qualidade de Vida.

Estas histórias são repetidas de grupo para grupo. Nós ouvimo-las, acreditamos nelas e compreendemos que o seu sofrimento e desespero são reais.

Ana Rita Henriques e Maria João Resende, 2008

INDICE

INTRODUÇÃO	5
1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	9
1.1.Perspectiva Histórica	9
1.2.Diagnóstico.....	14
1.3.Epidemiologia.....	18
1.3.1.Prevalência.....	18
1.4.Características da Personalidade	19
1.5.Fisiopatologia	20
1.5.1.Conceito de Sensitivação Central	23
1.5.2.Sensitivação Central na Fibromialgia.....	24
1.6.Dor Crónica	27
1.6.1.Qualidade de Vida	31
1.7.Importância do Trabalho em Equipa Multidisciplinar	35
1.8.PROGRAMA DE REABILITAÇÃO: Intervenção em Equipa Multidisciplinar no Centro de Medicina de Reabilitação.....	39
1.8.1.Intervenção Especifica da Terapia Ocupacional	43
1.8.1.1.Modelo Canadiao de Desempenho Ocupacional.....	44
1.8.1.2.Abordagem Centrada no Cliente	45
1.8.1.3.Desempenho Ocupacional	46
1.8.1.4. Medida Canadiao de Desempenho Ocupacional	47
1.8.1.5.Sessões de Terapia Ocupacional	49
1.8.1.6.Princípios de Protecção Articular e Técnicas de Conservação de Energia	50
1.8.1.7.Comunicação em Grupo	53

2.PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	64
2.1.Tipo de Estudo.....	65
2.2.Variáveis	67
2.3.Participantes e Processo de Amostragem	69
2.3.1.Caracterização da Amostra	71
2.4.Instrumentos de Colheita de Dados	76
2.5.Análise dos Dados	78
2.6.Questões Éticas.....	79
3.APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	80
4.CONCLUSÃO.....	97
5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
ANEXO I – Plano de Intervenção em Equipa Multidisciplinar	108
ANEXO II – Medida Canadiana de Desempenho Ocupacional	110
ANEXO III – Pedido Formal à Comissão de Ética do CMR	115
ANEXO IV – Consentimento Informado	117
ANEXO V – Questionário.....	119
ANEXO VI – Resultados Estatísticos	123
ANEXO VII – Resposta dos Questionários	171

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Localização dos pontos dolorosos adaptado do www.findrxonline.com	12
Figura 2: Adaptado do Controlo da Dor, Mayo Fibromyalgia Treatment: Program Manual of Patient Education, (1999)	29
Figura 3: Modelo Canadano de Desempenho Ocupacional (adaptado de Law <i>et al.</i> , 1994)	44
Figura 4: Posição de deitada desadequada, imagem retirada do Back Owenr's Manual (1999)	59
Figura 5: Posição de deitada adequada, imagem retirada do Back Owenr's Manual (1999)	60
Figura 6: Levantamento desadequado de transporte de cargas, imagem retirada do Back Owenr's Manual (1999)	60
Figura 7: Levantamento adequado de transporte de cargas, imagem retirada do Back Owenr's Manual (1999)	61
Figura 8: Posição de passar a ferro desadequada, imagem retirada do Back Owenr's Manual (1999)	61
Figura 9: Posição de passar a ferro adequada, imagem retirada do Back Owenr's Manual (1999)	61
Figura 10: Posição de sentada desadequada, imagem retirada do Back Owenr's Manual (1999)	62
Figura 11: Posição de sentada desadequada, imagem retirada do Back Owenr's Manual (1999)	62

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Perspectiva Histórica do aparecimento do Termo Fibromialgia	10
Quadro 2: Prevalência dos Critérios da ACR, adaptado de Wollfe, 1990, citado por Branco, 2008	15
Quadro 3: Critérios de Diagnóstico Clínico da Fibromialgia, adaptado de Wollfe, 1990, citado por Branco, 2008	17
Quadro 4: Adaptado do Programa <i>Spire</i> (Princípios de Ajuda dos 4 P's)	52
Quadro 5: Plano das Sessões da Terapia Ocupacional	57

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Operacionalização da variável percepção de problemas de desempenho ocupacional	68
Tabela 2: Distribuição de Pessoas com Fibromialgia por Faixas Etárias	71
Tabela 3: Distribuição de Pessoas com Fibromialgia por Estado Civil	71
Tabela 4: Distribuição de Pessoas com Fibromialgia por Habilitações Literárias	72
Tabela 5: Distribuição de Pessoas com Fibromialgia por Profissão e Situação Profissional Actual	73
Tabela 6: Distribuição de Pessoas com Fibromialgia por Tempo de Diagnóstico	74
Tabela 7: Distribuição de Pessoas com Fibromialgia por Factor Desencadeante	75
Tabela 8: Percepção dos Principais Problemas Identificados como Problemáticos de Desempenho Ocupacional	82
Tabela 9: Comparação de dois momentos de avaliação para identificar se há melhoria no DO (t de Student para variáveis dependentes intragrúps)	85
Tabela 10: Comparação de dois momentos de avaliação para identificar se há melhoria no DO e Grau de Satisfação com esse mesmo Desempenho (t de Student para variáveis independentes intergrupais)	87
Tabela 11: Categorias encontradas relativas à questão 1	89
Tabela 12: Categorias encontradas relativas à questão 2	91
Tabela 13: Categorias encontradas relativas à questão 3	92
Tabela 14: Respostas relativas à questão 4	93
Tabela 15: Respostas relativas à questão 5	95
Tabela 16: Respostas relativas à questão 6	96

INTRODUÇÃO

A fibromialgia é definida como uma síndrome de dor crónica músculo-esquelética generalizada, exagerada sensibilidade à palpação em dezoito pontos específicos, denominados de *Tender Points*, com sono não reparador, fadiga e rigidez matinal. É acompanhada por outros sintomas somáticos, embora menos frequentes, que incluem: parestesias, a depressão, a ansiedade, a síndrome de cólon irritável, sintomas *sicca* (boca e /ou olhos secos), a síndrome das pernas inquietas e fenómeno de Raynaud.

Apesar de ser uma entidade clínica individualizada, com critérios de diagnóstico claros e conhecidos, persiste ainda a inexistência de uma definição consensual, com sintomas clínicos distintos ou critérios de diagnóstico incontestáveis, bem como o desconhecimento da etiopatogenia subjacente (Quartilho, 1999).

Não existe uma causa única para a fibromialgia. A sua patogenia é uma cadeia de acontecimentos em que alguns elos estão mal definidos ou são desconhecidos (Henriksson, 1992).

Estima-se que a síndrome de fibromialgia atinge cerca de 2% da população adulta, sendo que as mulheres são cinco a nove vezes mais afectadas que os homens e se inicia entre os 20 e os 50 anos (DGS, 2005).

A pergunta que se coloca é: devemos acreditar na dor da fibromialgia? A resposta é clara, as dores e os sintomas associados são reais. A dor crónica é muitas vezes rebelde, permanecendo e originando sequelas incapacitantes com inevitáveis consequências negativas na qualidade de vida (DGS, 2003). Esta dor integra, muitas vezes, uma certeza privada, para quem sofre, e uma dúvida pública, para quem observa (Quartilho, 2004).

O viver com uma condição que parece ser invisível para os outros, incluindo a nível da classe médica, é um dos factores que diversos estudos têm considerado desgastante (Hellstrom, *et al*, 1997; Soderberg, 1999; Sturge-Jacobs, 2002, citado por Raheim, *et al*, 2007) para as pessoas com fibromialgia, influenciando o seu desempenho ocupacional e tendo consequências nefastas na sua qualidade de vida.

A Fibromialgia consegue ser demasiado debilitante, quer a nível físico, quer psicológico, incapacitando a pessoa nas suas áreas de ocupação, nomeadamente nas actividades de vida diária, actividades produtivas ou de lazer.

Neste âmbito surge a necessidade de uma intervenção específica adaptada aos sintomas referidos pelas pessoas com fibromialgia. Estudos realizados por Worrel, Krahn, Sletten e Pond (2001) e Pfeiffer *et al* (2003) constataram que uma abordagem multidisciplinar, que se baseie na educação, escuta activa e abordagem centrada no cliente, é uma mais-valia na melhoria de desempenho e qualidade de vida destas pessoas.

O privilégio da terapia ocupacional reside na singularidade do seu enfoque na ocupação como contributo central para a promoção e manutenção da saúde e bem-estar (Law *et al.*, 1998). Um dos fundamentos do seu modelo teórico e da sua prática radica na convicção de que existe uma relação entre ocupação, saúde e bem-estar (Wilcok, 1993). A relação entre as pessoas, a ocupação e o ambiente não é linear mas sim dinâmica e em constante interacção, influenciando a forma como as pessoas realizam as suas actividades do dia-a-dia (Law *et al*, 1998 citado por Gonçalves, 2000).

A Terapia Ocupacional, primando pela educação através dos princípios de protecção articular e técnicas de conservação de energia nas Actividades de Vida Diária, Actividades Produtivas e de Lazer, pode contribuir para melhorar a qualidade de vida das pessoas com fibromialgia.

As orientações teórico/práticas sobre como planear e fasear as ocupações da vida diária levam a que pessoa compreenda os princípios de protecção articular, as técnicas de conservação de energia e aprenda a respeitar a dor.

Assim, o Objectivo geral presente neste estudo é ***“Avaliar se as pessoas com fibromialgia melhoram o seu desempenho ocupacional depois de terem participado num programa de reabilitação, formado por uma equipa multidisciplinar, e identificar o contributo da Terapia Ocupacional segundo a opinião das mesmas.”***

Para ir de encontro ao objectivo geral estabelecido e dar resposta ao desenho proposto neste estudo foram delineados alguns objectivos específicos:

- Identificar os principais problemas de Desempenho Ocupacional referidos pelas pessoas com fibromialgia.
- Comparar os Graus de Desempenho e de Satisfação, atribuídos por essas pessoas, aos principais problemas identificados, ou seja, às ocupações problemáticas identificadas.
- Verificar se existem diferenças significativas na melhoria do Desempenho Ocupacional e do Grau de Satisfação com esse mesmo Desempenho, percebidas pelas pessoas com fibromialgia e desenvolvidas através da participação no Programa de Reabilitação em Intervenção Multidisciplinar.
- Identificar o contributo da Terapia Ocupacional para esta melhoria, segundo a opinião dos participantes.

É a partir destes objectivos que iremos desenvolver a nossa investigação, tentando encontrar respostas que nos ajudem a compreender melhor a problemática em estudo e relacionando-as com as considerações empíricas e teóricas apresentadas.

Este estudo está estruturado em quatro grandes capítulos. No primeiro é feita uma revisão de literatura que visa situar a problemática em estudo e conferir-lhe um suporte teórico que a sustente, para permitir enquadrar o problema colocado, bem como os objectivos de investigação dele decorrentes.

Para tal, algumas ideias e palavras-chave funcionam como motores principais da pesquisa, podendo citar-se: fibromialgia, dor crónica, importância do trabalho em equipa multidisciplinar, desempenho ocupacional, intervenção da Terapia Ocupacional. Ainda será apresentado o programa de reabilitação em equipa multidisciplinar do Centro de Medicina de Reabilitação.

No segundo capítulo é abordada a metodologia de investigação utilizada, enquadrando-se e justificando-se a escolha feita, fundamentando-a com autores e referindo as opções dela decorrentes. É feita a definição dos instrumentos de colheita de dados, explica-se a selecção dos participantes e definem-se as actividades desenvolvidas.

No terceiro capítulo é feita a análise dos dados obtidos e no quarto e último capítulo a apresentação e a discussão crítica e objectiva dos resultados obtidos. São depois apresentadas as conclusões, as limitações do estudo, e sugestões e recomendações decorrentes desses resultados, bem como propostas para futuros projectos de investigação.

1 - Enquadramento Teórico

1.1. Perspectiva Histórica

O percurso histórico desta síndrome tem sido pautado pela arbitrariedade de conceitos.

O reconhecimento de dores músculo-esqueléticas difusas datam do tempo de Hipócrates, embora apenas nos últimos 150 anos tenha sido considerado como potencial de diagnóstico dos vários grupos sintomáticos (Boissevain & McCain, 1991, citados por Branco, 1997 e por Quartilho, 1999).

No século XVIII, surgiu o conceito de reumatismo muscular, que era caracterizado por aparecimento de dor e rigidez, com origem aparente nos músculos e em outros tecidos moles.

O reumatismo muscular era diferente de reumatismo articular, pois não “atacava” as articulações. Este diagnóstico tornava-se útil perante a existência de inúmeros casos clínicos incompatíveis com outra categorização diagnóstica (Reynolds, 1983, citado por Quartilho, 1999).

Surgem, então, diversos nomes para designar o reumatismo não articular. Esta classificação dependia não apenas das condições clínicas de dor mas das características que os autores pretendiam enfatizar. Assim, encontramos: fibrosite, síndrome fibrosite, miofibrosite intersticial, “*Muskelschwiele*” (sensibilidade muscular), “*mogelosen*” (miogelose), “*Muskelharten*” (rigidez matinal), reumatismo muscular, reumatismo não articular ou “*Weichteilrheumatismus*” (reumatismo dos tecidos moles), síndrome da (dor) miofascial, miofasceíte, ou pontos gatilho e mialgia ou pontos miálgicos. Por outras palavras, a crença que prevalecia era “está tudo na sua cabeça” ou “...é por sua culpa que está doente”.

Contudo, o termo fibromialgia foi se desenvolvendo, como podemos constatar no quadro 1 apresentado em baixo.

Ano	Investigação/Resultados encontrados	Citação de Autores
1824 Baefour, W. Edimburg	Fala pela 1º vez em pontos dolorosos	Branco, 2008
1841 Valleix	Relaciona pontos dolorosos com trajectos nervoso, intorduz o termo nevralgia	Branco 2008
1843 Froriep (Alemanha) – “Reumatismo”-	Reumatismo não articular, áreas musculares contracturadas e dolorosas à pressão, sem caracterizar pontos dolorosos.	Simons, 1975, citado por Banco, 1997 & Smith, 1986 citado por Quartilho, 1999
1880 Beard, G. EUA	Descreve quadro de dor generalizada, fadiga e alterações psicológicas, neurastenia/mielastenia, consequência do stress diário da vida moderna	Branco, 2008
1904 Gowers (Grã-Bretanha) Fibrosite-	Fibrosite – síndrome dolorosa sistémicas, ou regionais, nas quais observou uma sensibilidade dolorosa exacerbada em determinadas regiões anatómicas, com manifestações inflamatórias, sendo que a fadiga e distúrbios de sono eram por vezes referidos.	Blécourt & Knipping, 1995; Rice, 1986 citado por Branco, 1997 e Reynolds, 1983 citado por Quartilho, 1999
1904 Stockman (Escócia)	Aparecimento de aspectos inflamatórios do tecido fibroso em biopsias de doentes com fadiga crónica, rigidez e dor nos músculos. Resultados não confirmados.	Rice, 1986, citado por Branco, 1977 e Bennett, 1981. citado por Quartilho, 1999
1940-1943 Collins & Slocumb (Mayo Clinic, E.U.A.)	Não encontraram alterações específicas em biopsias realizadas em músculos “fibrosíticos”.	Simons, 1975, citado por Banco 1997)
Anos 50-60	Termo fibrosite utilizado de forma pouco especifica, uns acreditavam que a fibrosite como causa de dores musculares outros como um reumatismo psicogénico relacionado com a tensão emocional.	Slocumb 1943, citado por Quartilho, 1999
1972 Smythe Clínica da fibrosite	Sintetiza a clínica de fibrosite: dor nos tecidos moles, rigidez, áreas de sensibilidade dolorosas localizadas e “laboratório” normal. Definia-se assim como factor adjuvante a fadiga crónica, o “stress” emocional, o sono não reparador e a rigidez matinal.	Simons, 1975, citado por Branco, 1997.
1975 Moldofsky <i>et al</i>	Perturbações do sono não REM associada à síndrome fibrosite	Citado por Branco 1997, e por Yunnus & Inanici, 2002
1976 Hench Década de 70	Fibromialgia- não satisfazendo a vertente etiopatogénica reconhece a predominância da dor muscular. Fibromialgia - tríade dor crónica generalizada, pontos dolorosos em local previsível e sono não retemperador	Boissevain & McCain, 1991 citado por Branco 1997 Smythe & Moldofsky, 1977, citado por Branco 1997 e por Quartilho 1999
1977 Smythe & Moldofsky	Propuseram 1ºs critérios de diagnóstico da fibromialgia (nos estudos seguintes em comum existia: regiões anatómicas dolorosas (epicôndilo lateral, a região costocodral, e a musculatura cervical)	Yunus <i>et al</i> , 1981, citado por Yunus & Inanici, 2002 e Branco, 1997; Bennett, 1981 citado por Branco, 1997, citado por Quartilho 1999.

Década de 80	Surgiram diversos critérios de diagnóstico e consagrou-se a fibromialgia como uma entidade clínica	Yunus <i>et al</i> , 1981; Campbel <i>et al</i> , 1983; Wolfe <i>et al</i> , 1985; Goldenberg, Felson, Dinerman, 1986; Yunus, Masi, Aldag, 1989, citado por Quartilho 1999.
1984 Wolfe et al	Elevada prevalência de fibromialgia em doentes com artrite reumatóide.	Branco, 2008
1988 Vareroy e tal.	Existência de elevadas concentrações de substância P no líquido cefalorraquidiano(LCR) de doentes com fibromialgia.	Branco 2008
1990 Wolf <i>et al</i>	Critérios de Diagnóstico da Fibromialgia, segundo American Colegue of Reumathology (ACR)	Wolf <i>et al</i> 1990, citado por Branco, 1997
1991 Segundo Congresso Mundial da Dor Miofascial e na Reunião de Fibromialgia	Definição oficial da Síndrome de fibromialgia. Na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (ICD 10), pela Organização Mundial Saúde, esta síndrome é classificada como M.79.0, - reumatismo não articular.	

Quadro1: Perspectiva Histórica do Aparecimento do termo Fibromialgia

Dezanove anos após os critérios da síndrome de fibromialgia se encontrarem estabelecidos pela *American Colegue of Reumathology* ainda hoje não há consenso sobre a possível causa, o tratamento eficaz ou, até mesmo, se pode ser ou não entendida como uma entidade clínica distinta.

A ACR criou os critérios de diagnóstico da síndrome da fibromialgia (Wolfe *et al*, 1990):

1. Dor generalizada: a dor crónica músculo-esquelética generalizada, definida como dor no hemicorpo esquerdo e direito, acima e abaixo da cintura, dor no esqueleto axial (coluna cervical ou tórax anterior ou coluna dorsal ou lombar).
 - a. Occipital bilateral, nas inserções do músculo sub-occipital,
 - b. Cervical inferior – bilateral, na face anterior dos espaços inter-transversários de C5 a C7.
 - c. Trapézio - bilateral, no ponto médio do bordo superior do músculo,

- d. Supra-espinhoso – bilateral, na origem do músculo acima da espinha da omoplata junto do bordo interno,
- e. Segunda costela – bilateral, na junção costochondral da 2^a costela imediatamente para fora da junção da face superior,
- f. Epicôndilo – bilateral, 2 cm externamente ao epicôndilo,
- g. Grande trocanter – bilateral, posterior à proeminência trocantérica,
- h. Joelho – bilateral, na almofada adiposa interna acima da linha articular

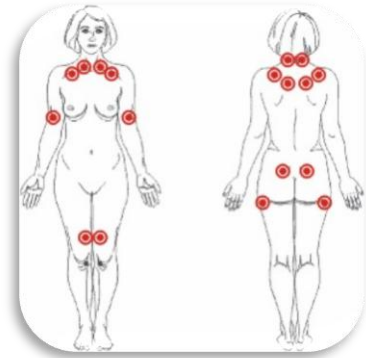


Figura 1:Localização dos pontos dolorosos adaptado do www.findrxonline.com

- 2. Dor com predomínio mínimo de três meses de duração.
- 3. Dor que se associa à palpação de, pelo menos, 11 de um total de 18 pontos (Figura 1) cutâneos simétricos com localização característica (estes são os chamados pontos dolorosos, “*Tender Points*”, localizados sobre músculos, tendões e tecido adiposo).

A palpação digital deve ser realizada com uma força aproximada de 4kg. Para que um ponto seja considerado positivo, o doente deve referir que a palpação foi dolorosa; mas a resposta de “sensível” não deve ser considerada dolorosa.

Com intuítos classificativos, diz-se que os doentes têm fibromialgia se os critérios são satisfeitos. A dor generalizada deve estar presente pelo menos há três meses. A presença de uma segunda entidade clínica não exclui o diagnóstico de fibromialgia.

Embora os critérios de diagnóstico do ACR tenham originado uma proliferação na investigação sobre a fibromialgia, esta não foi suficiente para esclarecer o marasmo (ou as águas turbulentas em que as pessoas com fibromialgia navegam) em que esta síndrome está envolvida.

Apesar desta definição restrita (inicialmente com o intuito de ser utilizada em estudos clínicos), ambos os sintomas de dor e sensibilidade aumentada estão invariavelmente associados a outros sintomas, sendo que o mais comum é sono não reparador, a rigidez matinal e fadiga.

A fibromialgia é, assim, designada como uma síndrome de dor crónica, caracterizada por ser uma dor difusa músculo-esquelética, exagerada sensibilidade à palpação em dezoito pontos específicos, denominados de *Tender points*, com sono não reparador, fadiga e rigidez matinal. É acompanhada por outros sintomas somáticos, embora menos frequentes, que incluem: parestesias, a depressão, a ansiedade, a síndrome de cólon irritável, sintomas *sicca* (boca e /ou olhos secos), síndrome das pernas inquietas, fenómeno de Raynaud.

Não existe uma causa única para a fibromialgia. A sua patogenia é uma cadeia de acontecimentos em que alguns elos estão mal definidos ou são desconhecidos (Henriksson, 1992). A maioria das pessoas com fibromialgia relaciona o início dos seus sintomas com acontecimentos que provocam *stress* psicológico intenso (perda de um familiar/amigo); alteração de status (desemprego) ou alterações do estado de saúde (traumatismos, cirurgias, gravidez, parto, infecção grave e /ou prolongada, exposição a químicos) (Branco, 2008).

Os factores associados ao início dos sintomas podem dividir-se em quatro categorias: ambientais (frio humidade), emocionais, físicos e circunstanciais (sobreactividade e fadiga). Esta síndrome caracteriza-se por ter um aparecimento gradual e progressivo, embora em um terço das pessoas ser de forma súbita e bem localizada.

Para que uma entidade clínica seja correctamente diagnosticada é necessário que tenha uma definição precisa. Esta definição é difícil em situações como a fibromialgia, que carece de sinais físicos ou laboratoriais patognomónicos (Goldenberg, 1993, citado por Branco, 1997).

1.2. Diagnóstico

Os primeiros critérios propostos, para estabelecer o diagnóstico de fibromialgia, preconizavam a presença de dor crónica músculo-esquelética difusa, dor à palpação da pele na região do dorso, acima das omoplatas, alterações do sono e ausência de alterações nos exames laboratoriais (análises clínicas e exames radiológicos), não se incluindo a existência dos pontos dolorosos.

Em 1990, quando o ACR elaborou os pontos dolorosos, *tender points*, estes foram aceites no seio da comunidade médica como critérios classificativos e não de diagnóstico, por se encontrarem em outras patologias reumáticas, variarem com o sexo e a idade e, também, se encontrarem em pessoas ditas normais.

Alguma controvérsia tem surgido em torno dos critérios de classificação. Se por um lado foi possível favorecer a ideia de que os doentes, com estes critérios oficiais, teriam mais possibilidade de encarar a sua situação clínica como causa legítima para a obtenção de pensões e invalidez (Csillag, 1992, citado por Quartilho 1999), por outro lado dizia-se que os critérios vinham definir a fibromialgia através de um raciocínio circular, presumindo que esta causava dor e pontos dolorosos ao mesmo tempo, em vez de um estado de hiperalgesia ou vigilância somática (Cohen & Quinter, 1993, citados por Quartilho, 1999).

No entanto, segundo Branco, (2008) os critérios, de diagnóstico ou classificativos, não fornecem uma explicação acerca dos mecanismos da doença, mas antes ordenam os doentes por grupos com sintomas/ sinais e evoluções clínicas semelhantes.

O diagnóstico de fibromialgia baseia-se numa história clínica, no exame físico do doente, incluindo identificação dos pontos dolorosos e, eventualmente caso haja necessidade, exames complementares, com o intuito de afastar outros diagnósticos.

As manifestações clínicas mais recorrentes da síndrome de fibromialgia (Quadro 2), foram descritas no estudo dos critérios ACR, de 1990, por Wolf *et al*, (citados por Branco, 2008).

Prevalência dos sintomas encontrados no estudo dos critérios do *American Colleague of Reumathology*, de 1990 para a Classificação da Fibromialgia

Sintomas	% em que foram encontrados
Fadiga	81%
Rigidez matinal (superior a 15 minutos de duração)	77%
Perturbações do sono	75%
Dor difusa	67%
Disestesias /Parestesias	63%
Cefaleias	53%
Ansiedade	48%
Dismenorreia	41%
Sintomas Sicca	36%
Depressão	32%
Cólon irritável	30%
Urgência Urinária	26%
Fenómeno de Raynaud	17%

Quadro2: adaptado da prevalência dos critérios do ACR, Wolfe, 1990, citado por Branco, 2008).

No entanto, o diagnóstico não se apresenta de forma taxativa, ele levanta outros problemas:

- 1) Diagnóstico duvidoso;
- 2) O diagnóstico é correcto mas o problema principal do paciente não é a fibromialgia;
- 3) Os critérios de diagnóstico são preenchidos mas clinicamente a fibromialgia não existe;
- 4) O diagnóstico parece correcto mas os critérios não são preenchidos;
- 5) O diagnóstico é correcto mas o paciente melhora e não preenche os critérios em todas as suas consultas de seguimento;
- 6) O diagnóstico é correcto mas as condicionantes psicológicas são predominantes.

Segundo Wolfe (1993, citado por Branco, 1997), deve considerar-se o diagnóstico de fibromialgia quando:

- 1) Todos os critérios de classificação do ACR de 1990 são preenchidos
- 2) Nem todos os critérios são cumpridos mas os restantes sintomas característicos da fibromialgia estão presentes.

Perante as dificuldades emergentes, em 1994, Wolfe (citado por Branco, 2008) redefine os critérios de diagnóstico clínico da fibromialgia.

Propõe três possíveis diagnósticos: fibromialgia definida, fibromialgia provável, fibromialgia possível (Quadro 3).

Critérios de Diagnóstico Clínico da Fibromialgia			
	Manifestações estranhas à Fibromialgia	Manifestações da Fibromialgia Intermitentes	Manifestações da Fibromialgia características
Dor	Ausente ou limitada	Regional a extensa muitas vezes com contiguidade mas não generalizada	Generalizada
Pontos Dolorosos	0-5 (0%-20%)	6-10(20%-55%)	11 ou mais(60% ou mais)
Sintomas	Ausentes ou raros	Poucos ou muitos	Muitos

Quadro 3: Critérios de Diagnóstico Clínico da Fibromialgia, adaptado de Wolfe, 1994, citado por Branco, 2008.

Para tentar travar o processo da doença, é fundamental haver um diagnóstico precoce, se possível, ou com moderada rapidez, evitando o agravamento da síndrome (Henriksson, 1994).

Apesar da abundância sintomatológica das pessoas com fibromialgia, a observação do doente não apresenta qualquer tipo de deformações, alterações da força, edema ou atrofia muscular, o exame neurológico é normal e a nível de exames complementares de diagnóstico não apresentam alterações, o que é considerado bom prognóstico para a existência de fibromialgia (Branco, 2008).

No entanto, as perturbações cognitivas (memória, concentração, atenção), as alterações de humor, a irritabilidade e agressividade encontram-se em algumas pessoas com este síndrome.

Esta síndrome, pela sua natureza controversa, não conferia o grau de incapacidade a quem dele padecia. Em Junho de 2003, a Direcção Geral da Saúde emitiu uma Circular Informativa nº 27, em que reconhece a fibromialgia como uma afecção a considerar para efeitos da certificação de incapacidade temporária, atestada por médico ou certificado médico emitido pelos Serviços de Saúde.

1.3.Epidemiologia

1.3.1.Prevalência

Foi realizado recentemente um estudo sobre a prevalência da fibromialgia em Portugal, Espanha, França, Alemanha e Itália e verificou-se que a prevalência mínima encontrada foi cerca de 3,6% o que corresponderá a mais de 350 mil portugueses afectados com fibromialgia (Branco 2008). A média de idades de pessoas com esta síndrome situa-se entre os 35 e os 50 anos, maioritariamente do sexo feminino (9 mulheres para 1 homem).

Os estudos realizados em consulta de reumatologia apontam para que cerca de 10% da população que acorre aquela especialidade, tenham o diagnóstico de fibromialgia (Branco *et al*, 2008), enquanto só cerca de 2% são diagnosticados nas consultas de medicina geral/familiar.

Noutros estudos, nomeadamente nos EUA e no Canadá, a prevalência de pessoas situava-se entre os 2% a 3 %. Isto pode dever-se ao facto, segundo Branco (2008), “ da instabilidade clínica da fibromialgia e da diversidade das definições, mais do que as diferenças substanciais da prevalência”.

Desde o aparecimento de um novo modelo da patogénese da fibromialgia que se têm enfatizado as alterações ao nível dos mecanismos centrais do processamento da dor (Sensitivação central Yunus & Inanici, 2002), disfunção do eixo hipotálamo- hipófise-supra-renal (Yunnus, 1993 confirmado em 1994), confirmação do aumento da substância P no LCR, diminuição do fluxo sanguíneo cerebral ao nível do Tálamo e do núcleo caudado e somação temporal. (Branco 2008).

1.4. Características da Personalidade

Não existe uma “personalidade fibromiálgica” (Jacobsen *et al*, 1993, citados por Quartilho, 2004), apesar da experiência dos clínicos e de alguns estudos realizados mostrarem que são frequentes alguns traços que parecem predispor, iniciar e/ou perpetuar sintomas típicos de fibromialgia (Van Houdenhove *et al*, 2001, citado por Quartilho, 2004).

Estas pessoas apresentam uma elevada propensão para a acção, um estilo de vida hiperactivo, traços de perfeccionismo compulsivo e inflexibilidade adaptativa, negação de conflitos emocionais e interpessoais, incapacidade para lidar com situações hostis, hipersensibilidade à dor, ansiedade e angústia, necessidade de carinho, incapacidade para o relaxamento e para o desfrute da vida (DGS, 2003).

É como se tentassem manter à tona de água, até sucumbirem como “guerreiros exaustos” (Van Houdenhove, 2003, citado por Quartilho, 2004). Parece que o seu “sistema eléctrico” entra em colapso. (Beard, 1869, citado por Quartilho, 2004)

1.5.Fisiopatologia

Yunus (1994, citado por Quartilho, 2004) refere que, dada a coexistência clínica da fibromialgia com outras queixas somáticas, foi proposta a existência de um “espectro de síndromes disfuncionais”, numa visão “organicista” que não requeria a presença de alterações psicopatológicas. Por outro lado, Hudson e Pope (1994) defendiam a existência de “perturbações do espectro afectivo”, que seriam um conjunto de condições alegadamente unidas por uma fisiopatologia comum, contemplando diversas alterações psicopatológicas.

Do ponto de vista biológico, a investigação levada a cabo nos últimos trinta anos não conseguiu esclarecer as alterações fisiopatológicas da fibromialgia (Branco, 1997).

A investigação sobre a fisiopatologia da fibromialgia tem-se orientado sobre as alterações musculares, o sistema nervoso central, o sistema nervoso autónomo, as perturbações do sono e as alterações psicológicas dos pacientes (Henriksson, 1992).

A fibromialgia não apresenta relação com doença psíquica grave (Branco 2008). Branco (2008) afirma que a depressão só está presente em 1/3 dos indivíduos com fibromialgia e que, no decurso da progressão da doença, pode atingir cerca de metade dos doentes. O autor ainda refere que no sub-grupo de doentes com fibromialgia que sofrem de depressão, esta parece ser secundária ou reactiva e que não constitui a causa desta síndrome dolorosa. Mais relata que sintomas e outras situações associadas à fibromialgia (cólon irritável, cefaleias, disúria, atopia) raramente se encontram nos doentes com depressão. A hipoactividade do eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal, presente na fibromialgia, altera outros eixos endócrinos, como as hormonas do crescimento, tiroideais e sexuais. É de referir que este eixo é, pois afecta directa ou indirectamente o controlo do hipotálamo, hipófise, e glândulas supra-renais.

Este sistema influencia significativamente várias funções orgânicas (digestão, sistema imunitário, humor, sexualidade e controla as reacções ao stress) (Branco, 2008)

É uma síndrome comum entre pessoas da mesma família (Buskila D, *et al*, 1996 e Arnold LM *et al*, 2004). Branco (2008) reafirma que, em diversos estudos em famílias com fibromialgia, se têm identificado mais casos de fibromialgia do que na restante população, salientando ainda, que a ansiedade e a depressão são alguns sintomas predominantes nestas famílias. No entanto, este factor genético não está cientificamente confirmado.

Existem autores (Quartilho, 2004) que referem a existência de pessoas que atribuem o início dos sintomas de fibromialgia a um antecedente traumático, especialmente quando a zona lesada incide na coluna cervical. É sabido que esta é uma região onde inúmeras estruturas neurológicas têm o seu percurso e que qualquer alteração ao nível destas estruturas causa obrigatoriamente distorção ao nível do sistema sensitivo, com consequente alteração ao nível dos músculos e articulações.

Branco (2008) afirma que a fibromialgia não pode ser considerada como uma doença somática, a não ser que preencha quatro critérios dolorosos: dois sintomas gastrointestinais, um sintoma sexual, um sintoma pseudoneurológico, não explicado por uma doença médica geral, associados à prevalência antes dos trinta anos. O mesmo autor refere, ainda, que o pico de prevalência da fibromialgia é entre os 35 e os 50 anos e que os doentes apresentam um conjunto de alterações da fisiologia da dor (substância P aumentada no líquido cefalo-raquidiano, níveis anormais de cortisol ao nível do sangue e alterações do fluxo sanguíneo em algumas áreas cerebrais registadas em imagens através da Tomografia Axial Computorizada). Pelo que conclui que esta síndrome não pode ser uma possível explicação para a fibromialgia.

O sono não reparador é um sintoma pertinente nestas pessoas. O sono é afectado pela saúde em geral (alterações hormonais, dor, alergias), hábitos de vida (tipo de dieta, fumar, e hábitos alcoólicos), ansiedade, depressão, *stress*, reacção a medicamentos, entre outros.

As alterações da qualidade e quantidade do sono não são sintomas exclusivos das pessoas com fibromialgia, aparecem em quase todas as doenças reumáticas (Branco, 2008). No entanto, é mais referido nas pessoas com fibromialgia do que em outras patologias, o que se repercute em dores, fadiga e cansaço matinal.

Não existe a quantidade exacta de sono para todos, sete a oito horas é uma média do quanto se deve dormir por noite (Mayo Clinic, 1996).

Têm sido documentadas alterações específicas e distintas na segunda metade do sono (sono profundo – sono REM ou “fase do sonho”) nas pessoas com fibromialgia. É nesta fase que é feita a recuperação a nível mental.

Moldofsky (1976, citado por Branco, 2008) descreveu pela primeira vez o chamado padrão de sono alpha-delta em doentes fibromiálgicos, através de estudos electroencefalográficos que detectaram alterações deste padrão. Estes estudos foram confirmados mais tarde por Branco *et al* (1994).

Alguns estudos sugerem que este problema a nível do sono é o resultado da interrupção das ondas alpha, que descontinuam o padrão estabelecido de sono profundo. Esta interrupção parece dever-se ao início de actividade cerebral, similar ao estágio de vigília, levando a que o sono retemperador não se realize nas pessoas com fibromialgia.

No âmbito dos utentes com dor crónica, assume particular relevância a dor central (e os mecanismos de resposta), na medida em que a compreensão dos mecanismos que lhe estão associados permitem compreender melhor a história, os sinais e os sintomas de muitas pessoas diagnosticadas com dor crónica.

1.5.1. Conceito de Sensitização Central

A dor central é, genericamente, definida como a dor relacionada com alterações no circuito ou no processamento do SNC (Shadlock, 1995; 1999). Designa-se de sensitização central uma resposta exagerada do sistema nervoso central a um estímulo periférico (hiperalgesia), que não é normalmente doloroso nem nociceptivo, como um toque (alodínia), que decorre durante um período longo de tempo, transformando hiper-exceptibilidade ou hiper sensitividade dos neurónios ao nível do SNC.

Este processo ocorre pela conjugação de três factores (Wolf, 1994, citado por Wright, 2002)

1. Aumento e manutenção do “input” nociceptivo periférico;
2. Desequilíbrio nos Sistemas de Controlo Descendente da Dor (inibidores e facilitadores), com prevalência do sistema que facilita a transmissão da informação de dor;
3. Pensamentos, emoções, interpretações, atenção selectiva e comportamentos de dor, que provocam uma sensitização dos neurónios das vias nociceptivas espinhais

Para que tal aconteça é necessários ocorrerem alterações profundas ao nível celular (neurónios do sistema nociceptivo ao nível da espinhal medula e estruturas supra-espinhais), como resultado da activação continuada do sistema nociceptivo. Estas alterações são possíveis graças às propriedades plásticas do SNC e contribuem para a produção e manutenção de dor, característica dos utentes com dor crónica (Moseley, 2003).

1.5.2.Sensitização Central na Fibromialgia

A dor muscular local ou generalizada está associada à hiperalgesia, a distúrbios psicológicos e a restrições significativas da funcionalidade da vida diária (Harden *et al*, 2000 citados por Huguenin, 2004).

A fibromialgia tem uma etiologia multifactorial em que as alterações neuroendócrinas (Crofford & Demitrack, 1996; Russell, 1998; citados por Yunus & Inanici, 2002), particularmente a sensitivação central, parecem ser o factor mais importante (Bennett, 1999; Yunus, 2000; Yunus & Inanici, 2001e 2002).

A maioria das pessoas com fibromialgia atribui o seu início a um factor desencadeante, mas nem todas fazem essa associação. Independentemente da causa de início da síndrome, há sempre interpretação da dor por parte da pessoa (Yunus *et al*, 1989, citados por Huguenin, 2004), bem como consequências a nível da qualidade de vida.

Existem diversos factores que influenciam o agravamento da fibromialgia. São eles o frio, os estados de “excitação”, a fadiga, o sono insuficiente, a ansiedade, as mudanças climáticas, o *stress*, a humidade, o ruído. (ACR, 1990, Yunus & Inanici, 2002, citados por Branco 2008).

A fibromialgia pode ser uma síndrome disfuncional do processamento central da dor, pelo que os mecanismos neurológicos responsáveis por manter o equilíbrio dos diversos estádios da dor estão a ser investigados (Aryeh, A. *et al* 2007). No entanto, parece que a sensitivação central é o elemento chave das anomalias neuro-hormonais na fibromialgia (Bennett, 1999; Yunus, 2000; citado por Yunus & Inanici, 2002). Há outros autores, em anos diferentes, para os quais o maior problema a nível desta síndrome tem a ver com as alterações neuro-hormonais (Crofford & Demitrack, 1996; Russell, 1998; Yunus, 2000; Yunus & Inanici, 2001 e 2002).

A interpretação da dor muscular difere da dor visceral e cutânea, é de difícil localização, e está associada a outros tecidos somáticos profundos. Mense, Simons e Russel, (2000) referiram que no sistema nervoso central a informação dos nociceptores musculares são interpretados de forma diferente.

A dor generalizada na fibromialgia não pode ser explicada por mecanismos periféricos. Várias perturbações da modulação dolorosa podem contribuir para a génese da fibromialgia (Wolfe, 1994, citado por Branco, 1997).

As alterações da modulação da dor têm uma tradução central, e englobam: (Wolf, 1994, citado por Branco 1997):

1. A redução do limiar doloroso (acontece quando um estímulo não nocivo suscita dor, origina alodínia);
2. Amplificação da resposta ao estímulo provoca hiperalgesia
3. A expansão da área de recepção dos estímulos condiciona o aumento da sensibilização
4. Após descargas causam persistência da dor

Segundo alguns autores, a fibromialgia corresponde a um estado de hiperexcitabilidade central do sistema nociceptivo (Desmeules *et al*, 2003), a uma doença do sistema nociceptivo (Henriksson, 2003) que envolveria os sistemas de processamento da dor, na dependência de factores psicológicos, evocando o conceito de hiperalgesia e/ou neuróbiológicos (Claudw & Crofford, citados por Quartilho, 2004).

Goldenberg (2002,citado por Quartilho, 2004) refere que ao nível da medula espinhal, os receptores habitualmente não envolvidos na transmissão da dor começaria a transmitir esta mensagem de dor, um processo referido por alodínia.

Uma actividade deficiente do sistema da modulação da dor descendente contribui igualmente para um estado de hiperalgesia. Todas estas respostas fisiológicas, afinal, aumentariam o volume de estímulos dolorosos que chegam ao córtex cerebral, onde as experiências de desconforto prévias influenciam igualmente a expressão emocional da dor (Quartilho, 2004).

Não é claro o modo como as alterações neuroendócrinas na fibromialgia se relacionam com a experiência dos sintomas, assim como não estão esclarecidas as naturezas primária ou secundária dessas alterações (Parker *et al*, 2001, citado por Quartilho 2004).

O que é consensual é que existe uma alteração da modulação da dor, apesar de não existir uma explicação clara e livres de contradições acerca deste facto (Claw e Crofford, 2003, citado por Quartilho, 2004)

Porque o processamento da dor parece encontrar-se alterado e contribui para a fisiopatologia da fibromialgia impõe-se rever o circuito da dor as consequências provocadas a nível pessoal, social e familiar.

1.6. Dor Crónica

“a dor perturba e destrói a natureza da pessoa que a sente“.
Aristóteles

A dor aguda é um sinal de alerta que ajuda a proteger o corpo de danos nos tecidos. Sherrington, (citado por Caillet, 1999), definiu a dor como um adjunto psicológico a um reflexo protector, cuja finalidade é fazer com que o tecido afectado se afaste dos estímulos potencialmente nocivos (e causadores de lesão). Ao contrário da maioria das modalidades sensoriais, a função da dor é essencialmente de sobrevivência.

Segundo a Direcção Geral da Saúde (2003), a Dor “é uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que sofre.” A percepção e a expressão da dor face a uma mesma estimulação dolorosa assumem diferentes dimensões de pessoa para pessoa.

A evolução do estudo da doença crónica tem vindo a enriquecer e a contribuir para aumentar o conhecimento sobre a fisiopatologia da fibromialgia bem como as desordens relacionadas com a dor na doença crónica.

A Dor crónica é muitas vezes rebelde, permanecendo e originando sequelas incapacitantes com inevitáveis consequências negativas na qualidade de vida.

Estudos realizados nos Estados Unidos da América e no Reino Unido determinaram que a dor a nível musculoesquelético é um sintoma comum na população em geral, afectando mais as pessoas do sexo feminino do que masculino (Bergman, S. *et al*, 2001).

A dor crónica é 50% mais frequente nas mulheres do que nos homens (Croft, P. *et al*, 1993), é um problema nacional envolvendo sofrimento desnecessário, incapacitação esmagadora, deficiência pessoal e despesas enormes. A dor crónica não é meramente um sintoma, ela própria transformou-se em doença (Lopes, A. 1995).

A dor crónica em fibromialgia alterna entre episódios de dores insuportáveis e episódios de dor tolerável, o que se traduz, referido por estas pessoas, por “dias maus” e “dias bons” (Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2006). Para muitas pessoas que vivem com dor crónica, a ideia de aumentar o seu desempenho ocupacional cria uma sensação de medo ou de que alguma lesão irreparável possa vir a acontecer.

Aquilo que as pessoas mencionam acerca da dor é designado de comportamentos de dor. Estes comportamentos traduzem-se por tremer, gemer ou falar constantemente da dor e, de uma forma mais subtil, começam por evitar os outros, acabando por se isolarem, tornando-se mais “irritantes” com os familiares, amigos e colegas de trabalho (Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2006).

Podem ainda ser chamadas de atenção ou tentativas de lidarem com a dor, tornando-se verdadeiramente preocupantes quando se transformam em rotinas.

As pessoas com fibromialgia, com dor crónica, apresentam muitas dificuldades em moderar as actividades que necessitam de realizar. Assim, temos pessoas que oscilam entre dois pólos, isto é, nos “dias bons” fazem todas as actividades que não conseguiram realizar nos “dias maus”, originando cansaço extremo e, como resultado, no dia seguinte têm que permanecer imobilizadas. Há, no entanto situações em que, quer nos “dias bons” quer nos “maus”, as pessoas com fibromialgia não se levantam da cama com medo de piorarem os sintomas. Nem um nem outro comportamentos são adequados, este é um comportamento limitativo do desempenho ocupacional. (Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2006).

Como a dor crónica é um dos principais sintomas da fibromialgia e parece ser aquele que apresenta maior impacto na qualidade de vida (diminuição da realização das actividades da vida diária e dificuldades ao nível familiar) das pessoas com fibromialgia, iremos dar a conhecer (Figura 2) o modelo do ciclo da dor (*Adaptado da Mayo Fibromyalgia Treatment: Program Manual of Patient Education, 1999*).

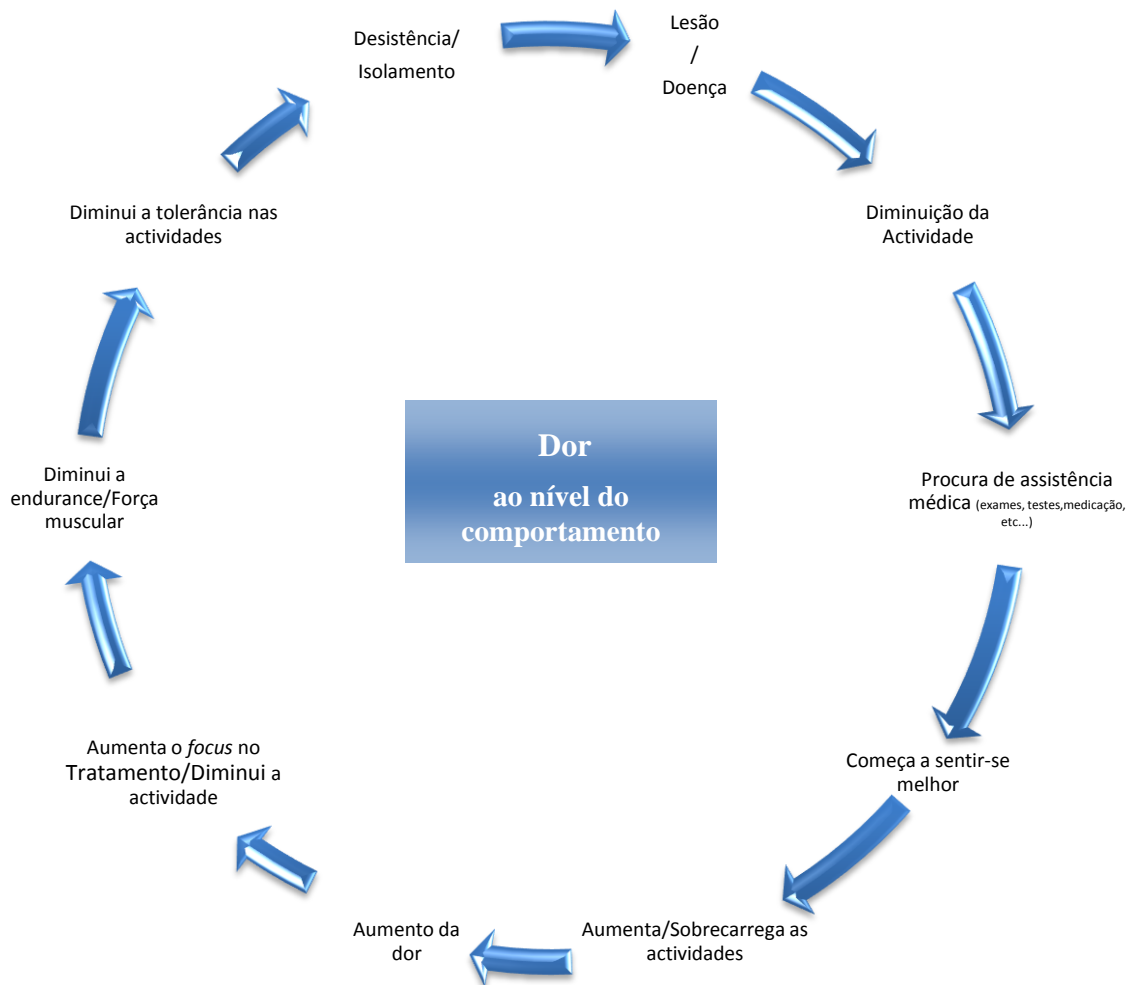


Figura 2: Adaptado do Controlo da Dor, *Mayo Fibromyalgia Treatment: Program Manual of Patient Education, (1999)*.

Viver em dor crónica não é só ter uma dor, mas também sofrer reacções emocionais e consequentes alterações de uma forma de vida até aí saudável. Como a dor não se baseia apenas ao nível do comportamento, ela assume uma dimensão multifactorial, alterando também as emoções e as relações familiares.

Ao nível das emoções, a pessoa com fibromialgia vivencia medo e preocupação, com um enfoque na dor, havendo uma sensação de perda de controlo, com um aumento de sentimentos de culpa, frustração, irritabilidade e raiva. Acabam por se sentirem culpados e desistem de realizar actividades e de se manterem activos, entrando em tristeza e depressão, com consequente diminuição da auto-estima (Raheim, M., 2006).

A nível familiar todas estas alterações são sentidas e, se numa fase inicial os familiares suportam e ajudam as pessoas com fibromialgia, com o tempo também eles vão passando por fases de raiva, frustração e de não perceberem porque é que isto lhes está a acontecer. Não percebem porque é que uma pessoa que sempre teve uma vida activa, de um momento para o outro pára e não reage. As complicações e as consequências negativas em todo o núcleo familiar criam desordens e levam ao isolamento de todos os membros. (Raheim, M., 2006).

A intervenção em equipa multidisciplinar, como vem descrita nas novas recomendações para a intervenção com a fibromialgia (EULAR, 2008), enfatiza a importância deste tipo de abordagem com estas pessoas, levando a que a equipa não se limite apenas aos profissionais de saúde, mas envolva também os familiares, de modo a obterem mais sucesso na intervenção e facilitar a reorganização do núcleo familiar (Mayo Clinic, 1999).

Em 2001 a abordagem e gestão da Dor torna-se numa prioridade consignada na estratégia nacional da saúde. Dizia-se, ainda, que a dor crónica é um problema multidimensional, com uma complexidade biológica, psicológica e social que não cabe nos limites de uma só especialidade.

Desde 1961, a partir de Jonh Bonica, o tratamento multidisciplinar da dor crónica é aceite como valor acrescentado na abordagem destes doentes. Esta abordagem deve ser conjugada com vários profissionais de saúde, que partilham e utilizam uma abordagem que compatibiliza o tradicional modelo biopsicossocial, centrado na doença, com um modelo baseado na compreensão da pessoa e na humanidade, respeitando a individualidade de cada um (Lopes, 1995).

A dor crónica não pode ser encarada como uma sensação simples mas é, pelo contrário (Fordyce 1978, referido por Lopes, A., 1995), uma experiência perceptual complexa com quatro componentes fundamentais: nociceção, sensação, sofrimento e comportamento, resultando numa complexidade e dificuldade demasiado elevadas para o domínio de um só profissional de saúde. O alívio e o bem-estar do doente serão melhor conseguidos se ele for avaliado e orientado por uma equipa multidisciplinar em que cada membro contribuirá com o seu saber e experiência.

Branco (2008) afirma que esta síndrome se caracteriza por aparecer por surtos, isto é, se um acontecimento for considerado para a pessoa como traumático, poderá desenvolver novo surto. Assim, todo o trabalho de equipa, por muito consolidado que esteja, não é suficiente se não houver acompanhamento familiar.

1.6.1. Qualidade de Vida

Diversos têm sido os estudos sobre os impactos da fibromialgia, na qualidade de vida (Buchardt, Archenholz, Mannerkopi, & Bjelle, 1993; Buchardt, Clark, & Bennett, 1993) e na funcionalidade e capacidade de trabalho (Henriksson, Gundmarkt, Bengtsson, & Ek, 1992; Wolfw & Potter, 1996, citados por Raheim, M., 2007). A dor tem sido descrita como contínua, embora variando de intensidade durante os dias e semanas (Henriksson, Gundmarkt, 1992; Schaefer, 1997, citado por Raheim, M., 2007), influenciando todas as actividades de vida diária, perturbando significativamente os hábitos e rotinas (Henriksson, 1995; Schaefer, 1997, citado por Raheim, M., 2007).

Gaston-Johansson *et al*, (1999, citado por Quartilho 1999), num estudo com 31 mulheres, verificaram que estas se mostraram mais inseguras, fragilizadas e com baixa

de auto-estima. Sentiam que as outras pessoas não acreditavam nelas, mas recebiam apoio por parte dos familiares. Cerca de 50% evitavam o cumprimento das Actividades de Vida Diária (arranjarem-se, ir às compras, andar de transportes), Actividades

Produtivas (fazer a cama, lavar pratos, aspirar, preparar refeições, cozinhar, passar a ferro) ou rotinas impostas pela família. Existiam ainda outras que evitavam o contacto com pessoas (não conseguiam ir à rua) e viajar, levando ao isolamento.

O mesmo estudo referiu ainda que as mulheres empregadas tendem a declarar-se muito insatisfeitas com o local de trabalho. Quando confrontadas com o seu futuro referem-no sempre de uma forma muito pessimista, quer em relação aos sintomas, quer em relação ao funcionamento de todos os aspectos da vida.

Viver com fibromialgia tem sido descrito como um processo de transição longo, de tentativa de viver com dignidade (Soderberg, 1999, citado por Raheim, *et al*, 2007) e manter um equilíbrio constante na luta pelo reconhecimento dos seus sintomas (Raheim, *et al*, 2007).

O viver com uma condição que parece ser invisível para os outros, incluindo a nível da classe médica, é um dos factores que diversos estudos têm considerado desgastante (Hellstrom, *et al*, 1997; Soderberg, 1999; Sturge-Jacobs, 2002, citado por Raheim, *et al*, 2007) para as pessoas com fibromialgia, influenciando a sua qualidade de vida.

Bengtsson *et al* (1986, citado por Branco, 1997), num estudo com participantes suecos que tinham sete anos de evolução de fibromialgia, verificaram que cerca de 55% dos participantes não eram capazes de realizar actividades de vida diária e 24% recebiam pensões de invalidez.

Wolfe, *et al* (1995, citados por Russell *et al*, 2000) constataram que estas pessoas não são capazes de realizar as actividades como as faziam antes da manifestação dos sintomas, por dor, fadiga e alterações do sono.

Henriksson (1995, citado por Quartilho, 1999) constatou que, num estudo com 40 mulheres de contextos socioculturais diferentes (Suécia e América), as limitações nas capacidades motoras influenciavam fortemente as actividades de vida diária destas pessoas. Constatou ainda que, ao não atingirem os objectivos propostos, a frustração aumentava.

Através de relato em diário das suas actividades no dia-a-dia, estas mulheres referiam que ou se levantavam mais tarde ou voltavam para a cama depois de prepararem a saída dos maridos e filhos. Recorriam a longos períodos de repouso durante o dia ou quando trabalhavam fora adaptavam o período de trabalho de forma a terem tempo de relaxar.

Outra das conclusões do estudo refere que as mulheres, que planeavam e faseavam as tarefas entre os “dias bons” e “maus”, que respeitavam as prioridades e pediam ajuda dos familiares nas tarefas mais pesadas, melhoraram a sua qualidade de vida.

Outras houve que operaram mudanças mais radicais, mudando de casa, alterando o seu estado civil (eliminaram a fonte de *stress*), encurtando os períodos de trabalho e promovendo mudanças de hábitos (passaram a fazer exercício físico e a ter actividades de lazer que as completasse).

A causa da incapacidade da fibromialgia não está ainda definida, uma vez que não existe limitação articular, nem alteração no tónus muscular. Cerca de 30% a 45% destas pessoas optam por se reformar antecipadamente ou aceitar uma mudança no trabalho, o que implica diminuição do rendimento familiar com consequências ao nível da sua qualidade de vida (Liller, Hutter, & Catlett, 1995, citados por Quartilho, 1999).

Henriksson e Buchardt, (1996, citados por Quartilho, 1999) concluíram que existe uma grande variabilidade entre os doentes e que, apesar das suas incapacidades e limitações, muitos são capazes de viver uma vida satisfatória.

The Vancouver Fibromyalgia Consensus Group (citados por Abraham *et al*, 1998) publicaram um relatório em que afirmavam que “a maioria dos pacientes com fibromialgia é capaz de trabalhar, por vezes com alterações de função. Apenas uma minoria é incapaz de o fazer” (p. 8).

Num estudo longitudinal, realizado por Mengshoel & Heggen entre 1990 e 2001, participaram 51 pessoas com fibromialgia, a primeira fase constava da participação num programa de actividade física e educação. Este programa não trouxe resultados satisfatórios imediatos. Em 1998, as mesmas participantes foram novamente observadas e cinco apresentavam-se sem queixas de dor generalizada. Em 2001, as senhoras foram entrevistadas e relataram que, em vez de adaptarem as suas actividades à dor, usaram a dor como guia, como sinal de aviso de excesso de stress nas suas vidas, reparando que a exaustão que sentiam diminuía à medida que os seus hábitos e rotinas se alteraram. Conseguiram gerir os seus papéis a nível social, profissional e pessoal, com consequente melhoria da sua auto-imagem. Parece, assim, que o programa de actividade física e educação terá tido resultados positivos a longo prazo.

Em suma a fibromialgia é caracterizada por dor músculo-esquelética generalizada e difusa, através da palpação de *tender points*, (pontos dolorosos definidos por mecanismos fisiopatológicos estudados). Verifica-se que o maior problema desta síndrome tem a ver com as alterações neuroendócrinas (mecanismo ainda não completamente definidos) e a alteração na modulação da dor.

Apesar de estar clinicamente estudada, esta síndrome ainda não é completamente compreendida, nem reconhecida, pelo que a intervenção na fibromialgia é largamente empírica. Interromper o ciclo da dor e aumentar os níveis de capacidade funcional e emocional, são objectivos a atingir na abordagem destas pessoas (Branco, 1997).

Como todas as doenças crónicas, a fibromialgia deve ter uma abordagem multidisciplinar, que deve englobar programas de educação, exercício físico, terapia cognitivo-comportamental e terapia farmacológica (EULAR, 2008). Os resultados só se

tornam efectivos se a pessoa for agente activo neste processo, contrariando o impacto negativo que a fibromialgia tem na sua qualidade de vida.

1.7.Importância do Trabalho em Equipa Multidisciplinar

“A fibromialgia é um modelo humano de dor e incapacidade crónicas” (Branco, 1995, p.237) e o profissional de saúde, que com ele interage, deve ter uma atitude compreensiva e disponível mas firme e orientadora, tendo em vista a educação, aconselhamento e suporte da pessoa que lida com uma condição prolongada e, por vezes, frustrante.

A dor contínua da fibromialgia é fisicamente limitante e desmoralizante, conduzindo a desordens afectivas com consequente isolamento a nível social e pessoal, originando mudanças nos papéis ocupacionais e sociais de cada um. Nas pessoas com patologia de dor crónica, como é o caso das pessoas com fibromialgia, os níveis de angústia e invalidez são acompanhados por incapacidade funcional e tendência ao isolamento.

Em 1996, o *Vancouver Fibromialgia Consensus Group* advogava que a fibromialgia merecia especial atenção ao nível da reabilitação, em que o programa no controlo da dor deveria ser orientado para a pessoa, devendo ser ela a assumir o comando da situação, ou seja, tornar-se o “autor” da sua própria mudança.

Na fibromialgia, a ausência de uma origem óbvia da síndrome e a inflamação contínua a nível muscular tornam inapropriada a utilização de um modelo unicamente médico, como é relatado no estudo de White & Harth, em 1996, em que foram estudadas intervenções unicamente farmacológicas no controlo de desordens de sono, não tendo sido encontradas melhorias nesta situação (*Vancouver Fibromialgia Consensus Group*, 1996).

Em 2007, surgiram novas linhas orientadoras que vieram nortear a abordagem em fibromialgia, criadas por dezanove peritos de onze países da Europa, resultando em nove recomendações para a intervenção com esta síndrome (EULAR, *evidence based recommendation for management of fibromyalgia syndrome*). Estas linhas orientadoras encontram-se divididas em:

Recomendações gerais:

- Compreensão da síndrome, avaliação da dor, função e contexto psicossocial. A fibromialgia deve ser reconhecida como uma condição heterogénea e complexa onde existe um processamento anormal da dor e outros aspectos secundários.

- Tratamentos otimizados requerem abordagem multidisciplinar com a combinação de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, sempre fazendo com que a pessoa esteja no centro da intervenção e responsabilizando-a pelas decisões.

Recomendações não farmacológicas:

- Tratamentos de hidroterapia, com ou sem exercícios
- Programas individualizados de exercícios, incluindo exercícios aeróbios e de aumento da força muscular
- Terapia cognitivo-comportamental
- Terapias alternativas, entre outras.

Também são aconselhadas recomendações farmacológicas, que melhorem a dor e aumentem a função.

A avaliação das pessoas com esta síndrome exige uma análise de todos os aspectos envolventes que a condicionam em todas as suas vertentes.

Neste tipo de intervenção, as funções da equipa multidisciplinar são: a prestação de cuidados de saúde, educação e investigação. É importante salientar que, tendo a pessoa como o centro, o papel da equipa multidisciplinar (*Association of Rheumatology Health*

Professional – ARHP, 2002) é avaliar os sintomas e os seus efeitos, em todas as áreas de desempenho ocupacional, tendo em conta o contexto em que essas mesmas actividades decorrem.

Inúmeros investigadores têm realçado a importância da intervenção em equipa multidisciplinar em pessoas com fibromialgia (Bennet, 1996, citado por Okifuji & Turk, 2003).

Estudos realizados por Nielson *et al.* (1992 e 1997, citado por Okifuji & Turk, 2003) concluíram que, após desenvolverem estratégias cognitivo-comportamentais em combinação com actividade física, educação de desempenho ocupacional e educação de familiares, as pessoas com fibromialgia parecem melhorar da dor e do sofrimento emocional.

Lofgren (2006) investigou sobre a eficácia de um programa de reabilitação em equipa multiprofissional em mulheres com fibromialgia. O estudo demonstrou que estas mulheres beneficiaram deste tipo de intervenção de diversas formas: para além de melhorarem a qualidade do movimento, força muscular e *endurance* na realização das actividades, elas passaram de um sentimento de vergonha para um sentimento de respeito (categoria encontrada pela autora). A autora explica que, antes de participarem no programa, estas senhoras lutavam constantemente pelo reconhecimento dos seus sintomas e da incapacidade que a dor provocava na realização das suas actividades de vida diária.

Este estudo refere ainda que, ao participarem no programa, sentiram que foram ouvidas e que a sua situação era real. Iniciaram um processo de auto-conhecimento, alterando a sua imagem corporal, estabelecerem limites, capacidade de dizer “não”, de tomar conta de si mesmas, de conhecer os limites do seu corpo e de usar a dor como guia para detectarem situações stressantes e actividades “pesadas”. As senhoras relataram que, ao se respeitarem, os outros passaram a respeitá-las. Conseguiram arranjar estratégias para as actividades problemáticas e a ter mais qualidade de vida.

Em 2001, Worrel, Krahn, Sletten & Pond (citados por Lapa, 2004) elaboraram um estudo, com 100 pessoas, para avaliar a efectividade de um programa de reabilitação em equipa multidisciplinar, com a duração de dia e meio. Este programa era constituído por componentes de medicina, educação, auto-gestão, fisioterapia e terapia ocupacional.

Numa primeira abordagem fez-se a avaliação dos aspectos médicos, físicos, psicológicos, educacionais e farmacológicos. Posteriormente, deu-se ênfase na auto-gestão (definição de fibromialgia, o ciclo da dor, gestão do *stress*, relaxamento, planeamento das actividades consideradas problemáticas, higiene do sono, gestão do humor, competências comunicacionais, *coping* e responsabilidade pessoal). Durante o restante tempo foram feitos exercícios aeróbios e de alongamentos e na última parte do programa foram demonstrados princípios de protecção articular e técnicas de conservação de energia, na realização das áreas de desempenho ocupacional.

A avaliação dos resultados foi efectuada um mês após a participação no programa, através de questionário enviado pelo correio. Dos 100 questionários enviados, 74 participantes responderam e referiram que se sentiam menos afectados pela fibromialgia.

Estudos semelhantes têm sido realizados (Pfiffer *et al*, 2003) e os autores identificam que a abordagem em equipa multidisciplinar é benéfica para as pessoas com fibromialgia.

São muitos os factores que interagem como causa dos sintomas nas pessoas com esta síndrome e a abordagem está longe de ser a ideal. Os estudos indicam a efectividade da abordagem multidisciplinar com implementação de programas de auto-gestão.

Neste tipo de abordagem, os objectivos são: reduzir as incapacidades e angústias causadas pela dor crónica, promover a educação (ensino de princípios de protecção articular e técnicas e conservação de energia, estratégia de *coping*), os exercícios aeróbios e de baixo impacto com o intuito de melhorar a sua qualidade de vida.

É premente referir que, com este tipo de programa, embora a diminuição da dor ocorra, a ênfase é dada na obtenção de um melhor desempenho ocupacional em todas as áreas significativas.

1.8.PROGRAMA DE REABILITAÇÃO: Intervenção em Equipa Multidisciplinar no Centro de Medicina de Reabilitação

Um programa de reabilitação formado por uma equipa multidisciplinar é uma mais-valia na reabilitação das pessoas com fibromialgia (Goldenberg:2004, citado por Lofgren: 2006). Os diferentes saberes dos profissionais de saúde que interagem com estas pessoas fazem com que o objectivo da reabilitação seja enriquecido e melhorem o desempenho ocupacional das mesmas.

O programa de reabilitação em equipa multidisciplinar surgiu no Centro de Medicina de Reabilitação da área da grande Lisboa, pela mão de uma fisioterapeuta que desenvolveu a sua monografia de fim de curso sobre a validação da *Fibromyalgic Impact Questionnaire (FIQ)*, em Maio de 2005.

Este programa tinha como objectivos a diminuição da dor, aumentar a tolerância ao esforço, ensino de princípios de protecção articular e técnicas de conservação de energia no desempenho das suas ocupações significativas, estratégias de *coping* para ultrapassar todas as limitações que condicionam a sua funcionalidade.

Estes objectivos, com o decorrer do tempo e as necessidades impostas pelas pessoas com fibromialgia que constituíram os grupos, foram amplamente alargados e a visão reducionista com que encarámos inicialmente este tema foi sofrendo constantes evoluções. Actualmente, o objectivo principal deste grupo, tendo a pessoa com fibromialgia no centro do programa, é fazer com que ela se responsabilize na tomada de decisões e seja um elemento activo dentro do programa, para que a sua autonomia seja efectiva.

Para atingir este objectivo existem uma série de componentes essenciais (Turk *et al*, 1983, Bradley, 1996 Keefe *et al*, 1996):

- Educação;
- Ensino e treino do desempenho ocupacional;
- Reforço positivo perante as dificuldades consideradas significativas;
- Ensino de capacidades gerais de situações stressantes do quotidiano;
- Estratégias para manter e aumentar todos os ensinamentos adquiridos.

O programa de reabilitação e a equipa devem ser percebidos pela pessoa de forma positiva, o que irá facilitar a forma como vai expor o que sente e como vai lidar com as dificuldades impostas, bem como todo o ajustamento que será necessário fazer. Só assim a pessoa confiará na equipa com que irá intervir (Domingues, 2008).

A equipa multidisciplinar é constituída por uma médica fisiatra, duas fisioterapeutas, duas terapeutas ocupacionais, uma psicóloga e uma assistente social.

O método de trabalho, do programa desenvolvido, baseia-se numa consulta prévia pelo médico de medicina física e de reabilitação e na aplicação de instrumentos de avaliação por parte da fisioterapia e da terapia ocupacional. No final é feita a triagem por parte do médico e o encaminhamento para participação no programa. Os grupos eram constituídos, inicialmente, por oito elementos, maioritariamente do sexo feminino.

Como é sabido a proporção de casos de fibromialgia é de nove mulheres para um homem (Branco, 2004).

Presentemente, e devido a um acréscimo de consultas de fibromialgia neste centro, os grupos são formados por 20 pessoas, sendo que estão divididos em dois sub-grupos de 10 elementos cada.

O desenvolvimento de uma avaliação completa assegura à pessoa que as suas condições são consideradas sérias e que a problemática está a ser investigada. Assim a necessidade de uma efectivação do programa foi comprovada através da aplicação de diversas medidas de avaliação antes e após a intervenção. As escalas utilizadas foram a FIQ, a Versão Portuguesa do *Health Assessment Questionnaire* (HAQ), o Inventário da Avaliação Clínica da Depressão (IACLID) e a *Canadian Occupational Performance Measure – COPM*.

O programa de intervenção (Anexo I) tem a duração de sete semanas, realizando-se duas vezes por semana, com diferentes tipos de sessões: reuniões multidisciplinares, sessões de hidroterapia, exercícios de baixo impacto e aeróbio, relaxamento, sessões de princípios de protecção articular e técnicas de conservação de energia no desempenho ocupacional das actividades significativas

Nas reuniões multidisciplinares, onde estão presentes todos os elementos da equipa (os dois grupos de pessoas com fibromialgia, médica fisiatra, duas fisioterapeutas, duas terapeutas ocupacionais, psicólogo e assistente social) são abordados diferentes temas, desde a definição da síndrome e suas consequências, apresentação e aplicação de estratégias de *coping*, dinâmicas de grupo (simulação de situações), explicação de possíveis benefícios fiscais.

É também nestas reuniões que os familiares são convidados a participar pois, como é sabido, o sofrimento não fica apenas limitado à pessoa portadora da síndrome. Esta prende toda a família na sua teia de dor e sofrimento.

O sistema familiar precisa de se reorganizar para enfrentar a nova realidade e de se adaptar às condições da vida engendradas pela síndrome e pelo tratamento. A família entra em *stress* severo originando sequelas nas áreas económica, emocional e social.

Nestas sessões é desmistificado a síndrome de fibromialgia, é dada a sua definição e são referidas as consequências e implicações a nível funcional. É ainda dada oportunidade aos familiares para falarem sobre a pessoa com fibromialgia e os seus próprios sentimentos face ao familiar que acompanham.

Nestas sessões as pessoas são estimuladas a falarem sobre si e a darem sugestões para possíveis alterações ao programa.

As sessões de hidroterapia, de exercícios de baixo impacto e aeróbios, bem como as sessões de relaxamento são orientadas por fisioterapeutas. O tipo de relaxamento utilizado é o relaxamento dinâmico de Caycedo - Sofrologia.

As sessões de princípios de protecção articular e técnicas e conservação de energia no desempenho ocupacional das actividades significativas são orientadas por terapeutas ocupacionais, tema que irá ser desenvolvido de forma mais específica por ser a temática deste estudo. Tendo consciência da importância do trabalho em equipa multidisciplinar quisemos, no entanto, estudar mais especificamente as repercussões da abordagem da terapia ocupacional na melhoria do desempenho ocupacional e aumento da qualidade de vida destas pessoas.

1.8.1. Intervenção Específica da Terapia Ocupacional

A Terapia Ocupacional, sendo uma ciência e uma profissão de reabilitação, preocupa-se em capacitar os indivíduos a atingir o máximo de potencial de desempenho das suas funções nas actividades de auto-cuidados, produtivas e de lazer, através do uso de actividades significativas (Stein & Cutler, 1998).

A ocupação é o âmago da intervenção da terapia ocupacional (Law, 1998) e pode ser definida como o grupo de actividades e tarefas da vida quotidiana, nomeadas, organizadas e valorizadas pelos indivíduos e pela sua cultura.

Segundo a *Canadian Association of Occupational Therapists* (1997, citada por Law *et al.*, 1998), ocupação é tudo o que as pessoas realizam para se ocuparem, incluindo cuidar de si próprias (actividades da vida diária), aproveitarem a vida (lazer) e contribuírem para o desenvolvimento social e económico das suas comunidades (produtividade).

O objectivo primordial é o de habilitar para a ocupação, de forma a promover a saúde, o bem-estar e a capacidade de indivíduos, grupos, organizações e a própria comunidade, para escolherem e desempenharem, de forma satisfatória, ocupações que estes considerem significativas.

Estas ocupações podem ser tão essenciais como conduzir um carro ou desempenhar uma actividade laborar. Para tal, o terapeuta ocupacional estuda os factores que influenciam a ocupação humana, intervindo com pessoas de todas as idades, nas situações que comprometam ou coloquem em risco um desempenho ocupacional satisfatório e, conseqüentemente, restrinjam a sua actividade e participação (adaptado do Perfil do Terapeuta Ocupacional da Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais, 2005).

Desenvolvido desde 1999, o Modelo Canadiano de Desempenho Ocupacional é uma ferramenta essencial para o Terapeuta Ocupacional intervir. Este modelo advoga que a

peessoa é o fulcro de toda a intervenção, fornecendo ao terapeuta ocupacional uma perspectiva da abordagem centrada na pessoa.

Devido à complexidade da síndrome estudada e aos diversos sintomas que lhe são característicos, bem como às consequências dos mesmos ao nível do Desempenho Ocupacional, o Modelo Canadano de Desempenho Ocupacional foi considerado apropriado para orientar a intervenção e consequente investigação.

1.8.1.1. Modelo Canadano de Desempenho Ocupacional

O Modelo Canadano de Desempenho Ocupacional (Figura 3) ilustra como a terapia ocupacional vê a relação dinâmica entre a pessoa, o seu contexto e as suas ocupações (actividades de vida diária relacionadas com auto-cuidados, produtivas e lazer). Fornece uma estrutura para capacitar a ocupação em todas as pessoas.

A estrutura tridimensional do modelo mostra a interdependência entre a pessoa, o contexto e a ocupação. Uma alteração em uma destas áreas afecta automaticamente as outras. Com a pessoa no centro, este modelo fornece ao terapeuta ocupacional uma perspectiva da abordagem centrada na pessoa.

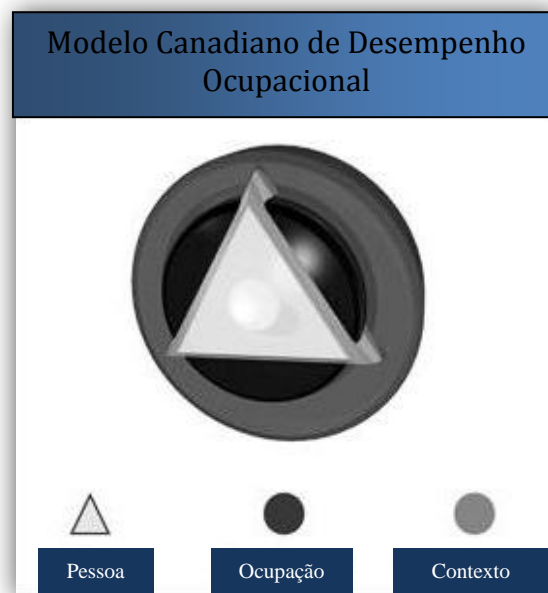


Figura 3: Modelo Canadano de Desempenho Ocupacional.
(adaptado de Law *et al.*, 1994)

1.8.1.2. Abordagem Centrada no Cliente

Basta ser Homem para ser capaz de captar os dados da realidade. Para ser capaz de saber, ainda que seja este saber meramente opinativo. Daí que não haja ignorância pura, nem sabedoria absoluta (Paulo Freire, 1972).

A Declaração de Otawa em 1986 (OMS), num plano de promoção da saúde, referia que era urgente habilitar as pessoas a exercerem controlo sobre a sua vida e a melhorarem a mesma.

A abordagem centrada no cliente é baseada numa avaliação das necessidades ocupacionais dos indivíduos ou grupos a partir do seu próprio contexto. Este tipo de abordagem mostra respeito pelos clientes, reconhecendo a sua experiência e *Know how*.

A abordagem centrada no cliente é baseada numa avaliação das necessidades ocupacionais dos indivíduos ou grupos a partir do seu próprio contexto. É uma abordagem em colaboração, que visa habilitar (*enabling*) o cliente para a realização de ocupações significativas. O habilitar o indivíduo refere-se a facilitar, educar, aconselhar e escutar activamente, de modo a que as pessoas adquiram meios para participar na construção da sua própria vida (McCracken *et al*, 1983, citado por Gonçalves, 2004).

A abordagem centrada no cliente mostra respeito pelos clientes, passam a ser pessoas activas e responsáveis pelo seu próprio tratamento, defendem os seus direitos, reconhecendo as suas necessidades e aceitando a experiência e sabedoria dos clientes.

1.8.1.3. Desempenho Ocupacional

O Modelo Canadano de Desempenho Ocupacional ilustra a relação entre o indivíduo, o desempenho ocupacional nas áreas de actividades da vida diária, produtivas e de lazer, os componentes de desempenho ocupacional (físicos, sócio-culturais, mentais e espirituais) e o seu ambiente envolvente.

O desempenho nas três áreas depende não apenas das capacidades do indivíduos nos diferentes componentes mas também do meio em que essas actividades são realizadas, no sentido em que o meio pode colocar exigências e/ou disponibilizar recursos que irão interferir com a realização das mesmas.

Este conceito engloba sempre uma perspectiva holística do indivíduo, vendo-o como um sistema aberto, complexo e multidimensional (biológico, psicológico, social e espiritual) que interage com o seu ambiente (Kagan, 1996, citado por Gonçalves, 2000), utilizando a ocupação para responder de uma forma adaptativa às solicitações do mesmo.

As três áreas de desempenho dividem-se, por sua vez, em três sub-áreas:

- A Área de Actividades da Vida Diária inclui os cuidados pessoais (alimentação, higiene, vestuário, entre outras), a mobilidade (transferências e mobilidade no interior e no exterior) e a gestão na comunidade (transportes, compras, entre outras).
- A Área de Actividades Produtivas inclui o trabalho (remunerado ou voluntariado), a gestão doméstica (limpezas, tratamento de roupas, preparação de refeições, entre outras) e a escolaridade e/ou jogo (no caso de se adequar à idade do indivíduo).

- A Área de Actividades de lazer inclui a recreação calma (leitura, artesanato), a recreação activa (desportos, passeios, viagens) e a socialização (visitas, telefonemas, correspondência, entre outras).

A essência da Terapia Ocupacional reside numa abordagem integrada e equilibrada das três áreas de desempenho, como preconizado pelo modelo anteriormente referido. O desempenho ocupacional é definido pelo indivíduo não apenas em termos da sua capacidade e competência para realizar certas ocupações, mas também em termos da sua satisfação com esse desempenho.

Assim, o desempenho ocupacional será um fenómeno mais experimentado e vivenciado pelo indivíduo do que observável do exterior. É também influenciado pelos papéis que o indivíduo assume no seu dia-a-dia e pelo seu ambiente (Law *et al.*, 1994, citado por Gonçalves, 2000).

1.8.1.4. Medida Canadiana de Desempenho Ocupacional

Pela abrangência das áreas de desempenho, pela necessidade de identificação de actividades problemáticas, pela capacidade de atribuição da importância às actividades consideradas problemáticas e posterior hierarquização dessas mesmas actividades, bem como por permitir a avaliação do seu próprio desempenho e grau de satisfação, este foi o instrumento considerado apropriado para avaliar/reavaliar pessoas em que a visão das dificuldades é global e inespecífica (Anexo II).

A Medida Canadiana de Desempenho Ocupacional (MCDO), baseada no Modelo Canadiano de Desempenho Ocupacional, mede a auto-percepção das alterações no Desempenho Ocupacional do indivíduo, nas áreas de desempenho de auto-cuidados, produtivas e lazer. Ilustra ainda que o desempenho ocupacional resulta da interacção entre a pessoa, contexto e ocupação e que qualquer alteração num destes desempenhos afecta os outros.

Esta medida evidencia a prática entrada no cliente, pois leva o cliente a referir quais as áreas de desempenho problemáticas no seu próprio contexto. Seguidamente é-lhe pedido que as hierarquize e classifique pelo seu grau de desempenho e satisfação, de modo a que a intervenção seja centrada nelas.

A hierarquização das áreas problemáticas, identificadas pelo próprio, aumenta a participação e a satisfação do cliente no seu processo de reabilitação.

Estudos realizados com a MCDO em pessoas com fibromialgia verificaram um aumento significativo da melhoria do grau de desempenho e satisfação nas áreas problemáticas (Bailey, A. *et al*, 1999).

Bailey (1999) constatou que uma das maiores queixas que as pessoas com fibromialgia apresentam era serem incapazes de levarem a cabo as suas ocupações diárias, devido à dor e ao cansaço. Referiu, ainda, que o objectivo primeiro da reabilitação é fazer com que a pessoa ganhe o máximo de independência possível.

As sessões de Terapia Ocupacional são essencialmente práticas e desenrolam-se após a avaliação inicial da MCDO e num “acordo” estabelecido com as pessoas de cada grupo.

1.8.1.5. Sessões de Terapia Ocupacional

*“ Eu ouço e esqueço,
Eu vejo e lembro-me
Eu faço e compreendo”
Provérbio Chinês*

As sessões de terapia ocupacional funcionam mais como um grupo de trabalho do que um grupo terapêutico, isto porque a maior parte da informação disponibilizada resulta das actividades referidas pelas pessoas e da forma como as realizam.

As intervenções com estes grupos desenrolam-se de forma sempre diferente de grupo para grupo, porque cada grupo é ímpar com especificações únicas. Não existem dois grupos, nem duas intervenções iguais. Pressupõe, portanto, uma constante adaptação dos terapeutas ocupacionais quando se fala em desempenho ocupacional.

As sessões em grupo podem ser vistas como um triângulo equilátero, em que os lados são: conhecimento, inspiração e acção. Estes três elementos estão interligados e influenciam-se mutuamente. Conhecimento induz a acção e esta promove a inspiração, novas actividades levam à inspiração e aumento do conhecimento (Nordenskiöld, Birgitta, Hansen, 1994).

Por outras palavras, podemos dizer que a educação permite à pessoa:

- compreender melhor a sua patologia (conhecimento)
- lidar com a sua patologia no dia-a-dia (inspiração)
- manter uma vida activa apesar da patologia (acção)

Estas sessões por serem, como referido anteriormente, em grupo, dão oportunidade às pessoas de partilharem experiências, dificuldades, soluções e compreenderem que não estão sozinhas e não são as únicas com fibromialgia.

A educação em grupo é um método de tratamento apropriado para pessoas com situações crónicas (Nordenskiöld, U. *et al*, 1994) como é o caso da fibromialgia. Este pode ser preventivo e/ ou melhorar a capacidade funcional das pessoas e ainda servir como uma preparação para o objectivo final: mudança de hábitos para melhoria da qualidade de vida.

Assim, as sessões de Terapia Ocupacional desenrolam-se segundo as actividades referidas pelas pessoas, tendo por base os princípios de protecção articular e as técnicas de conservação de energia no desempenho ocupacional das actividades problemáticas.

1.8.1.6.Princípios de Protecção Articular e Técnicas de Conservação de Energia

Os princípios de protecção articular foram desenvolvidos em programas de gestão de doença crónica, como já foi referido anteriormente e tinham como objectivo minimizar as consequências da doença. Estes foram inicialmente apresentados nos Estados Unidos da América em 1965, por um terapeuta ocupacional, e foram utilizados como tratamento em pós-operatório da mão e em grupos de doentes crónicos (Bailey, 1999). Mais tarde estes princípios foram sendo amplamente divulgados, sendo hoje parte integrante da abordagem da terapia ocupacional em diversas patologias.

O âmbito da abordagem, tendo por base os princípios de protecção articular (PPA) e as Técnicas de Conservação de Energia (TCE), tem a ver com a redução do *stress* ao nível das articulações e a realização de actividades com menor dispêndio de energia.

Estudos realizados por Nordenskiöld *et al* (1994) demonstraram que a utilização de um programa tendo por base o PPA e TCE, combinado com a utilização de ajudas técnicas e a mudança de hábitos em mulheres com artrite reumatóide, levaram a benefícios ao nível da dor e da capacidade funcional.

As técnicas de conservação de energia representam um papel fundamental, como uma adaptação para compensar a diminuição da capacidade aeróbia no desempenho destas actividades (Nordenskiöld, U. *et al*, 1994).

Estas técnicas consistem na medição de objectivos com o intuito de evitar dispêndio de energia desnecessária na realização de actividades de vida diária. Incluem controlo para conseguir fasear a actividade, equilíbrio entre repouso e actividade, organização do plano de trabalho e uso adequado dos mecanismos corporais.

Estas técnicas mostraram-se eficazes nas adaptações ao local de trabalho e revelaram ser um factor importante na diminuição do grau de dependência das pessoas com dor crónica (Bailey, 1999).

Pode colocar-se então a pergunta, porquê utilizar estes princípios e técnicas em pessoas com fibromialgia (em que não existe desgaste articular)?

A resposta reside no facto de que, para além da articulação propriamente dita, existem todas as estruturas que a rodeiam sejam elas, cápsulas, bursas, ligamentos, músculos e tendões, e ao aliviarmos a carga numa destas estruturas obrigatoriamente aliviámos a dor das restantes estruturas envolventes.

Estes princípios e técnicas envolvem a redistribuição da carga corporal, o uso preferencial das grandes articulações em detrimento das pequenas, a utilização adequada da musculatura corporal e o tentar evitar a fadiga extrema na realização das actividades. Envolve ainda o uso de ajudas técnicas, alteração do padrão de movimento, simplificação das actividades e aumento da conservação de energia na realização das actividades de vida diária (AVD's) (Cordery and Rocchi, 1998, citado por Santos, E. 2001).

Os Princípios de Protecção Articular pressupõem que as articulações suportem o peso na posição mais funcional quando realizam actividades mas que este não contribua para um desalinhamento corporal. A posição de repouso é também uma parte integrante da teoria destes princípios, pois não pode ser causadora de dor (Nordenskiöld, Brigitta, Hansen, 19994).

Estes princípios podem ser sintetizados (Quadro 4) nos quatro princípios de ajuda (adaptado do programa: *The Salisbury Programme of Information on Rheumatology Education (S.P.I.R.E.)*, desenvolvido por (Hammond et al 1999, citado por Santos, E. 2001).

Princípio de Ajuda dos Quatro P's

Respeitar a Dor (<i>Pain</i>)	Pode ser evitada através do planeamento das suas actividades, criando um ritmo próprio e protegendo as suas articulações e o seu próprio corpo.
Planear (<i>Planing</i>)	Formas de planear as actividades mais pesadas durante a semana e distribui-las ao longo do dia e benefícios do planeamento.
Fasear (<i>Pacing</i>)	Como acompanhar o seu próprio ritmo, aprender até onde o seu corpo pode ir, conhecer os seu limites de dor.
Protecção (<i>Protection</i>)	<ul style="list-style-type: none">• do excesso de trabalho e exaustão• das vossas articulações, corpo evitando o stress• de um conselho inapropriado

Quadro 4: Adaptado do Programa Spire (Princípio de Ajuda dos Quatro P's)

Com estes princípios pretendemos adquirir estratégias de funcionamento levando a uma mudança de hábitos em todas as áreas ocupacionais.

O PPA e as TCE são utilizados pelas terapeutas ocupacionais em programas de educação com o objectivo de reduzir o impacto da fadiga nos indivíduos, como por exemplo em indivíduos com esclerose múltipla (Mallik, Finlayson, Mathiowetz, Fogg,

Louis, 2005). O objectivo final destas técnicas é o de facilitar a mudança de comportamentos.

Estes princípios e técnicas incluem: controlo do trabalho, através do faseamento das actividades, equilíbrio entre actividade e repouso, organização do trabalho e uso de mecanismos corporais adequados (Woo, Kwan, Sum, Wok & Hui, 2006).

Um aspecto importante quando falamos em educação, em estabelecimento de relações e em intervenção em grupo é a comunicação. O que dizemos e como fazemos é um ponto fulcral para o sucesso ou não da intervenção.

1.8.1.7. Comunicação em Grupo

Etiologicamente comunicar é tornar comum uma informação uma ideia ou uma atitude. A palavra comunicar provem do Latim “comunicare” que significa “pôr em comum”, “entrar em relação com”, “dividir alguma coisa com alguém”.

Abric (1999) define comunicação como um conjunto de processos pelos quais se realizam trocas de informação e de significados entre as pessoas numa dada situação social. Toda a comunicação é uma interacção entre dois interlocutores constituindo um acto social.

Verificamos que a comunicação é um fenómeno que está presente em toda a parte. Toda a comunicação, enquanto estabelecimento de relação, exige um *feedback*. É através da comunicação que conhecemos o outro e estabelecemos com ele uma empatia, que nos permite perceber os seus comportamentos e acções. O fenómeno de *feedback* é fundamental para o nosso contacto com os outros, deste depende a continuidade da comunicação, e reflecte a maneira como a comunicação influenciou ou foi recebida pelo outro.

Um dos pontos fundamentais da comunicação é a reacção daqueles a quem nos dirigimos. Pois é através desta reacção (*feedback*) que construímos a nossa comunicação futura, não só o que dizemos mas o modo como fazemos.

O termo comunicação é usado para designar dois domínios diferentes, ainda que interligados: a comunicação social e a comunicação interpessoal.

A comunicação social é importante para as relações estabelecidas no nosso dia-a-dia, tem variado fins e é essencial para a sobrevivência da humanidade. A relação interpessoal é interactiva e estabelece-se de forma bilateral, face a face.

Comunicar é diferente de informar. No nosso estudo existe uma linha ténue que pode levar a uma situação unicamente de informar, pois quando informamos estamos a usar um processo unilateral, enquanto quando comunicamos com o outro estamos num processo interactivo e pluridireccional, estabelecendo uma relação interpessoal.

Na comunicação interpessoal há um estabelecimento e manutenção de relações, estabelecidas através de padrões de comunicação que estão na base de necessidades interpessoais, isto é a necessidade de inclusão, controle e afeição de uma pessoa determina como ela se comporta em interacção com outras. Este tipo de comunicação envolve a apresentação do eu a outros. Tentamos controlar as impressões de outras pessoas definindo e estruturando as situações em que comunicamos. Tal apresentação é feita de forma verbal e não verbal.

A comunicação pode assumir ainda outra forma que é a linguagem não verbal, importante meio de transmitir aos outros o que pensamos uma forma silenciosa e automática. No entanto devemos ter em atenção esta forma de comunicar, pois por vezes “podemos negar com as palavras, mas o nosso corpo reage antes da nossa razão” (Silva, 1999).

É fundamental, quando comunicamos, ter presente os possíveis significados da nossa linguagem não verbal, os significados que possam ser atribuídos aos nossos gestos, palavras e expressões, pelas outras pessoas com quem comunicamos, pois podemos entrar em contradição entre aquilo que dizemos e o que transmitimos.

A comunicação em grupo envolve a interacção interpessoal e em grupo (pequeno) que é propícia para simulação de inúmeras situações que ocorrem na vida quotidiana.

Cartwright e Zander (citados por Trinta, 1988) enfatizaram algumas características específicas da formação de um grupo. Os elementos do grupo:

- interactuam com frequência
- definem-se como membros
- são definidos por outros como pertencentes ao grupo
- compartilham normas a respeito de assuntos de interesse comum
- participam de um sistema de papéis encadeados
- identificam-se entre eles em resultado de terem estabelecido o mesmo modelo
- acham o grupo gratificante
- esforçam-se por promover metas interdependentes
- possuem uma percepção colectiva da sua unidade
- tendem a actuar de maneira unitária em relação ao meio circundante.

Rosenfeld (citado por Trinta, 1988) considera o grupo como um sistema dinâmico funcionando como um todo. O processo de interacção grupal ocorre ao longo do tempo e à medida que evolui o grupo muda. O grupo é composto por pessoas com personalidades, crenças, valores, atitudes e percepções variadas. O terapeuta que interage em grupo está num processo de constante adaptação e reajuste face às necessidades individuais e exigências do próprio grupo.

O respeito mútuo, a escuta activa, a clareza da informação dada, a paciência, a confiança e a segurança tornam-se aspectos essenciais para o estabelecimento de uma relação comunicacional com as pessoas com quem trabalhamos.

A “atmosfera” criada pelo próprio grupo e pela pessoa que o orienta tem suma importância no desenvolvimento das sessões.

O terapeuta ocupacional que trabalha em grupo de pessoas com fibromialgia deve ter ou desenvolver capacidades de (Nordenskiöld, Althoff, Hansen, 1994):

- Auto-consciência
- Empatia
- Escuta activa
- Arranjar estratégias para compensar os aspectos negativos da síndrome
- Respeitar a integridade da pessoa
- Estar disposto a reavaliar a sua própria posição
- Reconhecer a síndrome e as suas consequências
- Alternar entre o papel de pessoa que ouve e que dá “dicas” e o de profissional de saúde eficiente

Durante as sessões de terapia ocupacional, emoções tais como raiva, preocupações, rancor, culpa, sentimento de impotência face à síndrome, incompreensão por parte do médico ou de outro profissional de saúde, podem surgir e o terapeuta ocupacional deve dar oportunidade às pessoas de as expressarem, mas deve ser capaz de conduzir esses sentimentos e transformá-los em atitudes positivas de mudança.

Sabemos, no entanto, que as normas e valores de um grupo não satisfazem todas as pessoas. Se o indivíduo deixa de ter liberdade para alcançar metas fora do grupo, resultará insatisfação e conseqüente abandono, e se a informação disponibilizada em grupo for insuficiente para o indivíduo por não ir de encontro aos objectivos acordados, este também acabará por desistir. Portanto estas sessões devem estar em constante mudança e adaptação.

As sessões de terapia ocupacional, no programa de reabilitação em equipa multidisciplinar, são em número de cinco e estão descritas no quadro 5.

Plano das Sessões de Terapia Ocupacional

1ª Sessão

- Apresentação dos elementos do grupo
- Apresentação dos resultados da MCDO (avaliação inicial da consulta)
- Planeamento das sessões seguintes (em parceria com o grupo)
- Definir os PPA e as TCE.
- Dar a conhecer o Princípio de Ajuda dos quatro P's.
- Dar a conhecer os PPA e TCE

2ª Sessão

- Noções básicas de anatomo-fisiologia (coluna vertebral, articulações e cinesiologia)
- Noções de equilíbrio dinâmico e base de sustentação
- Posturas adequadas nas posições: de pé, sentado e deitado (relação no desempenho das actividades referidas como problemáticas)
- Ajudas técnicas necessárias que podem ser utilizadas para manter uma postura adequada nas diversas posições

3ª Sessão

- Adequar os conhecimentos da sessão anterior às actividades da vida diária consideradas problemáticas
- Conselhos práticos sobre a forma mais adequada para realizar as actividades de vida diária
- Dar a conhecer ajudas técnicas que facilitam a função nas diversas actividades.

4ª Sessão

- Adequar os conhecimentos de PPA E TCE, nas actividades produtivas
- Conselhos práticos sobre a forma mais adequada para realizar as actividades produtivas
- Dar a conhecer ajudas técnicas que facilitam a função nas diversas actividades

5ª Sessão

- Adequar os conhecimentos de PPA E TCE, nas actividades de lazer
- Conselhos práticos sobre a forma mais adequada para realizar nas actividades de lazer.
- Dar a conhecer ajudas técnicas que facilitam a função nas diversas actividades.

Quadro 5: Plano de Sessões da Terapia Ocupacional

Os principais objectivos das sessões de Terapia Ocupacional são:

- Promover a aprendizagem de cuidados posturais nas Actividades de Vida Diária;
- Identificar/Relacionar algumas causas e factores predisponentes de dor e desgaste articular, na execução de actividades de vida diária;
- Prevenir o aumento da dor;
- Utilizar princípios de conservação de energia para a realização das AVD`s;
- Desenvolver Atitude Positiva, Responsável e de Auto-ajuda;
- Estimular a Auto-Responsabilização pelo Tratamento.

Ao permitir à pessoa com fibromialgia tornar-se activa na solução dos seus problemas, aumenta a confiança na sua capacidade de resolução dos mesmos.

Paulo Freire (1972) afirmou que “a vocação humana para aprender não é o objecto mas sim o sujeito. Aprender não é apenas o consumir saberes estranhos, mas sim ter noção de que uma dada situação de vida é um problema e que a solução passa pela acção” (p 95).

Os PPA e as TCE podem ser categorizados como:

- Respeitar a Dor
 - Desenvolver o equilíbrio entre Repouso e Actividade
 - Reduzir os Esforços
 - Simplificar as Actividades através do seu Faseamento
 - Evitar Posições Viciosas
 - Usar as Grandes Articulações
 - Usar cada Articulação no seu Plano Anatómico e Funcional
 - Evitar Actividades que Não Possam ser Interrompidas
 - Usar Ajudas Técnicas e Equipamento Eléctrico nas Actividades da Vida Diária.
 - Escutar o corpo
- (Adaptado da Associação Sueca de Reumatologia, 1994)

Na **1ª Sessão**, após a apresentação inicial, são apresentados os resultados da MCDO e, mediante as actividades percebidas como mais problemáticas, são estabelecidos as actividades a desenvolver ao longo das sessões.

É feita uma breve apresentação dos Princípios de ajuda dos quatro P's (Quadro 4) e dos princípios de protecção articular e das técnicas de conservação de energia.

Na **2ª Sessão** são exploradas noções básicas de anatomo-fisiologia e cinesiologia da coluna vertebral. Cada um exemplifica a postura que adquire na realização de uma actividade numa posição (de pé, deitada e sentada) e tenta-se corrigir alguns pontos ou movimentos nestas mesmas posições que podem provocar dor.

São trabalhadas as posturas mais adequadas na posição de pé, sentada e deitada e explicada a forma como interferem no seu desempenho ocupacional.

Por exemplo uma das actividades mais referenciadas é a posição de deitada, causadora de muita dor e que pode interferir com o sono não retemperador das pessoas com fibromialgia. São, ainda, apresentadas e experimentadas algumas ajudas técnicas que contribuem para a melhoria destas posturas.

Uma boa postura na cama é sinónima de um sono reparador. Na posição de deitado, após a pessoa ter demonstrado como a executa, são sugeridas e vivenciadas algumas soluções:

1. Não adormeça no sofá por períodos muito longos.
2. Use uma almofada por baixo dos joelhos e da cabeça (por pequena que seja) em decúbito dorsal.
3. Não adormeça de barriga para baixo e caso o faça, tenha atenção em colocar uma almofada na zona da barriga, evita dores nas costas.



Figura 4: Posição desadequada deitada, imagem retirada do Back Owen's Manual (1999)

4. A coluna, os ombros e a bacia devem estar sempre alinhados na cama. Use almofadas para este efeito.

5. Use um colchão que acompanhe as curvaturas da sua coluna (nem demasiado mole, nem demasiado rijo).



Figura 5: Posição de deitada adequada, imagem retirada do Back Owen's Manual (1999)

6. Sempre que dormir em decúbito lateral (de lado), use uma almofada que compense a altura do ombro à cabeça, dar-lhe-á mais apoio a nível cervical.

É de salientar que todas as pessoas do grupo experimentam a nova posição, e elas próprias vão acrescentando novas opiniões e resolução de outras situações que surjam.

Este processo segue-se para as posições seguintes, para a posição de sentada, e de pé com as consequentes ajudas técnicas que poderão ser úteis, ou não.

Na 3^a Sessão as ocupações que vão ser trabalhadas, são as das Actividades de Vida Diária, que englobam os auto-cuidados, a gestão na comunidade e mobilidade funcional. Uma das actividades mais referenciadas é o levantamento de cargas. Após a pessoa ter demonstrado como o executa, são sugeridas e vivenciadas algumas soluções para realizar levantamento de cargas:

1. Mantenha os pés afastados.
2. Faça flexão dos joelhos
3. Contraia a barriga



Figura 6: Levantamento e transporte inadequado de cargas, imagem retirada do Back Owen's Manual (1999)

4. Agarre o objecto junto ao corpo na linha média e faça força nas pernas e não nas costas.

5. Nunca levante o objecto acima do queixo.



Figura 7: Levantamento e transporte de cargas adequado, imagem retirada do Back Owen's Manual (1999)

6. Para colocar objectos em sítios mais altos use um banco.

7. Se achar que a tarefa é demasiado pesada para uma pessoa só, peça ajuda.

Na 4ª Sessão as actividades trabalhadas são as produtivas que englobam trabalho, gestão doméstica, jogo/escolaridade. Uma das mais referenciadas é o passar a ferro. Após a pessoa ter demonstrado como o executa, são sugeridas e demonstradas algumas soluções:



Figura 8: Posição de Passar a ferro desadequada, imagem retirada do Back Owen's Manual (1999)

1. Tenha junto à tábua de engomar uma mesa alta, para colocar a roupa, evitando que se curve, cada vez que pega numa nova peça de roupa.

2. Coloque-se de frente para a tábua de engomar, dobre o cotovelo a 90° e mantenha o braço junto ao corpo com o ferro na mão. Assim encontrará a altura ideal da sua tábua, quer de pé, quer sentado.

3. Utilize um ferro de engomar leve.
4. Passe a ferro por curtos períodos de tempo, interrompa a actividade e estique-se.
5. Sempre que passar a ferro de pé, disponha da ajuda do 3º apoio (suporte de pé)



Figura 9: Posição de passar a ferro adequada, imagem retirada do Back Owen's Manual (1999)

Na 5ª Sessão são abordadas as actividades de lazer e a mais referenciada é o ler e o estar sentado a ver televisão. Para se sentar confortavelmente são sugeridas e experimentadas algumas soluções:

1. Os pés devem estar bem apoiados no chão.
2. Sente-se num sofá adequado que lhe dê apoio em toda a coluna.
3. O ângulo entre o tronco e as coxas não deve ser superior a 90°, nem inferior a 110°.



Figura 11: Posição adequada sentado, imagem retirada do Back Owen's Manual (1999)

4. Respeite uma distância adequada entre si e o televisor.

5. Os apoios de braço do sofá devem estar à altura dos seus cotovelos.



Figura 10: Posição de sentado desadequada, imagem retirada do Back Owen's Manual (1999)

Durante todas as sessões são trabalhados aspectos como:

- Ser capaz de delegar nos outros actividades consideradas mais difíceis, ao delegar não está a “empurrar”, está sim a partilhar.
- Não ter medo de dizer “não”.
- Ver o que está a fazer em excesso e tentar perceber o que está a realizar, que lhe possa estar a causar dor ou cansaço extremo, avaliar, parar, pensar e depois então recomeçar.
- Não levar as actividades até ao limite num dia que considere bom, lembrar-se que no outro tem as consequências, e vai considerá-lo “mau dia”.
- Fasear as actividades, lembrar-se que “todas as actividades podem ser interrompidas”.
- Eliminar a ideia que desempenha tudo melhor do que os outros.
- Não deixar o perfeccionismo tomar conta de si.
- Planear o seu dia, o seu mês

- Criar objectivos próprios e segui-los à risca, começar e acabar no tempo estipulado.
- Estar disposto a correr riscos ou mudar as suas rotinas, não se esquecer que para se sentir melhor é necessário mudar hábitos. Fazer algo diferente.
- Não perder tempo a sentir pena de si próprio avaliar o que está mal e dispor-se a mudar.
- Ter pensamentos positivos.
- Socializar.

(Adaptado de *Mayo Fibromyalgia Treatment: Program Manual of Patient Education*, 1999)

Entre cada sessão é pedido que as pessoas experimentem em casa e que, de sessão para sessão, tragam dúvidas ou sugestões para melhorarem o seu desempenho ocupacional.

Na última sessão de terapia ocupacional, depois de ser dada a oportunidade de colocar dúvidas e referir possíveis dificuldades sentidas, é realizada a reavaliação da MCDO, nas áreas consideradas problemáticas.

A transmissão dos saberes recolhidos nestas sessões ajudam a melhorar a forma como encaram a realização das actividades e a perceber se há tentativa ou não da mudança de hábitos, objectivo último dos PPA e TCE (Woo *et al*, 2006).

Na última sessão multidisciplinar é feita a reavaliação de todas as medidas aplicadas pela equipa (FIQ, IACLID, HAQ).

Este grupo vai novamente a consulta com a Médica de MFR, para alta e reavaliação passado seis meses.

2.PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Com o presente estudo pretende-se identificar as áreas de desempenho ocupacional percebidas como problemáticas pelas pessoas com fibromialgia. Perceber se um programa de reabilitação, constituído por uma equipa multidisciplinar, contribui para a melhoria do desempenho Ocupacional. E identificar de que forma a Terapia Ocupacional contribui para essa melhoria.

O conhecimento destes factores poderá ser aplicado para melhorar o programa de reabilitação das pessoas com fibromialgia, existente no CMR, local onde decorreu o presente estudo.

Assim, o Objectivo geral presente neste estudo é *“Avaliar se as pessoas com fibromialgia melhoram o seu desempenho ocupacional depois de terem participado num programa de reabilitação, formado por uma equipa multidisciplinar, e identificar o contributo da Terapia Ocupacional segundo a opinião das mesmas.”*

Para ir de encontro ao objectivo geral estabelecido e dar resposta ao desenho proposto neste estudo foram delineados alguns objectivos específicos, são eles:

- Identificar os principais problemas de Desempenho Ocupacional referidos pelas pessoas com fibromialgia.
- Comparar os Graus de Desempenho e de Satisfação, atribuídos por essas pessoas, aos principais problemas identificados, ou seja, às ocupações problemáticas identificadas.

- Verificar se existem diferenças significativas na melhoria do Desempenho Ocupacional e do Grau de Satisfação com esse mesmo Desempenho percebidas pelas pessoas com fibromialgia e desenvolvidas através da participação no Programa de Reabilitação em Intervenção Multidisciplinar.
- Identificar o contributo da Terapia Ocupacional para esta melhoria, segundo a opinião dos participantes.

2.1. Tipo de Estudo

Este estudo combina dois métodos, o qualitativo e o quantitativo, sendo ambos de extrema importância para a apresentação dos resultados finais.

Segundo Reichardt & Cook (1986), citado por Carmo, H.(1998), (...) enquanto o paradigma quantitativo postula uma concepção global positivista, hipotético-dedutiva, particularista, orientada para os resultados (...) o paradigma qualitativo postula uma concepção global fenomenológica, indutiva, estruturalista, subjectiva e orientada para o processo (...).

O fio condutor para a escolha dos dois métodos vai de encontro ao objectivo geral, estabelecido no desenho deste estudo, e aos objectivos específicos delineados.

O método quantitativo pressupõe o uso de medidas objectivas, está orientado para a apresentação de resultados fiáveis e permitir-nos fazer o estudo de múltiplos casos.

Este foi o método escolhido para, através da aplicação do instrumento utilizado (Medida Canadense de Desempenho Ocupacional – MCDO), avaliar se as pessoas com fibromialgia melhoram o seu desempenho ocupacional e satisfação na realização desse desempenho, após terem participado num programa de reabilitação, formado por uma equipa multidisciplinar.

Este método permite-nos apresentar resultados traduzidos numericamente, bem como comparar variáveis, entre grupos, para ver a eficácia do programa apresentado. Assim, procedemos a um estudo do tipo quase-experimental, com um grupo de controlo não equivalente (não houve selecção aleatória dos sujeitos, mas ambos os grupos de controlo e experimental, foram submetidos a um pré-teste e um pós-teste).

O método qualitativo foi escolhido pela sua abordagem holística dos fenómenos humanos e, dado que coloca a tónica na exploração da riqueza e complexidade dos fenómenos que os caracteriza, por nos parecer como o considerado adequado para elucidar uma temática em que, no âmbito da Abordagem da Terapia Ocupacional, a investigação e intervenção em Portugal são escassas ou até mesmo inexistentes.

Apesar de diversos estudos (Bailey, 1999) referirem que a abordagem multidisciplinar em pessoas com a síndrome de fibromialgia é uma mais-valia para a eficácia da reabilitação, quisemos, no entanto, perceber qual o contributo específico da Terapia Ocupacional na melhoria do desempenho ocupacional destas pessoas. No presente estágio da investigação nesta área, apenas o método qualitativo nos permitiu abordar este tema específico.

É importante ouvir o que as pessoas têm a dizer, pois só com uma abordagem centrada no cliente nós vamos conhecer as suas reais necessidades e expectativas em relação às áreas que consideram mais problemáticas (Law, 2002).

Ohman, A. (2005) referiu que o estudo qualitativo assume extrema importância na área da reabilitação, pois, além de dar ênfase às necessidades e expectativas do cliente e familiares em relação ao seu programa de reabilitação, expande o conhecimento dos profissionais de saúde em relação à percepção que o cliente tem em relação à incapacidade, recuperação e problemática de doenças crónicas, contribuindo para o desenvolvimento de novos modelos de intervenção, baseados na abordagem centrada no cliente.

Neste âmbito, procedemos a estudo descritivo simples, que “[...] consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta” (Fortin, 1999).

Este tipo de estudo requer a descrição do fenómeno em estudo, a clarificação de conceitos associados a esse fenómeno e a elaboração de um quadro de referência para que se torne possível a ligação entre os conceitos estudados e a sua subsequente descrição.

A descrição e a clarificação dos conceitos e das variáveis conduzem à interpretação teórica dos resultados do estudo e à descoberta das relações entre os conceitos definidos, revelando-se como uma etapa que antecede a formulação de hipóteses para um novo estudo. Os estudos descritivos não têm assim hipóteses no momento da partida. Os resultados destes deverão fornecer sugestões para outros estudos com vista a analisar relações entre variáveis.

A abordagem geral de colheita de dados neste tipo de estudo poder-se-á realizar através de observação não estruturada, entrevistas estruturadas, semi-estruturadas ou não estruturada, ou ainda a partir de questionários, sendo os resultados analisados de uma forma descritiva.

O questionário foi o método que se apresentou como sendo o mais adequado para a realização deste trabalho. A escolha deste tipo de instrumento (questionário) veio de encontro à necessidade de estabelecer um grau de flexibilidade, que permitisse aos participantes uma resposta aberta, embora direccionada ao objectivo do trabalho.

2.2. Variáveis

Consideramos como variáveis principais do presente estudo, as variáveis de caracterização, variáveis dependentes e variável independente.

Considerámos variáveis de caracterização a idade, o estado civil, as habilitações literárias, a profissão, o tempo de diagnóstico, a situação actual e o factor desencadeante.

Temos como variável independente a “intervenção em equipa multidisciplinar”, constituída por: médica fisiatra, 2 fisioterapeutas, 2 terapeutas ocupacionais, 1 psicólogo, 1 assistente social e 20 senhoras com fibromialgia com o funcionamento como descrito em detalhe no Enquadramento Teórico”

Para a operacionalização das variáveis dependentes deste trabalho recorreremos aos itens do MCDO, que apresentamos na tabela 1.

Dimensão	Indicadores	Escala	Códigos /Atributos
Actividades problemáticas	Actividades que deseja ou necessita realizar ou que é esperado que realize mas que, por ter dificuldades ou não conseguir realizar, constituem um problema.	Nominal	1A - Actividades da Vida Diária; 1BActividades Produtivas; 1CActividades de Lazer
Importância das Actividades Problemáticas	Grau de importância das actividades problemáticas	Ordinal	1- Nada importante, até 10-Extremamente importante.
Problemas de Desempenho Ocupacional	Priorização dos 5 problemas mais importantes por ordem decrescente de importância	Ordinal	1 -Problema mais importante, até 5-Problema menos importante
Desempenho nas Actividades Problemáticas	Grau de desempenho nas actividades Problemáticas	Ordinal	1-Não consegue realizar, até 10-Realiza extremamente bem
Satisfação com o Desempenho nas Actividades Problemáticas	Grau de satisfação com o desempenho nas actividades problemáticas	Ordinal	1- Nada satisfeito até 10-Extremamente satisfeito.

Tabela 1: Operacionalização da variável percepção de problemas de desempenho ocupacional.

Patton (1990) citado por Carmo (1998) afirma que provavelmente nada põe tão bem em evidência a diferença entre métodos (...) como as diferentes lógicas que estão subjacentes às questões da amostragem.

2.3.Participantes e Processo de Amostragem

“O facto de se construir uma amostra prende-se com a impossibilidade de efectuar o estudo incluindo o universo da população em estudo” (Craveiro, I. e Martins, F., 2001)

Idealmente, e para que os resultados deste estudo fossem representativos da população com fibromialgia em Portugal, deveríamos seleccionar uma amostra aleatória estratificada representativa das características desta síndrome. No entanto, por limitações inerentes ao âmbito da temática desenvolvida neste estudo e pelo facto de não termos conhecimento de outro programa de reabilitação nestes moldes em Portugal, a nossa amostra foi feita por conveniência e decorreu no Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão (CMR).

Desta forma, a população em estudo é constituída por todas as pessoas do sexo feminino, com idade superior a 20 anos, com o diagnóstico de fibromialgia, segundo a Classificação do ACR (1990) estabelecido por um reumatologista e com indicação, por parte da especialidade de Medicina Física e de Reabilitação (MFR) do CMR, para participarem num programa de reabilitação: intervenção em equipa multidisciplinar.

De forma a ir de encontro ao objectivo geral estabelecido ***“Avaliar se as pessoas com fibromialgia melhoram o seu desempenho ocupacional depois de terem participado num programa de reabilitação, formado por uma equipa multidisciplinar”***, foram constituídos dois grupos de estudo: um grupo experimental (amostra A) e um grupo de controlo (amostra B).

O grupo experimental (amostra A) foi constituído por todas as pessoas convocadas para participarem no “programa de reabilitação: intervenção em equipa multidisciplinar”, que tem a duração de sete semanas, entre os meses de Março de 2006 a Maio de 2007.

Durante o período em estudo, foram convocadas 82 pessoas para participarem no Programa de Reabilitação, mas apenas cerca de 89% (n=73) participaram e concluíram o Programa, sendo que as 11% (n=9) ou não compareceram ou desistiram.

O grupo de controlo (amostra B) foi constituído pelas 50 pessoas que acorreram à consulta de Medicina Física e de Reabilitação no CMR, entre os meses de Maio 2007 e Outubro de 2008, mas que, embora tivessem indicação para o Programa, só poderiam participar mais tarde, devido à lista de espera por contingências dos serviços. No entanto, as questões éticas foram salvaguardadas, havendo garantia de que todos os elementos do grupo de controlo participarão no Programa.

Os dois momentos de avaliação a ambas as amostras tiveram um intervalo de tempo de sete semanas.

Porque à partida não tínhamos quaisquer conhecimentos acerca dos participantes, definimos alguns critérios de inclusão e exclusão, para ambos os grupos:

Assim, estabelecemos como critérios de inclusão:

- Terem mais de 20 anos
- Serem do sexo feminino
- Terem diagnóstico de fibromialgia segundo a Classificação do ACR (1990), por médico Reumatologista
- Terem sido encaminhadas para o CMR, para consulta por especialista de MFR
- Terem indicação para programa de reabilitação
- Mostrarem-se disponíveis para colaborar, após explicação clara do estudo, dos objectivos do mesmo e do que se esperava da sua participação.

Como critérios de exclusão estabelecemos:

- Terem perturbações psiquiátricas graves
- Não terem realizado o programa de reabilitação até ao fim
- Serem do sexo masculino

Para o Grupo de controlo acrescentámos dois critérios de exclusão:

- Terem feito o programa de reabilitação
- Não terem comparecido no CMR para reavaliação, ao fim de sete semanas

2.3.1. Caracterização da Amostra

A amostra do presente estudo é constituída por 123 participantes distribuídas, por 73 elemento (amostra A) no grupo experimental (G.E.) e 50 elementos (amostra B) no grupo de controlo (G.C.), todos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 20 e os 74 anos, sendo a média de 50 anos no G.E. e 51 anos no G.C. (tabela 2).

	N	Mínimo	Máximo	Média
G.Experimental	73	33 anos	70 anos	50,78
Grupo de Controlo	50	20 anos	74 anos	51,82

Tabela 2: Distribuição de pessoas com fibromialgia por Faixa Etária

Como podemos verificar na tabela 3, a maioria das participantes são casadas, quer no G.E. (n=50) quer no G.C. (n=32).

	Estado Civil	Frequência	Percentagem
G. Experimental	Casada	50	68,5%
	Divorciada	16	21,9%
	Solteira	3	5,5%
	Viúva	4	4,1%
Grupo de Controlo	Casada	32	64%
	Divorciada	15	30%
	Solteira	3	6%

Tabela 3: Distribuição de pessoas com fibromialgia por Estado Civil

A Frequência/Conclusão do 1º ciclo (Tabela 4) representa a maior percentagem das participantes neste estudo, quer no grupo experimental (39,7%), quer no grupo de controlo (48%).

	Habilitações Literárias	Frequência	Percentagem
G.Experimental	Analfabeto	0	0%
	Frequência/conclusão 1º Ciclo	29	39,7%
	Frequência /Conclusão 2ºCiclo	21	28,8%
	Frequência/ Conclusão do 3º Ciclo	0	0%
	Frequência /Conclusão do Ensino Secundário	3	4,1%
	Frequência/Conclusão Ensino Superior	20	27,4%
Grupo de Controlo	Analfabeto	2	4%
	Frequência/conclusão 1º Ciclo	24	48%
	Frequência /Conclusão 2ºCiclo	9	18%
	Frequência /Conclusão 3ºCiclo	4	8%
	Frequência /Conclusão do Ensino Secundário	2	4%
	Frequência/Conclusão Ensino Superior	9	18%

Tabela 4: Distribuição de pessoas com fibromialgia por Habilitações Literárias

Relativamente à Profissão, podemos observar (tabela 5) que, em ambos os grupos, as duas profissões mais referenciadas são as de Empregada Doméstica (GE - 38,4% e GC - 20,0%) e Administrativa (GE - 21,9% e GC - 24%).

Para a variável “situação profissional actual” (tabela 5), constatamos que os dois grupos diferem relativamente à situação de “Activo”: enquanto no GE é a situação referenciada pela maior percentagem de participantes (30,1%), no GC apenas 14% a referem como sendo a sua situação profissional actual. Neste grupo a situação mais referida pelas participantes é a de “Nunca trabalhou” (30,0%). Em ambos os grupos a situação de “Baixa” é a segunda mais referida (GE-30,1% e GC-24%).

		Profissões		Situação Actual		
		Frequência	Percentagem %	Frequência	Percentagem %	
Grupo Experimental	Emp. Doméstica	28	38,4	Activo	22	30,01
	Administrativa	16	21,9	Baixa	22	30,01
	Empresária	7	9,6	Reformada	15	20,5
	Téc. Superior	6	8,2	Desempregada	10	13,7
	Auxiliar	5	6,8	Nunca Trabalhou	4	5,5
	Professora	5	6,8			
	Ed. Infância	4	5,5			
	Emp. Balcão	1	1,4			
Emp. Fabril	1	1,4				
Grupo de Controlo	Administrativa	12	24,0	Nunca Trabalhou	15	30,0
	Emp. Doméstica	10	20,0	Baixa	12	24,0
	Auxiliar	8	16,0	Reformada	9	18,0
	Empresária	4	8,0	Activo	7	14,0
	Ed. Infância	4	8,0	Desempregada	7	14,0
	Emp. Fabril	4	8,0			
	Professora	4	8,0			
	Emp. Balcão	2	4,0			
	Relações Públicas	1	2,0			
	Pintora	1	2,0			

Tabela 5: Distribuição de pessoas com fibromialgia por Profissão e Situação Profissional Actual

Constatamos, pela leitura da tabela 6, que os intervalos de “Tempo de diagnóstico” de fibromialgia foram coincidentes em ambos os estudos, sendo que o intervalo de 1 a 3 anos foi o que registou maior percentagem (cerca de 46%) em ambos os grupos, seguido do intervalo de 4 a 5 anos que apresenta uma percentagem de 27,4% no G.E e de 24% no GC.

	Tempo de Diagnóstico	Frequência	Percentagem
G.Experimental	Até 6 meses	11	15,1%
	1 a 3 anos	34	46,6%
	4 a 5 anos	20	27,4%
	6 a 7 anos	5	6,8%
	8 a 9 anos	2	2,7%
	10 a mais	1	1,4%
Grupo de Controlo	Até 6 meses	10	20%
	1 a 3 anos	23	46%
	4 a 5 anos	12	24%
	6 a 7 anos	3	6%
	8 a 9 anos	1	2%
	10 a mais	1	2%

Tabela 6: Distribuição de pessoas com fibromialgia por Tempo de Diagnóstico

Quanto à variável “Factor desencadeante”, constatamos (tabela 7) que a morte de um familiar é o factor desencadeante mais referido nos dois grupos com 20,5% no GE e 24% no GC.

Esta variável pareceu-nos pertinente estudar pois, segundo a literatura revista no Enquadramento Teórico deste trabalho, constatamos que a maior parte das pessoas com fibromialgia apresenta um factor desencadeante desta síndrome.

A maioria das pessoas com fibromialgia relaciona o início dos seus sintomas com acontecimentos que provocam stress psicológico intenso (perda de um familiar/amigo); alteração de status; desemprego) ou alterações do estado de saúde (traumatismo, cirurgias, gravidez, parto, infecção grave e /ou prolongada, exposição a químicos) (Branco 2008).

De igual modo, a doença (histerectomia, mastectomia, cirurgia, alterações hormonais) aparece como segundo factor desencadeante mais referido em ambos os grupos, com 20,5% no GE e 16% no GC.

	Factor Desencadeante	Frequência	Percentagem
G.Experimental	Morte de Familiar	15	20,5%
	Doença (alt. hormonais, histerectomia, mastectomia, cirurgia)	15	20,5%
	Não reconhece	10	13,7%
	Abusos	9	12,3%
	Depressão pós parto	8	11%
	Divórcio	6	8,2%
	Stress Profissional	5	6,8%
	Problemas familiares	3	4,1%
	Falência e Desemprego	1	1,4%
	Retorno a Portugal	1	1,4%
Grupo de Controlo	Morte de Familiar	12	24%
	Doença (alt. hormonais, histerectomia, mastectomia, cirurgia)	8	16%
	Não reconhece	5	10%
	Abusos	7	14%
	Divórcio	8	16%
	Stress Profissional	6	12%
	Falência e Desemprego	4	8%

Tabela 7: Distribuição de pessoas com fibromialgia por Factor Desencadeante

2.4. Instrumentos de Colheita de Dados

Para a colheita dos dados foram utilizados dois Instrumentos:

● Medida Canadiana de Desempenho Ocupacional (MCDO)

A MCDO que é um instrumento de avaliação elaborado e utilizado por Terapeutas Ocupacionais (Anexo II). Consiste numa “entrevista semi-estruturada que mede as alterações nas ocupações de auto-cuidados, produtividade e lazer” (Law, 2000). Esta medida já foi traduzida e validada para população portuguesa numa tese de mestrado por uma Terapeuta Ocupacional (Gonçalves, 1998).

A Medida Canadiana de Desempenho Ocupacional (MCDO) foi utilizada com os dois grupos (experimental e de controlo), em dois momentos de avaliação: uma avaliação inicial e uma reavaliação ao fim de sete semanas, período de duração do programa de reabilitação.

Com este instrumento pretendemos identificar as ocupações problemáticas (auto-cuidados, produtividade e lazer) e a auto-percepção dos graus de desempenho e de satisfação com esse mesmo desempenho, nos dois grupos.

Após a identificação destas áreas, elas são classificadas pelo indivíduo, utilizando uma escala de *Likert* composta de 10 intervalos, pelo seu grau de importância (1 a 10, em que 1 nada importante e 10 extremamente importante).

Seguidamente, são hierarquizadas as cinco áreas consideradas mais problemáticas para o indivíduo e classificadas, novamente numa escala de *Likert*, pelo grau de desempenho (1 a 10, em que 1 não desempenha e 10 desempenha extremamente bem), bem como avaliação do grau satisfação, deste desempenho nas mesmas áreas (1 a 10, em que 1 nada satisfeito e 10 extremamente satisfeito).

No final das sessões de Terapia Ocupacional, são reavaliadas as cinco áreas problemáticas pelo seu grau de desempenho e satisfação e será verificado se ocorreram alterações quer no desempenho, quer na satisfação (estes dados serão tratados quantitativamente).

São dados a conhecer os resultados da MCDO e a quem apresenta melhoria do seu desempenho ocupacional é passado um questionário para avaliar a intervenção da Terapia Ocupacional.

● Questionário

Fortin (1999) afirma que é apenas necessária uma pequena amostra para obter informação sobre o fenómeno estudado. No entanto, deve este número ser suficiente, para que se obtenha uma representatividade que minimize os erros.

A abordagem geral de colheita de dados neste tipo de estudo poder-se-á realizar através de observação não estruturada, entrevistas estruturadas, semi-estruturadas ou não estruturada, ou ainda a partir de questionários, sendo os resultados analisados de uma forma descritiva.

Para atingir a segunda parte do objectivo geral estabelecido... ***identificar o contributo da Terapia Ocupacional segundo a opinião das mesmas***”, utilizámos um inquérito por questionário, constituído por seis questões abertas e fechadas.

Para a elaboração do questionário, foram realizadas entrevistas exploratórias a 3 pessoas com fibromialgia (que já tinham frequentado o programa de reabilitação em equipa multidisciplinar no CMR). Posteriormente, foi feita a análise de conteúdo do registo das entrevistas e elaborado um pré questionário composto por 7 questões, obedecendo às normas para este tipo de instrumento de pesquisa: a preparação, formulação e a redacção das questões.

Seguidamente, foi realizada a aplicação do pré-questionário, para testagem do instrumento, a um outro grupo de 3 pessoas com fibromialgia (que também já tinham frequentado o grupo).

Depois de analisadas as respostas do pré-teste, foi construído o questionário definitivo, com seis perguntas. Este processo decorreu de Janeiro de 2006 a Março de 2006.

A aplicação do questionário (teve em conta o anonimato, a confidencialidade e os procedimentos éticos) teve lugar no final da intervenção do grupo multidisciplinar, numa sessão com todos os que constituem o grupo (senhoras com fibromialgia, médica fisiatra, psicólogo, assistente social, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais).

Este questionário só foi passado às senhoras que, na avaliação da MCDO, apresentaram melhorias do desempenho e grau de satisfação ocupacional.

2.5. Análise dos Dados

Os resultados dos dois momentos de avaliação da MCDO serão descritos quantitativamente, tendo sido sujeitos a uma análise estatística descritiva e a uma análise comparativa para se verificar se houve ou não melhoria a nível do grau de satisfação e do desempenho das ocupações problemáticas.

Assim, fizemos uma comparação intragrupal, usando o teste paramétrico *T de Student* para amostras dependentes, para perceber se existem melhorias entre a avaliação inicial e a reavaliação, ao nível do desempenho ocupacional e grau de satisfação das pessoas com fibromialgia, na realização das ocupações. Utilizámos, ainda, uma comparação intergrupala, com o teste paramétrico *T de Student* para amostras independentes, para perceber se o programa de intervenção em equipa multidisciplinar contribuiu para as melhorias do Desempenho Ocupacional e Grau de Satisfação na realização das ocupações.

Relativamente aos dados do questionário, foi feito o seu tratamento, análise e interpretação, quer quantitativamente quer por análise do conteúdo das respostas às perguntas abertas, para se perceber qual o contributo da terapia ocupacional na melhoria do desempenho das ocupações referidas como problemáticas, na perspectiva dos participantes.

A análise e a categorização das unidades de conteúdo foram feitas com a colaboração de três observadores independentes, dois observadores são profissionais ligados à área da saúde, Terapeutas Ocupacionais, e por um elemento que não estão ligadas à área da saúde.

2.6. Questões Éticas

A obediência a padrões e princípios éticos foi uma preocupação constante neste estudo. Para tal foi realizado um pedido de autorização formal à Comissão de Ética do CMR (Anexo III), bem como à autora da tradução para português da COPM.

Foram ainda pessoalmente contactadas as participantes do estudo, solicitada a sua colaboração, realçando a importância deste e garantindo a confidencialidade das respostas dadas no questionário, comprometendo-nos a não utilizar os dados recolhidos para outro fim que não a investigação (Anexo IV).

Informámos as participantes sobre o direito de recusa à participação ou não aceitação de preenchimento do questionário (Anexo V).

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Relativamente ao primeiro objectivo “**Identificar os principais problemas de Desempenho Ocupacional referidos pelas pessoas com fibromialgia**”, ambos os grupos identificaram a Gestão Doméstica como a área mais problemática (Tabela 8), quer na nomeação das actividades problemáticas, quer na priorização das cinco mais problemáticas. Para 71 participantes do GE, a Gestão Doméstica representa o conjunto de actividades mais problemáticas, sendo referidas em média três actividades por participante (“Passar a ferro”, “Descascar os legumes para cozinhar”, “Aspirar a casa”, “Transportar compras” são algumas das actividades problemáticas mais referidas). Quando solicitados a escolherem as cinco mais problemáticas, o maior número de participantes (GE n=58 e GC n=34) volta a escolher a Gestão Doméstica, com uma média de 2 no GE e GC.

Se tivermos em conta o facto de a maioria das participantes referir como Profissão “Empregada Doméstica”, estes resultados levam-nos a reflectir sobre o impacto que a fibromialgia tem na vida profissional destas pessoas. São diversos os estudos que têm relatado o impacto que a fibromialgia tem na pessoa, a todos os níveis, a forma como influencia todas as actividades da vida diária e as alterações significativas em todos os seus hábitos e rotinas (Henriksson, et al, 1995; Sshafer, 1997, citado por Raheim, M. 2006), com consequências na qualidade de vida (Buchardt, et al, 1993).

Os Cuidados Pessoais foram a segunda actividade que os participantes dos dois grupos identificaram como problemática, (GE um n=70 e G.C. n=44) sendo a média de actividades referidas por cada participante de 2 para o GE e de 3 para o GC. “Lavar a cabeça”, “vestir calças”, “estar deitada na cama” foram algumas das actividades problemáticas mais referidas (Anexo VI).

Quando solicitados a escolher as cinco mais problemáticas, o maior número de participantes volta a escolher os “Cuidados Pessoais” $n=49$ (GE) e $n=44$ (GC) com uma média de actividades de 1 para o GE e de 2 para o GC.

Desde o início dos estudos realizados em pessoas com fibromialgia, verificou-se que a dor, a fadiga e os distúrbios do sono, afectam significativamente o desempenho ocupacional e a capacidade de assumir os seus papéis ocupacionais (Liedberg, L., Hesselstrand, M., Henriksson, C. (2004).

As actividades de “Gestão na Comunidade” apresentaram-se como sendo uma das três actividades mais referenciadas pelos participantes do (GE $n=71$ e GC $n=43$) como as mais problemáticas, apresentando uma média de 2 (GE) e 1 (GC). Algumas das actividades mais referidas são “transportar compras” e “pegar nos sacos”.

Quando pedido para priorizarem as cinco actividades mais problemáticas, a “Gestão na Comunidade” também se apresentou como a terceira mais referenciada no GE ($n=42$) e GC ($n=30$), sendo que a média apresentada foi de 1 para ambas as amostras (GE e GC).

Tal como já referido na actividade de “Gestão Doméstica”, sabemos que a maioria das senhoras deste estudo apresentam a profissão de “Empregadas Domésticas”, onde actividades como ir às compras e transportá-las estão incluídas. Gaston-Johansson *et al*, 1990 (citados por Lapa, 2004), num estudo com 31 mulheres, verificaram que cerca de 50% evitavam o cumprimento das tarefas domésticas ou de rotinas, tais como: fazer a cama, lavar pratos, aspirar, cozinhar, passar a ferro ou deslocar-se às compras. No entanto, também é conhecido que o Desempenho Ocupacional está comprometido, não por existência de alterações de natureza articular, nem fraqueza muscular (Wolfe, 1993, citado por Quartilho 1999), mas sim por dor e fadiga.

Principais áreas problemáticas	Grupo Experimental								Grupo de Controlo							
	Identificação das actividades problemáticas (Passo 1 da MCDO)				Priorização por grau de importância (referidas dentro das cinco mais importantes) (Passo 2 da MCDO)				Identificação das actividades problemáticas (Passo 1 da MCDO)				Priorização por grau de importância (referidas dentro das cinco mais importantes) (Passo 2 da MCDO)			
	N	Mínimo	Máximo	Média	N	Mínimo	Máximo	Média	N	Mínimo	Máximo	Média	N	Mínimo	Máximo	Média
Actividades da Vida Diária																
Cuidados pessoais	70	1	4	2,34	49	1	3	1,22	44	1	4	2,72	33	1	3	1,6
Mobilidade Funcional	66	1	4	1,66	36	1	2	1,16	37	1	3	1,48	11	1	2	1,09
Gestão na comunidade	71	1	4	1,63	42	1	2	1,09	43	1	3	1,79	30	1	3	1,20
Actividades Produtivas																
Trabalho	47	1	5	1,97	33	1	3	1,39	33	1	4	1,69	28	1	3	1,39
Gestão Doméstica	71	1	7	3,03	58	1	4	1,56	49	1	5	2,79	34	1	4	1,7
Jogo/Escolaridade	8	1	3	1,37	4	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Actividades de Lazer																
Recreação Calma	61	1	3	1,98	32	1	3	1,15	35	1	3	1,48	13	1	2	1,15
Recreação Activa	16	1	1	1	6	2	2	2	7	1	1	1	2	1	1	1
Socialização	53	1	3	1,11	19	1	1	1	40	1	2	1,1	19	1	2	1,05

Tabela 8: Percepção dos principais problemas identificados como problemáticos de Desempenho Ocupacional

Quanto ao segundo objectivo **“Comparar os graus de desempenho e de satisfação, atribuídos pelos participantes do GE e do GC, aos principais problemas identificados, ou seja, às ocupações problemáticas identificadas”**, o teste paramétrico *T de Student* (comparação intragrupal para amostras dependentes) revelou que os participantes melhoram em todas as actividades, quer no Grau de Desempenho, quer no Grau de Satisfação com esse mesmo Desempenho, no GE, pois constatamos a existência de uma diferença extremamente significativa (para $p \leq 0,001$) entre os dois momentos de avaliação em todas as actividades identificadas como mais problemáticas (Tabela 9).

O mesmo teste aplicado ao G.C. revelou também diferenças significativas nos dois momentos de avaliação (para $p \leq 0,001$), tendo-se observado um agravamento do Desempenho Ocupacional e do Grau de Satisfação com esse mesmo Desempenho em todas as actividades, excepto no Grau de Satisfação ao nível da “Gestão na Comunidade” e no “Trabalho”, onde não se registaram diferenças significativas entre os dois momentos de avaliação.

Podemos constatar que o grupo que participou no programa de reabilitação/ intervenção em equipa multidisciplinar apresenta melhores resultados, quer no Desempenho Ocupacional e no Grau de Satisfação com esse mesmo Desempenho, nas actividades consideradas problemáticas, o que vem reforçar a ideia de diversos autores, que afirmam que (Pfiffer *et al*, 2003) a abordagem em equipa multidisciplinar é benéfica para as pessoas com fibromialgia. É premente referir que, com este tipo de programa, embora a diminuição da dor ocorra a ênfase é dada na obtenção de um melhor desempenho ocupacional em todas as áreas significativas (Branco, 2008).

Estudos realizados com a MCDO em pessoas com fibromialgia verificaram um aumento significativo da melhoria do grau de desempenho e satisfação nas áreas consideradas problemáticas (Bailey, A. *et al*, 1999).

Por outro lado, constatamos que, quando não participaram no programa (G.C.), a tendência foi para piorarem no seu desempenho ocupacional e no grau de satisfação com esse mesmo desempenho e para aumentarem o isolamento. Este facto encontra-se estudado por diversos autores que referem que, quando não acompanhadas, estas pessoas tendem a não serem capazes de superarem os seus surtos e, de uma forma mais subtil, a evitarem os outros, a isolarem-se ou a tornarem-se mais “irritantes” com os familiares, amigos e colegas de trabalho (*Mayo Foundation for Medical Education and Research*, 2006).

“É crescente o consenso, que a dor crónica é uma condição complexa e somente pode ser tratada por avaliações e tratamentos multidimensionais” (Bennett, 1996, citado por Okifuji & Turk, 2003).

		Grupo Experimental				T / P		Grupo Controlo				T/P	
Principais problemáticas	áreas	Grau de Desempenho na Avaliação (GDA)	Grau de Desempenho na Reavaliação (GDR)	Grau de Satisfação na Avaliação (GSA)	Grau de Satisfação na Reavaliação (GSR)	(GDA/GDR)	(GSA/GSR)	Grau de Desempenho na Avaliação (GDA)	Grau de Desempenho na Reavaliação (GDR)	Grau de Satisfação na Avaliação (GSA)	Grau de Satisfação na Reavaliação (GSR)	(GDA/GDR)	(GSA/GSR)
		Actividades da Vida Diária	Cuidados pessoais	4,53	7,55	4,12	8,38	T=-7,63 P=0,00***	T=-7,82 P=0,00***	5,39	4,12	3,69	5,36
Mobilidade Funcional	3,76		7,26	2,91	7,73	T=-6,52 P=0,00***	T=-6,97 P=0,00***	4,81	4,09	2,36	2,09	T=2,025 P=0,07 ^{QS}	T=1,93 P=0,08 ^{QS}
Gestão na comunidade	3,6		6,56	3,21	6,8	T=-7,22 P=0,00***	T=-7,76 P=0,00***	3,3	2,26	2,46	2,1	T=3,16 P=0,004**	T=3,26 P=0,003**
Actividades Produtivas	Trabalho	4,75	9,0	3,18	9,4	T=-6,63 P=0,00***	T=-8,35 P=0,00***	3,77	3,07	2,70	2,14	T=3,83 P=0,001***	T=2,96 P=0,006**
	Gestão Doméstica	5,23	9,9	4,92	11,26	T=-8,57 P=0,00***	T=-10,36 P=0,00***	5,11	3,911	3,08	2,38	T=3,56 P=0,001***	T=1,93 P=0,061 ^{QS}
	Jogo/Escolaridade de	Não tem	Não tem	Não Tem		Não tem significância				Não apresenta valores			
Actividades de Lazer	Recreação Calma	3,9	7,9	3,12	7,9	T=-6,81 P=0,00***	T=-7,49 P=0,00***	3,35	2,71	2,21	1,78	T=2,59 P=0,022*	T=1,88 P=0,082 ^{QS}
	Recreação Activa	4,35	7,15	3,35	7,45	T=-3,86 P=0,01**	T=-3,90 P=0,01**	2,3	1,5	1,5	1,3	T=2,44 P=0,037*	T=1,50 P=0,168 ^{QS}
	Socialização	2,35	6,11	2,17	7,11	T=-5,55 P=0,00***	T=-8,11 P=0,00***	2,47	2,05	1,63	1,26	T=2,19 P=0,042*	T=1,37 P=0,185 ^{QS}

Tabela 9: Comparação de dois momentos de avaliação para identificar se há melhoria no DO (t de Student para variáveis dependentes intragrupois) ¹

¹ Legenda: *** Extremamente significativo para $p \leq 0,001$, ** Muito significativo para $p \leq 0,001$, * Significativo para $p \leq 0,001$, ^{QS} Quase significativo para $p \leq 0,001$, ^{NS} Não significativo $\leq 0,001$.

Relativamente ao terceiro objectivo “**Verificar se existem diferenças significativas na melhoria do Desempenho Ocupacional e do Grau de Satisfação com esse mesmo Desempenho percebidas pelas pessoas com fibromialgia e desenvolvidas através da participação no Programa de Reabilitação em Intervenção Multidisciplinar**” (Tabela 10), constatamos que, para a maioria das actividades, existem diferenças extremamente significativas.

Assim, a diferença nos “Graus de Desempenho” entre os dois grupos é extremamente significativa ($p < 0,05$) em todas as actividades, excepto nas actividade de mobilidade funcional, em que é quase significativa.

O mesmo se verifica em relação aos “Graus de Satisfação” em que se observam diferenças extremamente significativas para os dois grupos ($p < 0,05$) excepto na “mobilidade funcional” e na “recreação activa” (ambas as actividades implicam andar e ter contacto com outras pessoas).

“Transportar as compras” habitualmente é considerada uma das actividades “mais pesadas”, que deverão realizar com ajuda de terceira pessoa. Este factor poderá estar relacionado com o facto de as pessoas referirem já não se sentirem as mesmas, com a mesma vitalidade e energia em que faziam tudo e não necessitavam de ninguém, que não realizam as actividades como anteriormente e que estão dependentes de outros para as realizar. Estas são algumas das características de personalidade, “elevada propensão para a acção, um estilo de vida hiperactivo, traços de perfeccionismo compulsivo e inflexibilidade adaptativa, (...) incapacidade para o relaxamento e para o desfrute da vida”, das pessoas com fibromialgia (DGS, 2003).

		Grupo Experimental	Grupo Controlo	T	P
Principais áreas problemáticas		Média - Desvio Padrão	Média - Desvio Padrão	GDR/GSR	
Actividades da Vida Diária	Cuidados pessoais				
	Grau de Desempenho na Reavaliação (GDR)	7,553 ± 3,729	4,12±3,039	4,364	0,000***
	Grau de Satisfação na Reavaliação (GSR)	8,363±3,779	5,363±14,819	1,339	0,184 ^{QS}
	Mobilidade Funcional				
	Grau de Desempenho na Reavaliação (GDR)	7,264±3,654	4,090±2,165	2,717	0,09 ^{QS}
	Grau de Satisfação na Reavaliação (GSR)	7,735±3,871	2,090±1,513	4,690	0,000***
	Gestão na comunidade				
	Grau de Desempenho na Reavaliação (GDR)	6,561±3,240	2,266±1,362	7,614	0,000***
	Grau de Satisfação na Reavaliação (GSR)	6,804±3,763	2,100±1,241	7,469	0,000***
Actividades Produtivas	Trabalho				
	Grau de Desempenho na Reavaliação (GDR)	9,093±3,631	3,074±2,110	7,5930	0,000***
	Grau de Satisfação na Reavaliação (GSR)	9,406±4,195	2,148±1,633	8,455	0,000***
	Gestão Doméstica				
	Grau de Desempenho na Reavaliação (GDR)	9,909±6,144	3,911±3,423	5,906	0,000***
	Grau de Satisfação na Reavaliação (GSR)	11,264±6,43	2,382±1,414	9,688	0,000***
	Jogo/Escolaridade				
Grau de Desempenho na Reavaliação (GDR)	Não tem	Não tem			
Grau de Satisfação na Reavaliação (GSR)					
Actividades de Lazer	Recreação Calma				
	Grau de Desempenho na Reavaliação (GDR)	7,9032±3,797	2,714±1,382	6,689	0,000***
	Grau de Satisfação na Reavaliação (GSR)	7,9032±4,101	1,785±0,817	7,974	0,000***
	Recreação Activa				
	Grau de Desempenho na Reavaliação (GDR)	7,150±3,437	1,500±0,707	7,057	0,000***
	Grau de Satisfação na Reavaliação (GSR)	7,450±4,382	1,300±0,483	3,490	0,002**
	Socialização				
	Grau de Desempenho na Reavaliação (GDR)	6,117±2,642	2,052±1,311	5,741	0,000***
Grau de Satisfação na Reavaliação (GSR)	7,117±2,204	1,263±0,452	10,749	0,000***	

Tabela 10: Comparação de dois momentos de avaliação para identificar se há melhoria no DO e Grau de Satisfação nesse mesmo Desempenho (t de Student para variáveis independentes intergrupais)

Legenda :*** Extremamente significativo para $p \leq 0,001$

** muito significativo para $p \leq 0,001$

QS Quase Significativo para $p \leq 0,001$

Relativamente ao objectivo “**Identificar o Contributo da Terapia Ocupacional para esta melhoria, segundo a opinião dos participantes**”, foram encontradas Categorias que resultaram da leitura das respostas dadas pelas participantes, tendo por base a revisão bibliográfica realizada e que se encontra descrita no Enquadramento Teórico deste trabalho, tendo contado ainda com a colaboração de três observadores independentes (Anexo VII).

Relativamente à pergunta 1, o que verificámos foi uma mudança de atitude em relação à síndrome. Antes de iniciarem o programa de reabilitação, estas pessoas passaram por períodos de tentativa de reconhecimento da síndrome e de lutas constantes até lhes ser diagnosticada a fibromialgia. Estas senhoras vivenciaram sentimentos de vergonha, frustração e períodos de dores constantes, que as incapacitaram para o desempenho das suas actividades, bem como as limitaram nos relacionamentos, quer pessoais, quer familiares, quer sociais.

Ao iniciarem o programa, as senhoras sentem que os seus problemas são ouvidos, que a equipa acredita que as suas dores e os seus sintomas são reais. Sentem-se respeitadas.

Viver com fibromialgia tem sido descrito como um processo de transição longo, de tentativa de viver com dignidade (Soderberg, 1999, citado por Raheim, et al, 2007) e manter um equilíbrio constante na luta pelo reconhecimento dos seus sintomas (Raheim, et al, 2007).

Na resposta à primeira questão, todas as participantes referiram que as sessões influenciaram a sua forma de viver. Foram encontradas cinco categorias (Tabela 11), que evidenciam a mudança ocorrida. “**Aprender a ouvir o corpo / a si própria ajudou a viver melhor**” foi a categoria em que se verificou maior número de referências (total de referências=40), com um maior número de participantes (n=36). “A entender-me melhor”(E1)(E10)(E39)(E64)(E67); “Aprendi a lidar melhor com a doença”(E2)(E22)(E37)(E61)(E69);“Fez-me pensar”(E29)(E31)(E43)(E67);

“A conhecer-me melhor e a gostar de mim” (E13)(E26) foram algumas das respostas obtidas mais referidas, em relação a esta categoria.

Estas alterações estão de acordo com a referência que Mallik, Finlayson, Mathiowetz, Fogg e Louis (2005) fazem a que o objectivo final das técnicas utilizadas nos grupos de ajuda é o de facilitar a mudança de comportamentos.

Lofgren (2006), no seu estudo, verificou que as senhoras, após terem realizado o programa de reabilitação ficaram mais conscientes dos limites do seu corpo, usando a dor como guia, conseguiram alterar a sua forma de encarar a síndrome e, assim, aprender a viver melhor.

Categorias	Unidades de Registo	Nº Participantes
Aprender a ouvir o corpo / a si própria ajudou a viver melhor	Total referências=40	n=36
Ter oportunidade de interajuda / partilha de conhecimento entre pares (grupo)	Total referências=31	n=27
Usar a dor como guia para alteração de hábitos e rotinas	Total referências=26	n=22
Deixar de se sentir/estar só	Total referências=20	n=19
Ter oportunidade de ser ouvida	Total referências=9	n=8

Tabela11: Categorias encontradas relativas à questão 1.

Relativamente à questão 2, “*Depois de participar nestas sessões, quais os aspectos em que ficou mais consciente, relativamente às suas necessidades?*” foram encontradas seis categorias (Tabela 12). O desenho destas categorias teve como base teórica os princípios de ajuda dos 4 P’s: Dor (Pain) – respeitar a dor, Planear (Planning) – planear as actividades que irá realizar, Fasear (Pacing) – fasear as actividades e Protecção (Protection) – proteger as articulações ou de um conselho inapropriado. (*SPIRE Program*, citado por Santos, E. 2001), que são estratégias usadas para facilitar o desempenho das ocupações problemáticas.

A Terapia Ocupacional, sendo uma ciência e uma profissão de reabilitação, preocupa-se em capacitar os indivíduos a atingir o máximo de potencial de desempenho das suas funções nas actividades de auto-cuidados, produtivas e de lazer, através do uso de actividades significativas (Stein & Cutler, 1998).

A categoria “**Proteger-se nas Actividades Produtivas**” foi a que apresentou um maior número referências (Total de referências = 64) com um maior número (n=41) de participantes.

As “Actividades Produtivas” foram consideradas, pelas participantes, como as mais problemáticas. Estas actividades incluem: trabalho (remunerado ou voluntariado), gestão doméstica (limpezas, tratamento de roupas, preparação de refeições, entre outras) e escolaridade e/ou jogo (no caso de se adequar à idade do indivíduo).

Como a maior percentagem de participantes neste estudo têm a profissão de “Empregadas Domésticas”, poderemos constatar que a fibromialgia apresenta um impacto significativo no desempenho profissional destas senhoras.

“Saber colocar a tábua de engomar e o ferro para passar”(E1), (E12)(E16)(E32)(E51)(E56)(E58)(E62)(E65); “A melhor maneira de levantar pesos” (E3)(E36)(E58)(E67)(E72), “Pegar nos tachos com as duas mãos e com a mão aberta” (E9)(E20)(E39)(E59); “Ajoelhar-me para pegar nas crianças ao colo” (E35)(E64)(E69); “Escrever no teclado com os punhos direitos e cotovelos apoiados” (E27)(E42)(E57); “Não levar a roupa molhada ao ombro, colocar num balde e chuta-lo” (E6), são algumas das estratégias encontradas para desempenhar as actividades produtivas, protegendo as articulações com o menor dispêndio de energia.

Categorias	Unidades de registo	Nº Participantes
Proteger-se nas Actividades Produtivas	Total referências =64	n= 41
Proteger-se nas AVD/Usos de Ajudas Técnicas	Total referências =57	n=34
Respeitar a dor	Total referências =37	n=26
Planear/Fasear a actividade	Total referências=25	n=24
Proteger-se nas Actividades de Lazer/Usos de Ajudas Técnicas	Total referências =17	n=13
Saber pedir ajuda	Total referências=10	n=10

Tabela12: Categorias encontradas relativas à questão 2.

Relativamente à questão 3, “*A informação disponibilizada nestas sessões ajudou-o de alguma forma?*”, foram encontradas seis categorias (Tabela 13), em que obteve um maior número de referências (número total de referências = 31), por um maior número de participantes (n=28), foi “**Adoptar uma atitude mais positiva face à Síndrome**”.

As respostas encontradas nesta categoria, “(...) que é possível viver com isto” (E9)(E25)(E56)(E59)(E66); “(...) saber melhor lidar com certas situações do dia a dia” (E10)(E14)(E16)(E69); “a melhorar a maneira de estar na vida e a forma como a vou encarar daqui para a frente” (E26); “Não vale a pena correr vales e montes, resumindo o melhor é viver um dia de cada vez” (E25), vão de encontro à abordagem centrada na pessoa. O habilitar (*enabling*) o cliente para a realização de ocupações significativas (...) faz com que as pessoas adquiram meios para participar na construção da sua própria vida.

Ao serem capazes de adquirirem uma atitude positiva em relação à sua doença, estas senhoras (...) conseguiram alterar a sua rotina, passaram a planear e fasear as tarefas, a redistribuírem-nas nos dias “bons” e “maus”, a respeitarem as prioridades e a pedirem ajuda dos familiares nas tarefas mais pesadas (Henriksson, 1995, citado por Quartilho, 1999).

Relativamente à forma como as sessões de Terapia Ocupacional foram orientadas, obtivemos, quer para a informação oral, quer para a informação prática o mesmo total de referências (17) do mesmo número de participantes (n=14).

Na categoria de **“Informação prática ajuda a uma melhor visualização das actividades”**, encontramos respostas como “As imagens projectadas e depois fazer o que as imagens faziam fez muito sentido” (E2)(E49)(E50) (E51)(E71), “Pelo facto de as sessões serem todas práticas ajuda a memorizar a informação” (E28)(E63), “Tudo o que simulamos acontece na vida real” (E4)(E21), o que indica que, além da informação transmitida, o experimentar as situações ajuda na assimilação dos conhecimentos.

Na categoria **“Informação oral adequada”** as respostas que encontramos, como “Senti que falaram para nós” (E8)(E10)(E33), “Foi bem transmitido, percebi tudo” (E7)(E13)(E14), “Foi clara e fácil de entender” (E1)(E73), vão de encontro ao que encontramos na literatura sobre a abordagem centrada no cliente.

A abordagem centrada no cliente é baseada numa avaliação das necessidades ocupacionais dos indivíduos ou grupos a partir do seu próprio contexto. Este tipo de abordagem mostra respeito pelos clientes, reconhecendo a sua experiência e *Know how*. É uma abordagem em colaboração, que visa habilitar (*enabling*) o cliente para a realização de ocupações significativas. O habilitar o indivíduo refere-se a facilitar, educar, aconselhar e escutar activamente, de modo a que as pessoas adquiram meios para participarem na construção da sua própria vida (McCracken *et al*, 1983, citados por Gonçalves, 2004).

Categorias	Unidades de Registo	Nº participantes
Adoptar uma atitude mais positiva face à Síndrome	Total referências=31	n=28
Informação prática ajuda a uma melhor visualização das actividades	Total referências=17	n=14
Informação oral adequada	Total referências=16	n=14
Respeitar-se como pessoa	Total referências=11	n=10
Não se sentir sozinha/ única na Síndrome	Total referências=11	n=10
Perceber que há pessoas que reconhecem a Síndrome	Total referências=4	n=3

Tabela 13: Categorias encontradas relativas à questão 3

Nas respostas à questão 4, *“Como avalia o contributo dos Terapeutas Ocupacionais nas sessões em que participou?”*, as sessões de Terapia Ocupacional foram avaliadas (Tabela 14) pelos participantes entre o “Muito Bom” (n=212) e o Bom (n=136).

A 4ª Sessão foi a que obteve melhor pontuação. Nesta sessão são abordadas os PPA (onde são evidenciadas estratégias para a realização das actividades consideradas “mais pesadas” respeitando a dor, planeado-as e faseado-as ao longo da semana e ao longo do dia) e TCE (através da simulação das actividades consideradas problemáticas, e recorrendo ao uso de ajudas técnicas são demonstradas formas de realização das actividades com menor dispêndio de energia e canalizando essa energia para o disfrute da vida) nas “Actividades Produtivas”, sendo estas as actividades referidas como as mais problemáticas. Respostas como “no trabalho mudou o meu humor só por mudar a posição de sentada, não tenho dor, estou melhor” (E29); “As coisas aparecem na mesma feitas, porque agora faço com mais calma e dentro do meu tempo”(E40).

Sessão Nº	Mto Bom	Bom	Médio	Pobre	Mto Pobre
1	n=33	n=34	n=4		
2	n=42	n=28	n=1		
3	n=43	n=27	n=2		
4	n=55	n=22	n=4		
5	n=39	n=25	n=5	n=2	
Total	212	136	16	2	0

Tabela14: Respostas relativas à questão 4

Relativamente à questão 5, ***“Das cinco sessões em que participou, qual foi a que melhor correspondeu às suas dificuldades específicas? Comente.”***, as sessões que obtiveram maior número de referências (total=27), do maior número de participantes (n=27) foram a 2ª e a 4ª sessões.

A 4ª Sessão, como vem sendo referido, é a sessão em que se aplicam os PPA e as TCE, às “Actividades Produtivas”, bem como se dá a conhecer as ajudas técnicas que facilitam e minimizam a dor no desempenho das actividades. “Todas estas posturas foram experimentadas em casa, e eu ensinei-as e mudaram a minha forma de estar sentada, deitada e de pé a preparar as refeições (E28)”. Fomos verificando que alguns participantes experimentavam os PPA e TCE sugeridas e que, se sentissem melhorias, passavam essa informação aos familiares. “Aprendi a sentar-me melhor ao computador, e agora não tenho tantas dores no pescoço e os meus filhos já sabem agora sentar-se ao computador, eu disse-lhes”(E23). Assim como ao experimentá-las, obtinham resultados positivos de alívio de dor e melhoria do desempenho Ocupacional, “a 2ª foi muito boa a relação estabelecida entre as posturas e todas as actividades do dia a dia (...) achei fantástico não sabia que se podia melhorar em todas as actividades. Porque me ajudou a dar aulas” (E20).

Na 2ª Sessão são ensinadas as noções básicas de anatomo-fisiologia e de cinesiologia, e as posturas adequadas e os benefícios destas, relacionando com o âmbito da Terapia Ocupacional, a “Ocupação”, “já conhecia as posturas adequadas e até as ensino, mas foram dadas noutra perspectiva, associá-las às actividades de vida diária” (E42).

Além da dor, o sono não reparador é um dos sintomas que mais afecta as senhoras com fibromialgia. Ao sugerir-lhes adaptações na forma de se deitarem, minimizando o *stress* a nível articular pela compensação de almofadas em determinadas regiões do corpo, faz diminuir a dor, contribuindo, juntamente com o restante tratamento, para um sono mais relaxante. “(...)então a posição de deitada foi a melhor, porque passei a dormir bem como já há muito tempo eu não dormia.” (E27)

Categoria: Síntese da Sessão	Sessão	Nº participantes	Unidades de Registo
<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos elementos do grupo • Apresentação dos resultados da MCDO (avaliação inicial da consulta) • Planeamento das sessões seguintes (em parceria com o grupo) • Definir os PPA e as TCE/ Dar a conhecer os PPA e TCE. • Dar a conhecer o Princípio de Ajuda dos quatro P's. 	1	n=0	Total referências=0
<ul style="list-style-type: none"> • Noções básicas de anatomo-fisiologia (coluna vertebral, articulações e cinesiologia) • Noções de equilíbrio dinâmico e base de sustentação • Posturas adequadas nas posições: de pé, sentado e deitado. (relação no desempenho das actividades referidas como problemáticas). • Dar a conhecer ajudas técnicas que facilitam a função nas diversas actividades 	2	n=27	Total referências=27
<ul style="list-style-type: none"> • Adequar os conhecimentos da sessão anterior em actividades da vida diária consideradas problemáticas, • Conselhos práticos sobre a forma mais adequada para realizar as actividades de vida diária . • Dar a conhecer ajudas técnicas que facilitam a função nas diversas actividades 	3	n=15	Total referências=17
<ul style="list-style-type: none"> • Adequar os conhecimentos de PPA E TCE, nas actividades produtivas • Conselhos práticos sobre a forma mais adequada para realizar as actividades produtivas. • Dar a conhecer ajudas técnicas que facilitam a função nas diversas actividades. 	4	n=27	Total referências=27
<ul style="list-style-type: none"> • Adequar os conhecimentos de PPA E TCE, nas actividades de lazer • Conselhos práticos sobre a forma mais adequada para realizar nas actividades de lazer. • Dar a conhecer ajudas técnicas que facilitam a função nas diversas actividades 	5	n=4	Total referências=4

Tabela15: Respostas relativas à questão 5

Relativamente à pergunta 6, *“De que forma é que a Terapia Ocupacional contribuiu para a melhoria do seu desempenho ocupacional nas ocupações mais significativas?”* foram encontradas 5 categorias. A categoria que obteve maior número de referências (Total=31) foi **“Interromper o ciclo da dor e aumentar os níveis de capacidade funcional e emocional”**, estas referências foram fornecidas pelo maior número de participantes (n=26). As respostas encontradas nesta categoria vão de encontro às estratégias ensinadas sobre os PPA e TCE. Respeitar a dor - ao estabelecerem a dor como limite, interrompem a actividade, reajustam-na para depois continuar “Devemos ouvir quando dói, ver o que está mal e depois continuar” (E41) (E66); “Escuto o meu corpo e quando dá sinais de dor, devo parar e depois continuar sem me castigar muito” (E40)

Outra das categorias com maior número de referências (total=24) é “**Receio de um retrocesso**”, onde é referido o sentimento de insegurança com o fim do programa, aumentando o medo nestas senhoras de voltarem a deixar de se sentirem respeitadas e protegidas. “Gostava que houvesse mais porque foi muito pouco” (E58)(E70); “tenho medo do amanhã” (E16) (E71). “(...)gostei mas agora queria ter mais” (E20), “mas devia era haver mais é uma pena acabar, as questões surgem sempre depois” (E22)

São muitos os factores que interagem como causa dos sintomas nas pessoas com esta síndrome e a abordagem está longe de ser a ideal. Os estudos indicam a efectividade da abordagem multidisciplinar com implementação de programas de auto-gestão. Neste tipo de abordagem, os objectivos são: reduzir as incapacidades e angústias causadas pela dor crónica, promover a educação (ensino de princípios de protecção articular e técnicas e conservação de energia, estratégia de *coping*), os exercícios aeróbios e de baixo impacto com o intuito de melhorar a sua qualidade de vida. É premente referir que, com este tipo de programa, embora a diminuição da dor ocorra, a ênfase é dada na obtenção de um melhor desempenho ocupacional em todas as áreas significativas.

Contudo sabemos que a fibromialgia é uma situação crónica que evolui por surtos (Wolfe, 1994, citado por Branco, 2008), a abordagem com estas senhoras é largamente empírica e que um factor *stressante* pode dar origem a novo surto. É importante haver um bom suporte familiar para que com as estratégias aprendidas consigam superar as dificuldades sentidas.

Categorias	Unidades de Registo	Nº participantes
Gerir a Dor	Total referências=11	n=9
Interromper o ciclo da dor e aumentar os níveis de capacidade funcional e emocional	Total referências=31	n=26
Orientar para alteração dos hábitos e rotinas	Total referências=21	n=19
Melhorar a forma de encarar a vida	Total referências=15	n=13
Receio de um retrocesso	Total referências=24	n=22

Tabela16: Categorias encontradas relativas à questão 6

4. CONCLUSÃO

A fibromialgia, desde sempre, constituiu um conceito controverso, sem se chegar a consensos, não obstante as diversas tentativas levadas a cabo com este objectivo, no meio da comunidade médica (Jacobsen *et al*, 1993, citados por Quartilho, 2004).

Sabemos que “A fibromialgia é um modelo humano de dor e incapacidade crónicas” (Branco, 1995, p.237) e o profissional de saúde, que com ele interage, deve ter uma atitude compreensiva e disponível mas firme e orientadora, tendo em vista a educação, aconselhamento e suporte da pessoa que lida com uma condição prolongada e, por vezes, frustrante.

Através desta investigação pretendemos avaliar se as pessoas com fibromialgia melhoram o seu desempenho ocupacional depois de terem participado num programa de reabilitação, formado por uma equipa multidisciplinar, e ainda identificar o contributo da Terapia Ocupacional segundo a opinião das mesmas.

Analisados os dados dos instrumentos aplicados, resta-nos retirar as conclusões possíveis, não esquecendo que as mesmas não poderão ser generalizadas. Este estudo de âmbito limitado, não pretende apresentar análises definitivas acerca da intervenção multidisciplinar e das suas consequências ao nível do desempenho ocupacional. Está mais que comprovada (EULAR, *evidence based recommendation for management of fibromyalgia syndrome*, 2007) que a abordagem em equipa multidisciplinar é benéfica para as pessoas com a síndrome de fibromialgia.

Através da MCDO, verificámos que as áreas de actividade percebidas como mais problemáticas são as mesmas para as duas amostras estudadas, ou seja as Actividades Produtivas. E, dentro desta, a gestão doméstica e o levantamento e transporte de cargas, são as actividades mais referidas.

Concluímos, ainda, que as pessoas que participaram no programa de reabilitação, durante sete semanas, melhoraram o seu desempenho ocupacional, bem como o grau de satisfação em relação a esse mesmo desempenho em todas as actividades identificadas como problemáticas.

Relativamente aos participantes do grupo de controlo, pela análise da MCDO, não só não se evidenciam melhorias, como a maior parte deles refere ter piorado o seu desempenho ocupacional e grau de satisfação na realização das ocupações identificadas como problemáticas.

Assim, atingimos os três primeiros objectivos propostos, identificámos os principais problemas de Desempenho Ocupacional referidos pelas pessoas com fibromialgia; verificámos que eram comuns nas duas amostras seleccionadas; comparámos os Graus de Desempenho Ocupacional e de Satisfação com esse mesmo desempenho, atribuídos pelos participantes do GE e GC, aos principais problemas identificados, ou seja, às ocupações problemáticas identificadas, verificando que os participantes do GE mostravam melhorias, quer no Grau de Desempenho Ocupacional quer no Grau de Satisfação com esse mesmo Desempenho nas actividades consideradas problemáticas, contrariamente aos participantes do GC.

Quanto ao terceiro objectivo concluímos que a intervenção em equipa multidisciplinar contribuiu para uma melhoria significativa do Grau de Desempenho Ocupacional e Grau de Satisfação com esse mesmo Desempenho.

Quisemos, ainda, com este trabalho ***“identificar o contributo da Terapia Ocupacional segundo a opinião das participantes.”***

Claro que, enquanto membro de uma equipa multidisciplinar não temos dúvida nenhuma de que todo este trabalho é resultado de um conjunto de profissionais, que intervêm para um bem comum, o aumento da qualidade de vida das pessoas com fibromialgia.

Quisemos, no entanto, confirmar se a Terapia Ocupacional, através do seu *Know-how*, nomeadamente no ensino de princípios de protecção articular e técnicas de conservação de energia, pode ajudar as pessoas com fibromialgia a melhorarem o seu Desempenho Ocupacional.

Com esta investigação, não pretendemos dar normas ou regras acerca da abordagem da Terapia Ocupacional com esta síndrome, podemos unicamente afirmar que, devido à diversidade de ocupações referidas na MCDO, todas as sessões ministradas pela Terapia Ocupacional são únicas e diferentes de grupo para grupo.

O planeamento das sessões depende das dificuldades apresentadas, das necessidades referidas e da própria interacção das pessoas que constituem o grupo. Sentimos que passámos de uma transmissão de saberes terapeuta-utente para uma partilha, procura e escuta activa por parte de todas as pessoas que constituem o grupo.

No nosso ponto de vista, este tipo de abordagem exige do terapeuta ocupacional um papel de orientador e “gestor” de situações de conflitos. Ou seja, ser como uma “batuta numa orquestra”, isto é, estar atento, incentivar a participação, equilibrar os conflitos existentes e facilitar a expressão de sentimentos e dificuldades por parte dos participantes, sempre com um objectivo último, a melhoria do desempenho ocupacional e independência dos elementos do grupo.

Um das frases que, como terapeutas ocupacionais, mais repetimos durante as sessões é “sabemos que a dor é real e que os sintomas que apresentam são significativos e que têm impacto negativo em todas as áreas de desempenho ocupacional, no entanto acreditamos que vos poderemos ajudar a serem capazes de realizar as actividades e continuarem a viver”.

Da análise dos resultados do questionário, concluímos que as sessões operaram uma mudança de atitude face à pessoa. Estas senhoras aprenderam a “Respeitar-se como pessoa”, “Gostar de mim” (E2)(E67)(E8), a apreciarem-se “A apreciar-me” (E3)(E13)(E7) e, acima de tudo, a perceberem que são pessoas : “Agora posso ver-me ao espelho e pensar que sou uma pessoa” (E73).

Ao terem oportunidade de ser ouvidas, “ Tive oportunidade de dizer o que sentia” (E31) (E63), deixaram de se sentir sós e perceberam que não são as únicas com este síndrome “Afinal não sou a única!!!!!!!!!!” (E29), tiveram oportunidade de se confrontarem e partilharem ideias com os seu pares e compreenderem que alguns dos sintoma que apresentam são característicos da síndrome que têm, “acabamos por perceber que não éramos “malucas” sofríamos todas do mesmo” (E22).

Ao melhorarem a forma de encarar a vida, “tornou-me mais bem disposta e não me estar sempre a queixar” (E16)(E28)(E62), adoptaram uma atitude mais positiva face à síndrome, “Temos a doença mas temos que viver sempre com ela” (E12), “(...) a dar aulas com menos esforço” (E29), aprenderam a ouvir o seu corpo para viverem melhor, “A viver mais feliz e não me preocupar tanto com a dor” (E35), “A conhecer os sinais do meu corpo” (E57).

Ao saberem que existem profissionais que se preocupam e acreditam na fibromialgia e que sabem o quanto esta é limitante e incapacitante para o desempenho ocupacional, “Compreendi que há pessoas, sem serem doentes, que sabem o que nos afecta e o que nós sofremos” (E21), confiam na abordagem realizada.

Então, a partir de uma abordagem centrada nelas e nas reais dificuldades identificadas no seu desempenho ocupacional, compreendem que utilizar a dor como guia para alterar hábitos e rotinas, “Melhorou fisicamente ao saber como utilizar: o corpo, diminuir a dor no dia a dia, corrigir a postura e as articulações, poupar energias necessárias, e as ajudas técnicas que facilitam a actividades” (E18),“(...)aprendi muitas coisas que não sabia(...)muitos anos a fazer da mesma maneira” (E8), interrompem o ciclo da dor e aumentam os níveis da capacidade funcional e emocional, “tenho que aprender quando o corpo grita e quais os sinais que devo respeitar” (E69), “a forma positiva com que deram a volta aos aspectos mais negativos da dor” (E70) e confirmam que a abordagem da Terapia Ocupacional melhora o Desempenho Ocupacional “(...) no ensino de protecção articular e nas técnicas de conservação de energia facilita a realização das actividades” (E50).

Poderemos, então, concluir que a utilização dos PPA e as TCE, no que concerne a: saber pedir ajuda, planear/fasear a actividade, respeitar a dor, proteger-se nas AVD, proteger-se nas actividades produtivas, nas actividades de lazer, recorrendo sempre que necessário ao uso de ajudas técnicas, são estratégias benéficas para melhorar o desempenho ocupacional e, conseqüente, a qualidade de vida das pessoas com fibromialgia.

Aquilo que se verifica ao longo dos grupos é que as pessoas não modificam apenas as suas estratégias na realização do seu desempenho ocupacional mas que procuram alterar também o desempenho ocupacional, de colegas e familiares, “...e ensino às minhas colegas também”(E2)(E21), nomeadamente: as posições adequadas quer sentada no sofá, quer deitada na cama, bem como o uso de ajudas técnicas para facilitar e economizar esforço articular na gestão doméstica, como seja o descascar os alimentos com um descascador ou até mesmo cortar com faca de cabo vertical os alimentos.

Até à presente data, e já contamos com 20 grupos realizados, só duas pessoas repetiram o grupo, uma porque desistiu e outra por motivo de doença. O que temos vindo a constatar é que, quando acaba o grupo há quase sempre “receio de um retrocesso”. Como é sabido, esta síndrome é muito instável e, se surgir um problema, pode ocorrer uma recaída. É uma situação crónica que evolui por surtos (Wolfe, 1994, citado por Branco, 2008)

A aplicação da Medida Canadiana de Desempenho Ocupacional requer conhecimentos de Terapia Ocupacional e aprendizagem na sua aplicação. Quando falamos em fibromialgia e abordamos as dificuldades sentidas, as respostas são vagas, imprecisas, e o “universo” é pequeno para todas as queixas apresentadas. A dificuldade com que nos deparámos nesta investigação foi a de levar estas pessoas a conseguirem nomear as actividades problemáticas e, posteriormente, validar e priorizar especificamente as suas dificuldades na realização das actividades.

Face à pesquisa realizada, ao descrédito dado a esta síndrome e ao sofrimento manifestado por estas pessoas nos programas de reabilitação em equipas multidisciplinares, seria pertinente realizar um estudo de *follow-up* com estas mesmas senhoras, para verificar se existem alterações no Desempenho Ocupacional. Perceber se continuam a aplicar as estratégias sugeridas pela Terapia Ocupacional e se estas se tornaram uma rotina e hábito no seu Desempenho Ocupacional.

Outro dos temas a investigar seria perceber se existem alterações ao nível do processamento sensorial e que consequências apresentam no desempenho ocupacional.

Identificar, através de instrumentos de medição, a força muscular e perceber se existe diminuição da mesma e o impacto disso nas ocupações poderiam ser dados quantitativos importantes para suportar o diagnóstico e melhorar a intervenção com estas pessoas.

Voltamos à sala onde o grupo teve início.

Desta vez olhos e ouvidos atentos de uma forma audaz e perspicaz, a agitação é uma constante, mas em todo diferente à da sessão inicial. Há um frenesim de emoções...alegria, partilha de momentos (umas vezes ásperos outros alegres), olhares confiantes e emotivos. Mas com um medo comum

“...olha agora que eu estava a sentir-me melhor, é que me vou embora” (T.S,2007),

“Não podemos voltar nem que seja uma vez por semana?” (L.A. 2007),

“Isto passou tão depressa.....que nem dei pelo tempo passar” (L.L. 2007).

Que se pode dizer do Centro de Reabilitação de Alcoitão !!!!!

Onde todos os sonhos que habitam em nós ganham força,

Onde tudo o que nos rodeia tem uma áurea de esperança ,

Onde o nossos problemas se tornam MENORES!!!!!!

....e que força move quem já não se mantêm em pé... e que tem a cadeira de rodas como principal e às vezes única e imprescindível “amiga”

Só uma força indomável move quem já não fala...apenas gesticula e/ou articula, mas incapaz de se fazer entender...

...Uma Grande Força Move Estas Vidas!!!!!!

VIDA É ESPERANÇA!!!!

E são estes exemplos de vida que nos movem, nos ajudam a perceber, quanto pequeno é....

O NOSSO GRANDE PROBLEMA.

(A. P. 2008)

5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abric, J.C. (1994). L'organisation interne des représentations sociales: Système central et système périphérique. In: C. Guimelli (Org.). *Struture et transformations des représentations sociais* (pp. 73-84). Lausanne: Delachaux et Nestlé.
- Back Owenr's Manual (1999). San Bruno: The StayWell Company
- Berger, P. & Luckmann, T. (2004). *A construção social da realidade: Um livro sobre a sociologia do conhecimento* (2ª Ed.). Lisboa: Dinalivros editora.
- Cailliet, R. (1999). *Dor: Mecanismos e tratamento*. Porto Alegre: Artemed.
- Canadian Association of Occupational Therapists (2002). *Enabling occupation: An occupational therapy perspective (rev.)*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da investigação – Guia de auto-aprendizagem*. Lisboa, Universidade Aberta.
- Circular Informativa Nº 45/DGCG (2005). *Fibromialgia*. Direcção Geral da Saúde.
- Circular Normativa Nº 09/DGCG (2003). *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Direcção Geral da Saúde
- Denzy, N., Lincoln, Y. (2005). *The sage handbook of qualitative research*. (3rd ed). California: Sage Publications, Inc.
- Domingues, M. & Branco, J. (2008). *Viver com fibromialgia*. Lisboa: Gradiva.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de investigação – Da concepção à realização*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Law, M., Baum, C. & Dunn W. (2005). *Measuring occupational performance: Supporting best practice in Occupational Therapy* (2nd ed.). Canada: Slack Incorporation.
- OMS (1986). *Declaração de Ottawa para a promoção da saúde*. Primeira Conferência Internacional em Promoção da Saúde, Ottawa, Canada, 17-21 Novembro.

- Patton, M. Q. (1987). *How to use qualitative methods in evaluation* (2nd ed.). Sage Publications, Inc.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. Van (2005). *Manual de investigação em ciências sociais* (4^a ed). Lisboa: Gradiva Publicações, Lda.
- Rico, T. & Barbosa, A. (1995). *Dor: Do neurónio à pessoa*. Lisboa: Departamento de Educação da Faculdade de Medicina de Lisboa. Permanyer Portugal.
- Reed, K. & Sanderson, S. (1992). *Concepts of Occupational Therapy* (4^a ed). USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rogers, C. (1986). *Grupos de encontro*. Lisboa: Moraes Editores.
- Salles, S. (2009). Representação social da imagem do enfermeiro. Tese de Mestrado.
- Starlanyl, D. & Copeland, M. (1996). *Fibromyalgia & chronic myofascial pain syndrome: A survival manual*. Canada: New Harbinger Publication.
- Vala, J. (1982). *Representações sociais – Para uma psicologia social do pensamento social*. Lisboa: ISCTE.
- Vala, J. (1999). Análise de conteúdo. In A. A. Silva & J. M. Pinto (Eds). *Metodologia das ciências sociais* (pp. 101-128). Porto: Edições Afrontamento.
- Ventafridda, V., CARACENI, A, & Gamba, A. (1990). Field testing of WHO guidelines for cancer pain relief. In K.M. Foley, J.J. Bonica & V. Ventafridda (eds). *Advances in pain research and therapy* (pp 451-464). New York: Raven Press.
- Wright, A. (2002). Neurophysiology of pain and pain modulation. In Strong et al. (Eds). *Pain - A textbook for therapists* (pp. 43-64). Edinburgo: Churchill Livingstone.

Revistas:

- Atwal, A., Owen, S. & Davies, R. (2003). Struggling for occupational satisfaction: Older people in care homes. *British Journal of Occupational Therapy*, 66, 118-124.
- Bailey, A. *et al.* (1999). A comparative evaluation of fibromyalgia rehabilitation program. *Arthistis Care and Research*, 12(5), 336-340.
- Baptiste, S., Law, M., Pollock, N., Polatajko, H., McColl, M.A. & Carswell, A. (1993). The Canadian Occupational Performance Measure. *World Federation of Occupational Therapy Bulletin*, 28, 47-51.
- Bernard, A. & Prince, A. (2000). Quality of issues for fibromyalgia patients. *Arthistis Care and Research*, 13(1), 42-50.
- Branco J. *et al.* (1994). Sleep cycles and alpha-delta sleep in fibromyalgia syndrome. *Journal of Rheumatology*, 21, 1113-7.
- Branco J. *et al.* (2004). Fibromyalgia from complaints to evidence. *Les Entretiens du Carla*, 7, 1-88.
- Carpenter, L. Baker, G.A. & Tyldesley, B. (2001). The use of the Canadian Occupational Performance Measure as an outcome of a pain management program. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(1), 16-22.
- Henriksson, C. *et al.* (1996). Impact of fibromialgia on everyday life: A study of women in the USA and Sweden. *Disability & Rehabilitation*, 18(5), 241-8.
- Liedberg, L., Hesselstrand, M. & Henriksson, C. (2004). Time use and activity patterns in women with long term pain. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 11(1), 26-35.
- Quartilho, M. (2004). Fibromialgia: Consenso e controvérsia. *Acta da Reunião da Reumatologia Portuguesa, Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Reumatologia*, 112-129.
- KENDALL, A. *et al.* (2000). A Pilot study of body awareness programs in the treatment of fibromyalgia syndrome. *Arthistis Care and Research*, 13(5), 304-311.

Zusman, M. (2002). Forebrain-mediated sensitization of central pain pathways: 'Non-specific' pain and a new image for MT. *Manual Therapy*, 7(2), 80-88.

Teses

Gonçalves, S. (2000). *Desempenho Ocupacional e percepção da saúde e bem-estar*.

Tese de Mestrado. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Lofregan, M. (2006). *Multiprofessional rehabilitation for womens with fibromyalgia:*

Quantitative and qualitative studies. Tese de Mestrado. Estocolmo: Instituto de Karolinska.

Rosado, L. (2004). *Validação do Fibromyalgic Impact Questionnaire*. Monografia de fim de Curso. Trabalho não publicado.

ANEXO I – Plano de Intervenção em Equipa Multidisciplinar



ANEXO II – Medida Canadiana de Desempenho Ocupacional









ANEXO III – Pedido Formal à Comissão de Ética do CMR



ANEXO IV – Consentimento Informado





VII Mestrado Comunicação em Saúde

ANEXO V – Questionário







ANEXO VI – Resultados Estatísticos































































































ANEXO VII – Resposta dos Questionários

Pergunta 1 - O facto de participar nestas sessões, orientadas por terapeutas ocupacionais, influenciou a sua forma de viver?

SIM	Não
(E1)(E2)(E3)(E4)(E5)(E6)(E26),(E7)(E8)(E9)(E10)(E11)(E12)(E13)(E14)(E15)(E16)(E17)(E18)(E19)(E20)(E21)(E22)(E23)(E24)(E25)(E27),(E28)(E29),(E30),(E31)(E32),(E33)(E34),(E35),(E36),(E37),(E38),(E39),(E40),(E41)(E42)(E43)(E44)(E45)(E46)(E47)(E48)(E49)(E50)(E51)(E52)(E53)(E54)(E55)(E56)(E57)(E58)(E59)(E60)(E61)(E62)(E63)(E64)(E65)(E66)(E67)(E68)(E69) (E71)(E72)(E73) Total:73	Total =0

De que forma?

Categorias	Unidades de registo	Nº participantes
Deixar de se sentir/estar só	<p>“Saber que não sou a única” (E60)(E64)(E66)(E67)</p> <p>“Saber que não sou a única e que é real” (E3)(E37)</p> <p>“Por saber que não estou sozinha: na dor, tristeza e sentido de solidão” (E18)</p> <p>“Não estou sozinha” (E22) (E39)</p> <p>“Não estou só” (E1)</p> <p>“Afinal não sou a única!!!!!!!!!!” (E29)</p> <p>“Não sou única há mais gente assim” (E42)</p> <p>“Não sou a única” (E53)</p> <p>“Não estou só nesta caminhada” (E69)</p> <p>“A vida tem destas coisas, encontramos gente que está igual a nós” (E25)</p> <p>“Não se está sozinha nestas situações” (E26)</p> <p>“A conviver com os outros” (E51)</p> <p>“Principalmente sentir que há profissionais que pensam em nós e trabalham para melhorar a nossa qualidade de vida”(E22)</p> <p>“Acreditar que há profissionais que acreditam nesta doença e nas suas limitações” (E9)</p> <p>“Deu-me a oportunidade de conhecer pessoas maravilhosas” (E24)</p> <p style="text-align: center;">Total referências=20</p>	<p>E1, E3, E9, E18, E22, E24, E25, E26, E29, E37, E39, E42, E53, E51, E60, E64, E66, E67, E69</p> <p style="text-align: center;">n=19</p>
Ter oportunidade de ser ouvida	<p>“Porque falei sobre mim” (E2)(E40)</p> <p>“Tive oportunidade de dizer o que sentia” (E31) (E63)</p> <p>“Porque me deixaram falar” (E46)</p> <p>“Todos ouviram todos” (E1)</p> <p>“Foi importante contar a minha história” (E3)</p> <p>“Foi bom dizer o que sinto, tenho andado tão em silêncio” (E7)</p> <p>“Porque houve alguém que me ouviu” (E31)</p> <p style="text-align: center;">Total referências=9</p>	<p>E1, E2, E3, E7, E31, E40, E46, E63</p> <p style="text-align: center;">n=8</p>

<p>Aprender a ouvir o corpo / a si própria ajudou a viver melhor</p>	<p>“A entender-me melhor” (E1)(E10)(E39)(E64)(E67) “Aprendi a lidar melhor com a doença”(E2)(E22)(E37)(E61)(E69) “Fez-me pensar” (E29) (E31)(E43)(E67) “A conhecer-me melhor e a gostar de mim” (E13)(E26) “Deu-me animo para viver” (E1)(E16) “Ensinou-me a viver de outra maneira, mais feliz” (E3)(E33) “Passar a ter mais consciência do que faz pior” (E14)(E68) “Porque deu-me uma forma diferente de mexer o corpo” (E56)(E65) “A lidar melhor no dia a dia” (E11)(E15) “Tornou-me mais activa” (E17) “A viver melhor” (E19) “Fizeram-me sentir melhor” (E23) “A viver mais feliz e não me preocupar tanto com a dor” (E35) “A pensar em mim” (E24) “Deu-me alegria, boa disposição, rejuvenesceu-me a alma” (E41) “A conhecer os sinais do meu corpo” (E57) “Pensar em todos os movimentos do corpo” (E72) “Deu mais confiança no meu dia a dia” (E18) “Ajudou-me a perceber melhor o que sinto” (E36) “Aprendi a lidar(...)e a compreender melhor a fibromialgia” (E21) “A aceitar melhor a doença” (E73) “A aceitar melhor o que tenho”(E26) “Tomei consciência do problema”(E19)</p>	<p>E1, E2, E3, E10, E11, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E21, E22, E23, E24, E26, E29, E31, E33, E35, E36, E37, E39, E41, E43, E56, E57, E61, E64, E65, E67, E68, E69, E72, E73</p>
Total referências=40		n=36
<p>Usar a dor como guia para alteração de hábitos e rotinas</p>	<p>“Facilitou nas realização das tarefas domésticas”(E1)(E34)(E66) “A lidar melhor com as tarefas domésticas”(E59)(E66) “Estas sessões de protecção articular e técnicas de conservação de energia foram as melhores porque tenho posto em prática as posturas aprendidas e todas resultam”(E3)(E28) “Consciencialização das posturas incorrectas”(E70)(E72) “Devo ter cuidados reforçados quando me dói”(E8)(E16) “devo começar a consciencializar mudar algumas atitudes nas actividades de vida diária” (E29)(E55) “A ter mais consciência do que é que faço mal e que provoca dor nas actividades domésticas(E34)(E62) “Ao proteger-me e conservar energia tenho mais tempo para mim” (E47)(E54) “Aprendi a fazer as coisas de uma forma mais acertada, para diminuir a dor” (E40) “A fazer as minhas coisas do dia a dia no meu tempo e no meu limite” (E38) “Ajudou-me a fazer as coisas de uma maneira diferente” (E36) “pela maneira em que passei a aplicar novas as técnicas em quase toda a minha forma de viver”(E26)</p>	<p>E1, E3, E8, E12, E16, E26, E28, E29, E34, E35, E36, E38, E40, E47, E49, E54, E55, E59, E62, E66, E70, E72</p>

	<p>“Adquirir posturas mais correctas para minimizar a dor”(E35) “Ajudou-me na forma de me movimentar no dia a dia” (E36) “Em muitas tarefas do trabalho e em casa”(E36) “(...)maneiras mais fáceis de realizar as tarefas”(E12) “A ter mais orientação para me proteger nas tarefas domésticas”(E49)</p>	n=22
	Total referências=26	
Ter oportunidade de interajuda / partilha de conhecimento entre pares (grupo)	<p>“Deu-me vontade de viver” (E17)(E39)(E66) “ajudaram-me a lidar com tudo isto” (E59)(E64)(E70) “A viver melhor e com mais alegria” (E39)(E55) “Pela obtenção de mais e melhores conhecimentos” (E3)(E30) “Aprendi outras formas de fazer algumas coisas que fazem com que tenha melhor qualidade de vida” (E2)(E32) “Damos força uma às outras” (E1) “Ajudamos muito umas às outras e às vezes tentamos dar o nosso conhecimento” (E6) “Faz-nos sentir menos diferentes” (E10) “Saber que outras pessoas têm que lidar com os mesmos problemas, o diálogo e a confiança que damos” (E11) “Podemos trocar impressões sobre a doença” (E12) “Solidariedade” (E19) “Aprendemos umas com as outras a compreender o que nos afecta” (E21) “acabamos por perceber que não éramos “malucas” sofríamos todas do mesmo” (E22) “(...)ao conversar muitas vezes pensamos que não estamos sós” (25) “Adquiri conhecimentos sobre a doença e favoreci da interajuda com as outras pessoas” (E29) “Pelo incentivo de pôr em prática o aprendido” (E30) “Adquiri r conhecimentos em relação à doença mais do que aqueles que eu já tinha“ (E29) “A troca de conhecimentos entre as colegas é muito bom” (E68) “A tentar viver” (E54) “Revi-me em determinadas situações que foram expostas” (E69) “Porque ao falarmos umas com as outras, passei a ver as coisas de uma forma menos negativa” (E32) “O convívio foi muito benéfico até me esquecia que tinha dores” (E40) “O convívio e ao falarmos faz-me conhecer melhor a doença” (E72) “Adquiri mais conhecimento sobre esta síndrome” (E35)</p>	E1, E2, E3, E6, E10, E11, E12, E17, E19, E21, E22, E25, E29, E30, E32, E35, E39, E40, E54, E55, E59, E64, E66, E68, E69, E70, E72
	Total referências=31	n=27

Pergunta 2 - Depois de participar nestas sessões, quais os aspectos em que ficou mais consciente, relativamente às suas necessidades?

Categorias	Unidades de registo	Nº Participantes
Respeitar a dor	<p>“Posturas adequadas” (E1)(E14)(E32)(E35)(E44)(E68) “Educar o corpo” (E47)(E54)(E63)(E68) “Consciência do meu corpo” (E9)(E13)(E18)(E68) “Adquirir posturas correctas e evitar as erradas” (E38)(E59)(E61) “Adquirir boas posturas” (E16)(E47) “Saber lidar com o stress” (E9)(E10) “Ouvir o meu corpo” (E27)(E53) “Técnicas para fazer as tarefas sem dor, protegendo-me” (E32)(E66) “Como fazer as tarefas domésticas com menos dor” (E9)(E33) “Existem muitas actividades do dia a dia que eu fazia e me davam dores” (E43) “Usar o corpo da forma mais correcta” (E25) “Esquecer a dor “ (E31) “A Deixar de desistir e continuar mesmo com dor” (E28) “aprendi a lidar melhor com a situação” (E23) “aprendi a poupar-me no dia a dia” (E23) “não posso fazer grandes esforços” (E25) “a conhecer as minhas limitações” (E26) “Proteger-me nas AVD’s” (E29)” “Erros de postura que fazemos no dia a dia” (E27) Total referências =37</p>	<p>E1, E9, E10, E13, E14, E16, E18, E23, E25, E26, E27, E29, E28, E31, E32, E35, E38, E44, E47, E53, E54, E59, E61, E63, E66, E68</p> <p style="text-align: center;">n=26</p>
Proteger-se nas AVD/Use de Ajudas Técnicas	<p>“Lavar a cabeça no chuveiro” (E8)(E30)(E39)(E56)(E61)(E64)(E65)(E69) “Tomar banho sentada” (E7)(E8)(E11)(E30)(E32)(E62)(E67) “Transportar as compras com o antebraço” (E7)(E3)(E30)(E51)(E15)(E37)(E59) “Lavar os pés sentada” (E37)(E43)(E58)(E64)(E65)(E68) “Tomar banho de chuveiro sentada” (E34)(E60)(E63)(E65)(E67) “Deitar- me com as almofadas e dormir melhor” (E13)(E32)(E60)(E68)(E71) “Estar deitada e dormir” (E2)(E34)(E54)(E58)(E62) “Como me deitar para dormir melhor” (E20)(E33)(E39)(E70) “Vestir os collants sentada” (E3)(E26)(E51) “A comer com talher adaptado” (E73) (E60) “Secar o cabelo em casa” (E67)(E69) “Pegar nas compras de joelho dobrado, e não dobrar as costas” (E41)(E71) “Pegar nos objectos pesados com os joelhos” (E11) Total referências =57</p>	<p>E2, E3, E7, E8, E11, E13, E15, E20, E26, E30, E32, E33, E34, E37, E39, E41, E43, E51, E54, E56, E58, E59, E60, E61, E62, E63, E64, E65, E67, E68, E69, E70, E71, E73</p> <p style="text-align: center;">n=34</p>

<p>Proteger-se nas Atividades Produtivas</p>	<p>“Saber colocar a tábua de engomar e o ferro para passar” (E1)(E12)(E16)(E32)(E51)(E56)(E58)(E62)(E65) “ Alternar os pés a passar a ferro” (E15)(E31)(E67)(E71)(E72) “A melhor maneira de levantar pesos” (E3)(E36)(E58)(E67)(E72) “Pegar nos tachos com as duas mãos e com a mão aberta” (E9)(E20)(E39)(E59) “Sentar-me melhor ao computador “ (E27)(E57)(E37) “Ajoelhar-me para pegar nas crianças ao colo” (E35)(E64)(E69) “Escrever no teclado com os punhos direitos e cotovelos apoiados” (E27)(E42)(E57) “Sentar-me a colocar a roupa na máquina” (E30)(E43)(E50) “Usar o aspirador, dançar com ele” (E36)(E49)(E50) “Estar sentada a descascar os legumes para cozinhar” (E15)(E36)(E49) “Pegar nas panelas e tachos sempre com as duas mãos” (E34)(E55)(E63) “Estar de pé na cozinha” (E2)(E7)(E52) “Estender roupa e torcer” (E50)(E51) “...dobrar o joelho para apanhar as coisas” (E7)(E37) “usar o teclado com apoio dos punhos e à distância da mão” (E37)(E42) “Utilizar a vassoura junto ao corpo” (E8)(E40) “Descascar legumes” (E1)(E59) “Não levar a roupa molhada ao ombro, colocar num balde e chuta-lo” (E6) “ colocar as listas telefonicas para pôr o pé quando estou a passar a ferro” (E5) “Usar o balde e carregar na esfregona como corpo para a espremer” (E6) “Estar sentada na cadeira do trabalho” (E39) “...dobrar os joelhos em vez das costas quando quero apanhar coisas do chão, na loja” (E36) “Usar o rato com rolo no punho” (E57) “Ir às compras com muita gente” (E72)</p> <p style="text-align: center;">Total referências =64</p>	<p>E1, E2, E3, E5, E6, E7, E8, E9, E12, E15, E16, E20, E27, E30, E31, E32, E34, E35, E36, E37, E39, E40, E42, E43, E49, E50, E51, E52, E55, E56, E57, E58, E59, E62, E63, E64, E65, E67, E69, E71, E72</p> <p style="text-align: center;">N= 41</p>
<p>Proteger-se nas Atividades de Lazer/Uso de Ajudas Técnicas</p>	<p>“Usar o apoio de livros para ler e cansar menos” (E17)(E29)(E57) “Caneta com o cabo mais grosso ajuda a escrever melhor” (E42)(E57) “Escrever com ajuda técnica” (E17)(E73) “Adaptações várias” (E44)(E45) “Cortar os alimentos com faca de cabo vertical” (E49)(E58) “Estar a fazer crochet com a agulha grossa” (E5) “Pintar com o pincel adaptado” (E7) “Conhecimento de utensílios existentes que minimizam o nosso esforço e a dor nas AVD” (E28) “Descascador para os legumes” (E45) “Usar o rato com almofada de gel” (E27) “Escrever com caneta grossa para não doer a mão” (E29)</p> <p style="text-align: center;">Total referências =17</p>	<p>E5, E7, E17, E27, E28, E29, E42, E44, E45, E49, E57, E58, E73,</p> <p style="text-align: center;">N=13</p>

<p>Saber pedir ajuda</p>	<p>“Pedir aos outros auxílio” (E7)(E27)(E44) “Pedir auxílio sempre que necessário” (E41)(E68) “Os familiares também devem ajudar” (E8)(E59) “A pedir ajuda” (E73) “Preciso de auxílio nas actividades mais pesadas” (E42) “A responsabilizar os filhos para as tarefas do dia a dia” (E10) Total referências=10</p>	<p>E7, E8, E10, E27, E41, E42, E44, E59, E68, E73</p> <p>n=10</p>
<p>Planear/Fasear a actividade</p>	<p>“Lavar a cabeça e alternar com o resto do corpo” (E2)(E3)(E4)(E6)(E7)(E12)(E13)(E16)(E25)(E35)(E55)(E73) “Nunca estar muito tempo na mesma posição, alternar” (E30)(E53)(E56)(E63)(E69) “Relaxar-me durante as actividades” (E32)(E66) “O meu timing de realizar as coisas” (E26) “A preparar as refeições com mais facilidade e fazer pausas” (E27) “A ir fazendo a lida da casa e parar quando tenho dor” (E26) “fazer tudo e reparti-lo durante a semana” (E70) “estabelecer prioridades” (E18) “Saber aceitar as limitações e ultrapassa-las” (E9) Total referências=25</p>	<p>E2, E3, E4, E6, E7, E9, E12, E13, E16, E18, E25, E26, E27, E30, E32, E35, E53, E55, E56, E63, E66, E69, E70, E73</p> <p>n=24</p>

Pergunta 3: A informação disponibilizada nestas sessões ajudou-o de alguma forma?

Categorias	Unidades de Registo	Nº participantes
<p>Alterar a imagem corporal Respeitar-se como pessoa</p>	<p>“Gostar de mim” (E2)(E67)(E8) “A apreciar-me” (E3)(E13)(E7) “A olhar para mim” (E47)(E60) “A olhar para mim e a gostar de mim” (E73) “Agora posso ver-me ao espelho e pensar que sou uma pessoa” (E73) “Aprendi a conhecer os sinais de cansaço e a escutar o meu corpo” (E32) Total referências=11</p>	<p>E2, E3, E7, E8, E13, E32, E47, E60, E67, E73 n=10</p>
<p>Adoptar uma atitude mais positiva face à Síndrome</p>	<p>“(…) que é possível viver com isto” (E9)(E25)(E56)(E59)(E66) “tenho que aprender a lidar com isto” (E1)(E54)(E62)(E68) “(…) saber melhor lidar com certas situações do dia a dia” (E10)(E14)(E16)(E69) “Aprendi muito sobre como proteger-me poupar energia a realizar as actividades da vida diária” (E27)(E53) “Aprendi a tomar posições mais correctas e uma série de técnicas para facilitar as tarefas domésticas” (E32)(E65) “(…)é preciso continuar apesar da dor” (E51)(E57) “tenho que viver mais uns anos por isso tenho que cuidar de mim” (E5) “tomar mais consciência na nossa forma de agir e viver” (E9) “tenho que ter força para viver melhor” (E12) “Temos a doença mas temos que viver sempre com ela” (E12) “ajudaram-me a compreender como devo fazer melhor as coisas” (E15) “(…)ao conhecermo-nos melhor alteramos a forma de ver a doença” (E17) “Tenho mais consciência para lidar melhor com isto” (E20) “Não vale a pena correr vales e montes, resumindo o melhor é viver um dia de cada vez” (E25) “(…)e que com dor também é possível continuar a fazer as coisas” (E73). “a melhorar a maneira de estar na vida e a forma como a vou encarar daqui para a frente” (E26) “(…)é possível trabalhar e tentar esquecer a dor” (E43) “Tomar consciência do problema” (E19) Total referências=31</p>	<p>E1, E5, E9, E10, E12, E14, E15, E16, E17, E19, E20, E25, E26, E27, E32, E43, E51, E53, E54, E56, E57, E59, E62, E65, E66, E68, E69, E73 n=28</p>
<p>Perceber que há pessoas que reconhecem a Síndrome</p>	<p>“Compreendi que há pessoas, sem serem doentes, que sabem o que nos afecta e o que nós sofremos” (E21) “(…)pois à minha volta parece-me que todos tinham tudo menos esta doença” (E26). “Às vezes julgava que a minha doença era outra, e que os médicos tinham errado no diagnóstico e que arranjaram mais um nome” (E26) “fui tantas vezes dada como estando só deprimida isso não é nada, que ver que quando as outras pessoas percebem o que digo(…)” (E2) Total referências=4</p>	<p>E2, E21,E26 n=3</p>

<p>Não se sentir sozinha/única na Síndrome</p>	<p>“Perceber que não sou a única” (E9)(E61) “(...)há pessoas piores do que eu” (E8)(E71) “agora percebi que à mais gente assim” (E26)(E55) “foi bom porque achava que só eu é que era assim” (E7) “fiquei a saber que não sou só eu” (E20) “percebemos que muitas pessoas sofrem com esta doença, e não há muito a fazer, apenas habituarmos e lidar da melhor maneira com este problema” (E23) “Pensava que só eu tinha esta doença” (E26) “e que não sou a única com esta doença” (E26)</p> <p style="text-align: center;">Total referências=11</p>	<p>E7, E8, E9, E20, E23, E26, E29, E55, E61, E71</p> <p style="text-align: center;">n=10</p>
<p>Informação prática ajuda a uma melhor visualização das actividades</p>	<p>“As imagens projectadas e depois fazer o que as imagens faziam fez muito sentido” (E2)(E49)(E50) (E51)(E71) “Pelo facto de as sessões serem todas práticas ajuda a memorizar a informação” (E28)(E63) “Corrigir a postura na simulação das actividades foi bom” (E46)(E55) “Tudo o que simulamos acontece na vida real” (E4)(E21) “A linguagem do corpo é a melhor, explica tudo” (E21) “As sessões pelo facto de serem reais são mais fáceis de entender, por exemplo aquelas em frente ao computador percebi porquê de tudo” (E23) “Estas actividades são todas reais” (E28). “Experimentarmos fazer as actividades contribui para uma melhor explicação das actividades” (E28) “porque todas os conselhos são úteis respondem às reais dificuldades”(E41) “Na prática percebe-se melhor como se faz” (E45)</p> <p style="text-align: center;">Total referências=17</p>	<p>E2, E4, E21, E23, E28, E41, E45, E46, E49, E50, E51, E55, E63, E71</p> <p style="text-align: center;">n=14</p>
<p>Informação oral adequada</p>	<p>“Senti que falaram para nós” (E8)(E10)(E33) “Foi bem transmitido, percebi tudo” (E7)(E13)(E14) “Foi clara e fácil de entender” (E1)(E73) “Linguagem simples clara e acessível para todos” (E10)(E23) “Foi só comunicado coisas do dia a dia” (E3) “(…)até quando falámos da coluna e das vértebras foi fácil entender” (E40) “(…)nunca percebia o que hérnias e agora sei ver isso e como se fazem” (E5) “A explicação foi muito boa” (E56) “além de explicarem muito bem” (E73) “Já sabia esta informação, mas foi bem apresentada” (E44)</p> <p style="text-align: center;">Total referências=16</p>	<p>E1, E3, E5, E7, E8, E10, E13, E14, E23, E33, E40, E44, E56, E73</p> <p style="text-align: center;">n=14</p>

Pergunta 4: Como avalia o contributo dos Terapeutas Ocupacionais nas sessões em que participou?

Sessão Nº	Mto Bom	Bom	Médio	Pobre	Mto Pobre
1	(E3)(E4)(E5)(E6(E11)(E12)(E13)(E16)(E18)(E22)(E24)(E26)(27)(E28)((E29)(E32)(E33)(E34)(E37)(E40)(E41)(E49)(E50)(E51)(E54)(E56)(E60)(E65)(E67)(E69)(E70)(E71) E73) n=33	(E1)(E2) (E7) E8)(E9) (E14)(E15)(E17) (E20)(E21)(E23)(E25)(E30)(E35)(E36) (E38),(E51)(E39)(E42)(E43)(E44)(E45)(E46)(E47)(51)(E53)(E55)(E58)(E59)(E61)(E63)(E64)(E66)(E72) n=34	(E10)(E31)(E62)(E68) n=4		
2	(E3)(E4)(E5)(E6)(E7)(E8)(E9)(E11)(E12)(E13)(E16)(E18)(E20)(E21)(E22)(E24)(E26)(E27)(E28)(E29)(E31)(E32)(E33)(E34)(E37),(E39)(E40),(E41)(E49)(E50)(E51)(E54)(E56)(E57)(E60)(E61)(E65)(E67)(E69)(E70)(E71) E73) n=42	(E1)(E2)(E14)(E15)(E17)(E23)(E25)(E30)(E35)(E36)(E38)(E42)(E43)(E44)(E45)(E46)(E47)(E51)(E53)(E55)(E58)(E59)(E62)(E63)(E64)(E66)(E68)(E72) n=28	(E10) n=1		
3	(E3)(E4)(E5)(E6)(E7)(E8)(E9)(E11)(E12)(E13)(E16)(E18)(E20)(E21)(E22)(E24)(E26)(E28)(E29)(E30)(E32)(E33)(E35)(E36)(E37)(E39)(E40)(E41)(E49)(E50)(E51)(E54)(E56)(E57)(E60)(E61)(E65)(E67)(E69)(E70)(E71)(E72) (E73) n=43	(E1)(E2)(E14)(E15)(E17)(E23)(E25)(E27),(E30)(E31)(E34)(E38)(E43)(E44)(E45)(E46)(E47)(E51)(E53)(E55)(E58)(E59)(E62)(E63)(E64)(E66)(E68) n=27	(E10)(E42) n=2		
4	(E1),(E3)(E4)(E5)(E6)(E7)(E8)(E9)(E11)(E12)(E13)(E16)(E18)(E21)(E22)(E24)(E28),(E29)(E30)(E32)(E33)(E35)(E36)(E37)(E39)(E40)(E41)(E49)(E50)(E51)(E54)(E56)(E57)(E58)(E60)(61)(E62)(E63)(E65)(E67)(E69)(E70)(E71)(E72) (E73) n=55	(E2)(E14)(E15)(E17)(E20)(E23)(E25)(E26)(E31)(E38)(E43)(E44)(E45)(E46)(E47)(E51)(E53)(E55)(E59)(E64)(E66)(E68) n=22	(E10)(E27)(E34)(E42) n=4		
5	(E3)(E4)(E5)(E6)(E8)(E9)(E11)(E21)(E28),(E29)(E12)(E13)(E16)(E18)(E22)(E24)(E30)(E32)(E33)(E35)(E37)(E39)(E40)(E41)(E49)(E50)(E51)(E54)(E56)(E57)(E58)(E60)(E62)(E65)(E67)(E69)(E70)(E71) E73) n=39	(E2)(E14)(E15)(E17)(E20)(E23)(E25)(E26)(E7)(E31)(E38)(E43)(E44)(E45)(E46)(E47)(E51)(E53)(E55)(E59)(E61)(E63)(E64)(E66)(E72) n=25	(E1)(E10)(E27)(E42)(E68) n=5	(E34)(E36) n=2	
Total	Total:212	Total:136	Total: 16	Total:2	

Pergunta 5: Das cinco sessões em que participou, qual foi a que melhor correspondeu às suas dificuldades específicas?

Categoria: Síntese da sessão	Sessão	Nº participantes	Unidades de Registo
Apresentação dos resultados MCDO PPA e TCE	1	0	0
Avaliação de Posturas (Pé, sentado e deitado) Aj. Técnicas	2	(E2), (E4), (E7), (E9), (E12), (E13), (E17), (E18), (E20), (E21), (E26), (E27), (E30), (E37), (E38), (E42), (E44), (E45), (E47), (E55), (E56), (E59), (E65), (E66), (E67), (E69), (E70)	<p>“... e eu ensinei-as também...” (E47)</p> <p>“porque foi de encontro às minhas reais dificuldades” (E4)(E27)</p> <p>“(...)foram referidas coisas que tinha duvida e que não disse que eram difíceis” (E13)</p> <p>“(...)umas já sabia e não fazia outras ouvi pela primeira vez” (E17)</p> <p>“a 2ª foi muito boa a relação estabelecida entre as posturas e todas as actividades do dia a dia (...)achei fantástico não sabia que se podia melhorar em todas as actividades. Porque me ajudou a dar aulas” (E20)</p> <p>“...e ensino às minhas colegas também” (E2)(E21)</p> <p>“(...)então a posição de deitada foi a melhor, porque passei a dormir bem como já há muito tempo eu não dormia” (E27)</p> <p>“a que eu gostei mais foi a de ensinar-me a estar deitada, em pé e sentada, parecendo que não estas posições ajudam nas actividades todas” (E26)</p> <p>“Sim, porque falaram de tudo o que eu tinha perguntado” (E30)(E65)</p> <p>“foi a 2ª porque aprendi a fazer as coisas em casa da forma mais fácil” (E12)(E55)</p> <p>“(...)foi da segunda porque aprendi que cuidar de mim é importante e com mínimo de dor ainda melhor” (E37)</p> <p>“Aprendi que as coisas resolvem-se sempre, dentro dos meus limites de tempo” (E38)</p> <p>“já conhecia as posturas adequadas e até as ensino, mas foram dadas noutra perspectiva, associa-las às actividades de vida diária” (E42)</p> <p>“Porque realçou a importância das posturas nas actividades e a protecção articular” (E44)</p> <p>“Porque tomei consciência dos limites do meu corpo e da proporção da dor” (E29)</p> <p>“...ao proteger-me a dor é menor e chego ao fim do dia com mais energia” (E56)</p> <p>“Tomei consciência que tenho de parar mais vezes e pensar em mim” (E69)</p> <p>“Sim já sabia que era para fazer assim nunca tinha feito, mas resulta” (E45)</p> <p>“Foram de encontro a tudo aquilo que tinha dúvida” (E59)</p> <p>“as terapeutas falaram sobre as coisas que eu tinha dito que eram difíceis” (E9)</p> <p>“Porque responderam ao que eu tinha dúvidas” (E66)</p> <p>“ao ter uma postura mais correcta, desculpe adequada, fico mais bonita” (E67)</p> <p>“(...)porque conseguiram fazer uma correlação com todas as actividades que eu tinha dito, vou dar mais importância às coisas boas da vida” (E70)</p>
		n=27	Total referências=27

<p>PPA E TCE nas AVDs Aconselhamento de Aj. Técnicas</p>	<p>3</p>	<p>(E1), (E5), (E6), (E10), (15), (E16), (E19), (E24), (E32), (E33), (E54), (E58), (E60), (E72), (E73)</p> <p>n=15</p>	<p>“Porque responderam ao que eu tinha dúvidas e eu ensinei-as também...”(E1) (...)a informação disponibilizada foi muito boa, o corpo libertou-se, estou livre”(E72) “...e descansar é essencial, para continuar”(E5) “aprendi a alternar de uma perna para a outra quando estou no quadro”(E10) “(...)porque respondeu às dificuldades que tinha colocado”(E15)(E73) “a vida diária vai se mais fácil”(E24)(E54) “Porque agora descanso entre as actividades e assim a dor diminui e depois rendo mais (E33) “ as terapeutas falaram sobre as coisas que eu tinha dito que eram difíceis”(E60) “como por exemplo como escrever sem dor e comer sem dor”(E73). “Sim, porque falaram de tudo o que eu tinha perguntado”(E32) “Consciencializou-me que tenho de mudar”(E16)(E58) “Porque as minhas dificuldades foram todas respondidas”(E5)(E6) “A 3ª , percebi que tinha que desacelerar”(E19)</p> <p style="text-align: right;">Total referências=17</p>
<p>PPA E TCE nas Act. Produtivas Aconselhamento de Aj. Técnicas</p>	<p>4</p>	<p>(E8), (E11), (E14), (E22), (E23), (E25), (E28), (E29), (E31), (E34), (E35), (E36), (E39), (E40), (E43), (E48), (E49), (E50), (E51), (E52), (E53), (E57), (E61), (E62), (E63), (E64), (E68)</p>	<p>“porque foi tudo respondido”(E8) “ajudaram a lidar melhor com todas as coisas”(E11) “a lidar melhor com as coisas em casa”(E14) “ estar a pensar que se pode fazer de outra maneira é muito bom”(E22) Aprendi a sentar-me melhor ao computador, e agora não tenho tantas dores no pescoço e os meus filhos já sabem agora sentar-se ao computador, eu disse-lhes”(E23) “A vida é para ser vivida dia a dia, e as actividades também”(E25) “Todas estas posturas foram experimentadas em casa, e eu ensinei-as e mudaram a minha forma de estar sentada, deitada e de pé a preparar as refeições (E28)” “Quando agora faço as actividades em casa tento não me esquecer de tudo o que foi dito, tenho mais cuidado”(E43) “(...)porque facilitou-me o trabalho em casa” (E31)(E48) “ no trabalho mudou o meu humor só por mudar a posição de sentada, não tenho dor, estou melhor” (E29) “Porque as minhas dificuldades foram todas respondidas” (E34) “As coisas aparecem na mesma feitas, porque agora faço com mais calma e dentro do meu tempo”(E40) “Tornou-se mais fácil cortar a carne com a faca”(E49)(E53) “Foram de encontro a tudo aquilo que tinha dúvida”(E50) “A 4ª sessão porque tinha uma série de dúvidas em relação ao trabalho”(E57) “(...)porque vi como se faziam as coisas que eu tinha perguntado e ainda sobre dicas para o trabalho”(E36)(E62) “Tenho que dar mais importância às coisas boas e ensino às minhas colegas esta posição também” (E63) “Consciencializou-me que tenho de mudar”(E52)(E61)(E64)(E68) Aprendi a engomar como pé no apoio e a tábua na altura certa para ter menos dor”(E51)</p>

		n=27	<p>“Porque a posição de sentada no computador é das melhores alivia-me muito e dá-me boa disposição no trabalho”(E39)</p> <p>“(…) Ajudou-me a ver posições alternativas para trabalhar com menos dor e aguentar o dia todo”(E34)</p> <p>Total referências=27</p>
PPA e TCE nas Act. De Lazer Aconselhamento de Aj. Técnicas	5	(E3), (E41), (E46), (E71) n=4	<p>(…)vejo televisão e não tenho dores porque estou sentada com almofadas” (E3)(E71)</p> <p>“ver televisão tornou-se mais fácil consigo estar sentada sem me queixar tanto”(E41)</p> <p>Estou a experimentar as posturas novas e a sentir as diferenças”(E46)</p> <p>Total referências=4</p>

Pergunta 6: De que forma é que a Terapia Ocupacional contribuiu para a melhoria do seu desempenho ocupacional nas ocupações mais significativas?

Categorias	Unidades de Registo	Nº participantes
<p>Gerir a Dor</p>	<p>“vale a pena continuar e a gostar de nós é importante” (E38)(E59)(E61)(E64) “Parar e continuar não é errado” (E2)(E11) “Quando estou cansada descanso, ganho forças e volto a fazer, descansar é fundamental” (E13) “(...) caso esteja cansada, descanso e em vez de desistir e deitar-me, agora deito-me e levanto-me e é seguir para continuar a fazer” (E73). “As Terapeutas mostraram forma de fazer todas as actividades respeitando sempre a dor, mas continuando a fazer” (E73) “(...)quando esta (a dor) aparece descanso e depois volto ao ataque,”(E26) “Posturas adequadas na realização das actividades continua-se melhor”(E44)</p> <p style="text-align: center;">Total referências=11</p>	<p>E2, E11, E13, E26, E38, E59, E61, E64, E73</p> <p style="text-align: center;">n=9</p>
<p>Interromper o ciclo da dor e aumentar os níveis de capacidade funcional e emocional</p>	<p>“A pensar em mim” (E5)(E17)(E56)(E65) “Tomar consciência do corpo” (E4)(E17)(E44) “A conhecer-me melhor” (E3)(E33)(E68) “(...)mas devagar e a saber escutar o meu corpo, porque quando dói, dói mesmo(...)” (E26)(E29) “Devemos ouvir quando dói, ver o que está mal e depois continuar” (E41)(E66) “Ao ensinarem as posições adequadas, estas ajudam a fazer as restantes actividades com muito menos dor” (E29)(E60) “Obrigaram-me a sair de casa” (E60)(E65) “Quando tenho dor paro (respeito), depois penso o que fiz mal, (penso)e depois continuo” (E1) “A tirar um tempo para mim” (E14) “tenho que saber quando estou cansada e não continuar” (E22) “Ajudou-me muito a perceber como funcionar no dia a dia” (E27). “Em vários aspectos do meu dia a dia” (E28) (...)e a desempenhar tarefas domésticas com menos dor” (E33) “Aprender a proteger-me nas actividades domésticas” (E34) “Aprendi que quando estou no computador tenho que fazer micropausas” (E39) “Escuto o meu corpo e quando dá sinais de dor, devo parar e depois continuar sem me castigar muito” (E40) “A ter menos dor na realização das actividades” (E47) “(...)no ensino de protecção articular e nas técnicas de conservação de energia facilita a realização das actividades” (E50) “tenho que aprender quando o corpo grita e quais os sinais que devo respeitar” (E69) “a forma positiva com que deram a volta aos aspectos mais negativos da dor” (E70)</p> <p style="text-align: center;">Total referências=31</p>	<p>E1, E3, E4, E5, E14, E17, E22, E26, E27, E28, E29, E33, E34, E39, E40, E41, E44, E47, E50, E56, E60, E65, E66, E68, E69, E70</p> <p style="text-align: center;">n=26</p>

<p>Orientar para alteração dos hábitos e rotinas</p>	<p>“Socializar, pensar em mim” (E57)(E65)(E71) “Ensinou-me a lidar melhor com a doença” (E7)(E9) “Foi muito bom, na prática tudo o que foi dito tem muita aplicação” (E44)(E63) “Ao ensinarem-me como me proteger posso fazer mais coisas com menos dor” (E49)(E51) “Tudo o que aprendi foi bom aprendi a lidar melhor com as coisa do dia a dia” (E1) “Os meus filhos acham que eu estou com mais brilho” (E6) “(...)aprendi muitas coisas que não sabia(...)muitos anos a fazer da mesma maneira” (E8) “A viver melhor e ultrapassar os momentos difíceis” (E12) “Melhorou fisicamente ao saber como utilizar: o corpo, diminuir a dor no dia a dia, corrigir a postura e as articulações, poupar energias necessárias, e as ajudas técnicas que facilitam a actividades” (E18) “a lidar melhor com esta doença maluca” (E20) “Seguir em frente” (E20) “Foi muito benéfico(...)tornou-se foi muito cansativo(...)fazia 114 Km para cada lado para assistir(...)estou contente porque (...) não pensei chegar ao fim” (E25) “Tenho consciência que tenho que mudar e arranjar formas de alterar as coisas” (E52) “Sinto-me livre, e com movimentos soltos” (E72) “Acho que conseguiram me fazer pensar que posso trabalhar” (E70) “Sinto-me melhor comigo e vivo melhor” (E71)</p> <p style="text-align: center;">Total referências=21</p>	<p>E1, E6, E7, E8, E9, E12, E18, E20, E25, E44, E49, E51, E52, E57, E63, E65, E70, E71, E72</p> <p style="text-align: center;">n=19</p>
<p>Melhorar a forma de encarar a vida</p>	<p>“tornou-me mais bem disposta e não me estar sempre a queixar” (E16)(E28)(E62) “A ficar a conhecer-me” (E15)(E6)(E29) “ A pensar que a vida continua, mesmo que eu tenha dor” (E24)(E31) “fez com que eu não seja tão piquinhas, quer lá saber do pó a correr em casa” (E23) “(...)a dar aulas com menos esforço” (E29) “Não ser tão metódica e a pedir ajuda” (E32) “(...)tornou-me mais bonita, e vejo-me ao espelho” (E67) “Se não tenho dor, tenho mais paciência, logo trabalho melhor “ (E35) “(...)como tenho menos dor faço o trabalho de um forma melhor, corre bem” (E37) “Agora até vou ao cinema, coisa que não fazia à já algum tempo” (E67)</p> <p style="text-align: center;">Total referências=15</p>	<p>E6, E15, E16, E23, E24, E28, E29, E31, E32, E35, E37, E62, E67</p> <p style="text-align: center;">n=13</p>

<p>Receio de um retrocesso</p>	<p>“Devia haver mais sessões porque foram poucas” (E10)(E18)(E24)(E25) “Devia continuar.....” (E3)(E5)(E10) “Gostaria que fizessem mais e novas sessões” (E36)(E43) “Gostava que houvesse mais porque foi muito pouco” (E58)(E70) “tenho medo do amanhã” (E16)(E71) “(...)gostei mas agora queria ter mais” (E20) “mas devia era haver mais é uma pena acabar, as questões surgem sempre depois” (E22) “um período mais alongado de tempo para ficar melhor” (E23) “Porque há muito mais para aprender e o que assisti foi pouco, devia haver mais” (E27) “Gostava que não acabasse tenho ainda muito para aprender” (E40) “Devia haver mais sessões, porque depois disto como fico?” (E41) “para ficar realmente bem(...)eram mais sessões” (E19) “Não tenho ainda tempo para fazer uma avaliação honesta” (E30) “Ainda é cedo para ver resultados, foram poucas as sessões” (E42) “Foram poucas a sessões, precisava de mais” (E45) “Porque sinto ainda grandes dificuldades em todas as áreas” (E30)</p> <p style="text-align: center;">Total referências=24</p>	<p>E3, E5, E10, E16, E18, E19, E20, E22, E23, E24, E25, E27, E30, E36, E40, E41, E42, E43, E45, E58, E70, E71</p> <p style="text-align: center;">n=22</p>
---------------------------------------	---	---

Avaliação das Sessões de Protecção Articular e Técnicas de Conservação de Energia do Grupo Multiprofissional de Fibromialgia

Nome:			
Data de Nascimento: ___/___/___/	Idade:	Sexo:	Estado Civil:
Hab. Literárias:	Profissão:		
Morada:	Telefone:		
Há quanto tempo lhe foi diagnosticada Fibromialgia:			

1. O facto de participar nestas sessões influenciou a sua forma de viver?

Sim Não

De que forma?

2. Depois de participar nestas sessões, quais os aspectos em que ficou mais consciente, relativamente às suas dificuldades:

Inúmere 5 aspectos

1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____

4. a informação disponibilizada nestas sessões ajudou-a de alguma forma?

Sim Não

De que forma? Comente.

5. Como avalia o contributo dos oradores nas sessões em que assistiu?

Sessão Nº	Mto Bom	Bom	Médio	Pobre	Mto Pobre
1ª - Introdução aos Princípios de Protecção Articular					
2ª - Avaliação das Posturas (de pé, sentado e deitado)					
3ª - Técnicas de Conservação de Energia nas actividades de vida diária/Actividades da vida doméstica)					
4ª - Técnicas de conservação de energia nas actividades produtivas/Lazer					
5ª - Aconselhamento de Ajudas técnicas					

5. Das sessões em que participou, qual foi a que melhor correspondeu às suas dificuldades específicas? -----

Porquê?

6. De que forma é que a Terapia Ocupacional contribui para a melhoria do seu desempenho em actividades de vida diária?

Agradecem

Terapeutas Ocupacionais
(Ana Rita Henriques e M^a João Resende)

CONSENTIMENTO INFORMADO

Fazendo parte do Mestrado *Desempenho Ocupacional e Fibromialgia: Intervenção em Equipa Multidisciplinar, Contributo da Terapia Ocupacional*” frequentado pela Terapeuta Ocupacional Maria João Resende, na Universidade Aberta, venho solicitar a sua colaboração e respectivo consentimento para utilização dos seu dados e imagens para o trabalho de investigação (filmagens e fotografias) que me encontro a realizar.

Alcoitão, 2006

Agradece,

A Terapeuta Ocupacional

Maria João Resende

Universidade Aberta
Mestrado em Comunicação em Saúde

Este questionário enquadra-se na Dissertação de Mestrado, da Universidade Aberta, sobre, “*Desempenho Ocupacional e Fibromialgia: Intervenção em Equipa Multidisciplinar, Contributo da Terapia Ocupacional*”.

Pretendo com este questionário, avaliar o contributo da Terapia Ocupacional no Programa de Reabilitação: Intervenção em equipa multidisciplinar.

Neste questionário não existem repostas certas ou erradas, apenas pretendo saber a sua opinião.

Este questionário é confidencial sendo os seus dados apenas usados para investigação.

```
DESCRIPTIVES
  VARIABLES=idade
  /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX .
```

Descriptives

[DataSet1] C:\Documents and Settings\mjr\Os meus documentos\tese\tese_20090108.sav

Descriptive Statistics

grupo		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
grupo experimental	idade	73	33,00	70,00	50,7808	8,94776
	Valid N (listwise)	73				
controle	idade	50	20,00	74,00	51,8200	11,25346
	Valid N (listwise)	50				

```
FREQUENCIES
  VARIABLES=ecivil
  /FORMAT=DFREQ
  /ORDER= ANALYSIS .
```

Frequencies

[DataSet1] C:\Documents and Settings\mjr\Os meus documentos\tese\tese_20090108.sav

Statistics

Estado Civil

grupo	N	Valid	Missing
grupo experimental		Valid	73
		Missing	0
controle		Valid	50
		Missing	0

Estado Civil

grupo			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
grupo experimental	Valid	casada	50	68,5	68,5	68,5
		divorcida	16	21,9	21,9	90,4
		viuva	4	5,5	5,5	95,9
		solteira	3	4,1	4,1	100,0
		Total	73	100,0	100,0	
controle	Valid	casada	32	64,0	64,0	64,0
		divorcida	15	30,0	30,0	94,0
		solteira	3	6,0	6,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	

```
FREQUENCIES
  VARIABLES=hablit
  /ORDER= ANALYSIS .
```

Frequencies

[DataSet1] C:\Documents and Settings\mjr\Os meus documentos\tese\tese_20090108.sav

Statistics

habilitações literárias

grupo experimental	N	Valid	73
		Missing	0
controle	N	Valid	50
		Missing	0

habilitações literárias

grupo			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
grupo experimental	Valid	frequência/conclusão 1º Ciclo	29	39,7	39,7	39,7
		frequência/conclusão 2º Ciclo	21	28,8	28,8	68,5
		frequência/conclusão ensino Secundário	3	4,1	4,1	72,6
		frequência/conclusão ensino superior	20	27,4	27,4	100,0
		Total	73	100,0	100,0	
controle	Valid	analfabeto	2	4,0	4,0	4,0
		frequência/conclusão 1º Ciclo	24	48,0	48,0	52,0
		frequência/conclusão 2º Ciclo	9	18,0	18,0	70,0
		frequência/conclusão 3º Ciclo	4	8,0	8,0	78,0
		frequência/conclusão ensino Secundário	2	4,0	4,0	82,0
		frequência/conclusão ensino superior	9	18,0	18,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	

```
FREQUENCIES
  VARIABLES=prof
  /FORMAT=DFREQ
  /ORDER= ANALYSIS .
```

Frequencies

[DataSet1] C:\Documents and Settings\mjr\Os meus documentos\tese\tese_20090108.sav

Statistics

profissão

grupo experimental	N	Valid	73
		Missing	0
controle	N	Valid	50
		Missing	0

profissão

grupo			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
grupo experimental	Valid	Emp. doméstica	28	38,4	38,4	38,4
		Administrativa	16	21,9	21,9	60,3
		Empresária	7	9,6	9,6	69,9
		Tec. Superior	6	8,2	8,2	78,1
		Auxiliar	5	6,8	6,8	84,9
		professora	5	6,8	6,8	91,8
		ed.infância	4	5,5	5,5	97,3
		empregada de balcão	1	1,4	1,4	98,6
		Empregada fabril	1	1,4	1,4	100,0
		Total	73	100,0	100,0	
		controle	Valid	Administrativa	12	24,0
Emp. doméstica	10			20,0	20,0	44,0
Auxiliar	8			16,0	16,0	60,0
Empresária	4			8,0	8,0	68,0
ed.infância	4			8,0	8,0	76,0
Empregada fabril	4			8,0	8,0	84,0
professora	4			8,0	8,0	92,0
empregada de balcão	2			4,0	4,0	96,0
Relações públicas	1			2,0	2,0	98,0
pintora	1			2,0	2,0	100,0
Total	50			100,0	100,0	

```
FREQUENCIES
  VARIABLES=tdiag
  /FORMAT=DFREQ
  /ORDER= ANALYSIS .
```

Frequencies

[DataSet1] C:\Documents and Settings\mjr\Os meus documentos\tese\tese_20090108.sav

```
FREQUENCIES
  VARIABLES=tdiag
  /ORDER= ANALYSIS .
```

Frequencies

[DataSet1] C:\Documents and Settings\mjr\Os meus documentos\tese\tese_20090108.sav

Statistics

tempo de diagnóstico

grupo experimental	N	Valid	73
		Missing	0
controle	N	Valid	50
		Missing	0

tempo de diagnóstico

grupo			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
grupo experimental	Valid	até 6 meses	11	15,1	15,1	15,1
		1 a 3 anos	34	46,6	46,6	61,6
		4 a 5 anos	20	27,4	27,4	89,0
		6 a 7 anos	5	6,8	6,8	95,9
		8 a 9 anos	2	2,7	2,7	98,6
		10 a mais	1	1,4	1,4	100,0
		Total	73	100,0	100,0	
controle	Valid	até 6 meses	10	20,0	20,0	20,0
		1 a 3 anos	23	46,0	46,0	66,0
		4 a 5 anos	12	24,0	24,0	90,0
		6 a 7 anos	3	6,0	6,0	96,0
		8 a 9 anos	1	2,0	2,0	98,0
		10 a mais	1	2,0	2,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	

```
FREQUENCIES
  VARIABLES=SA
  /FORMAT=DFREQ
  /ORDER= ANALYSIS .
```

Frequencies

[DataSet1] C:\Documents and Settings\mjrr\Os meus documentos\tese\tese_20090108.sav

Statistics

situação actual

grupo experimental	N	Valid	73
		Missing	0
controle	N	Valid	50
		Missing	0

situação actual

grupo			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
grupo experimental	Valid	activo	22	30,1	30,1	30,1
		baixa	22	30,1	30,1	60,3
		reformada	15	20,5	20,5	80,8
		desempregada	10	13,7	13,7	94,5
		nunca trabalhou	4	5,5	5,5	100,0
		Total	73	100,0	100,0	
controle	Valid	nunca trabalhou	15	30,0	30,0	30,0
		baixa	12	24,0	24,0	54,0
		reformada	9	18,0	18,0	72,0
		activo	7	14,0	14,0	86,0
		desempregada	7	14,0	14,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	

Frequencies

[DataSet1] C:\Documents and Settings\mjrr\Os meus documentos\tese\tese_20090108.sav

Statistics

factor desencadeante

grupo experimental	N	Valid	73
		Missing	0
controle	N	Valid	50
		Missing	0

factor desencadeante

grupo			Frequency	Percent
grupo experimental	Valid	morte de familiar	15	20,5
		doença/cirurgia/alt hormonal(mastectomia, histerecomia	15	20,5
		não reconhece	10	13,7
		abusos	9	12,3
		Depressão Pós-Parto	8	11,0
		divorcio	6	8,2
		stress profissional	5	6,8
		Problemas Familiares	3	4,1
		falência e desemprego	1	1,4
		Retornada	1	1,4
		Total	73	100,0
controle	Valid	morte de familiar	12	24,0
		divorcio	8	16,0
		doença/cirurgia/alt hormonal(mastectomia, histerecomia	8	16,0
		abusos	7	14,0
		stress profissional	6	12,0
		não reconhece	5	10,0
		falência e desemprego	4	8,0
				Total

factor desencadeante

grupo			Valid Percent	Cumulative Percent
grupo experimental	Valid	morte de familiar	20,5	20,5
		doença/cirurgia/alt hormonal(mastectomia, histerecomia	20,5	41,1
		não reconhece	13,7	54,8
		abusos	12,3	67,1
		Depressão Pós-Parto	11,0	78,1
		divorcio	8,2	86,3
		stress profissional	6,8	93,2
		Problemas Familiares	4,1	97,3
		falência e desemprego	1,4	98,6
		Retornada	1,4	100,0
		Total	100,0	
controle	Valid	morte de familiar	24,0	24,0
		divorcio	16,0	40,0
		doença/cirurgia/alt hormonal(mastectomia, histerecomia	16,0	56,0
		abusos	14,0	70,0
		stress profissional	12,0	82,0
		não reconhece	10,0	92,0
		falência e desemprego	8,0	100,0
		Total	100,0	

[DataSet1] C:\Documents and Settings\mjr\Os meus documentos\tese\tese_20090108.sav

DESCRIPTIVES

VARIABLES=cpna cpcb MFNA MBNB GCNA GCNB TNA TNB GDNA GDNB JENA JENB RCNA
RCNB RAIA RAIB SNA SNB
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX .

Descriptives

[DataSet1] C:\Documents and Settings\mjr\Os meus documentos\tese\tese_20090108.sav

Descriptive Statistics

grupo		N	Minimum	Maximum
grupo experimental	cuidados pessoais número de actividades referidas no passo 1	70	1,00	4,00
	cuidados pessoais número de actividades referidas no passo 2	49	1,00	3,00
	mobilidade funcional número de actividades referidas no passo 1	66	1,00	4,00
	mobilidade funcional número de actividades referidas no passo 2	36	1,00	2,00
	gestão na comunidade número de actividades referidas no passo 1	71	1,00	4,00
	gestão na comunidade número de actividades referidas no passo 2	42	1,00	2,00
	trabalho número de actividades referidas no passo 1	47	1,00	5,00
	trabalho número de actividades referidas no passo 2	33	1,00	3,00
	gestão doméstica número de actividades referidas no passo 1	71	1,00	7,00
	gestão doméstica número de actividades referidas no passo 2	58	1,00	4,00
	jogo/escolariedade número de actividades referidas no passo 1	8	1,00	3,00
	jogo/escolariedade número de actividades referidas no passo 2	4	1,00	1,00
	recreação calma número de actividades referidas no passo 1	61	1,00	30,00
	recreação calma número de actividades referidas no passo 2	32	1,00	3,00
	recreação activa média da importância referida no passo 1	53	5,00	10,00
	recreação activa média da importância referida no passo 2	22	6,00	10,00
	socialização número de actividades referidas no passo 1	53	1,00	3,00
	socialização número de actividades referidas no passo 2	19	1,00	1,00
	Valid N (listwise)	0		

Descriptive Statistics

grupo		N	Minimum	Maximum
controlo	cuidados pessoais número de actividades referidas no passo 1	44	1,00	4,00
	cuidados pessoais número de actividades referidas no passo 2	33	1,00	3,00
	mobilidade funcional número de actividades referidas no passo 1	37	1,00	3,00
	mobilidade funcional número de actividades referidas no passo 2	11	1,00	2,00
	gestão na comunidade número de actividades referidas no passo 1	43	1,00	3,00
	gestão na comunidade número de actividades referidas no passo 2	30	1,00	3,00
	trabalho número de actividades referidas no passo 1	33	1,00	4,00
	trabalho número de actividades referidas no passo 2	28	1,00	3,00
	gestão doméstica número de actividades referidas no passo 1	49	1,00	5,00
	gestão doméstica número de actividades referidas no passo 2	34	1,00	4,00
	jogo/escolariedade número de actividades referidas no passo 1	0		
	jogo/escolariedade número de actividades referidas no passo 2	0		
	recreação calma número de actividades referidas no passo 1	35	1,00	3,00
	recreação calma número de actividades referidas no passo 2	13	1,00	2,00
	recreação activa média da importância referida no passo 1	26	4,00	10,00
	recreação activa média da importância referida no passo 2	10	8,00	10,00
	socialização número de actividades referidas no passo 1	40	1,00	2,00
	socialização número de actividades referidas no passo 2	19	1,00	2,00
	Valid N (listwise)	0		

Descriptive Statistics

grupo		Mean	Std. Deviation	
grupo experimental	cuidados pessoais número de actividades referidas no passo 1	2,3429	,75921	
	cuidados pessoais número de actividades referidas no passo 2	1,2245	,46839	
	mobilidade funcional número de actividades referidas no passo 1	1,6667	,73030	
	mobilidade funcional número de actividades referidas no passo 2	1,1667	,37796	
	gestão na comunidade número de actividades referidas no passo 1	1,6338	,74142	
	gestão na comunidade número de actividades referidas no passo 2	1,0952	,29710	
	trabalho número de actividades referidas no passo 1	1,9787	1,03187	
	trabalho número de actividades referidas no passo 2	1,3939	,60927	
	gestão doméstica número de actividades referidas no passo 1	3,0282	1,02778	
	gestão doméstica número de actividades referidas no passo 2	1,5690	,75189	
	jogo/escolariedade número de actividades referidas no passo 1	1,3750	,74402	
	jogo/escolariedade número de actividades referidas no passo 2	1,0000	,00000	
	recreação calma número de actividades referidas no passo 1	1,9836	3,70356	
	recreação calma número de actividades referidas no passo 2	1,1563	,44789	
	recreação activa média da importância referida no passo 1	8,7358	1,49873	
	recreação activa média da importância referida no passo 2	9,0455	1,17422	
	socialização número de actividades referidas no passo 1	1,1132	,37521	
	socialização número de actividades referidas no passo 2	1,0000	,00000	
	Valid N (listwise)			

Descriptive Statistics

grupo		Mean	Std. Deviation
controlo	cuidados pessoais número de actividades referidas no passo 1	2,7273	,81736
	cuidados pessoais número de actividades referidas no passo 2	1,6061	,65857
	mobilidade funcional número de actividades referidas no passo 1	1,4865	,69208
	mobilidade funcinal número de actividades referidas no passo 2	1,0909	,30151
	gestão na comunidade número de actividades referidas no passo 1	1,7907	,70906
	gestão na comunidade número de actividades referidas no passo 2	1,2000	,48423
	trabalho número de actividades referidas no passo 1	1,6970	,91804
	trabalho número de actividades referidas no passo 2	1,3929	,56695
	gestão doméstica número de actividades referidas no passo 1	2,7959	1,07973
	gestão doméstica número de actividades referidas no passo 2	1,7059	,83591
	jogo/escolariedade número de actividades referidas no passo 1		
	jogo/escolariedade número de actividades refridas no passo 2		
	recreação calma número de actividades referidas no passo 1	1,4857	,56211
	recreação calma número de actividades referidas no passo 2	1,1538	,37553
	recreação activa média da importânci referida no passo 1	8,3462	1,62339
	recreação activa média da importância referida no passo 2	9,3000	,82327
	socialização número de actividades referidas no passo 1	1,1000	,30382
	socialização número de actividades referidas no passo 2	1,0526	,22942
	Valid N (listwise)		

[DataSet1] C:\Documents and Settings\mjr\Os meus documentos\tese\tese_20090108.sav

SORT CASES BY grupo .

SPLIT FILE

SEPARATE BY grupo .

T-TEST

PAIRS = cpna cpia cpd1 cps1 MFNA MFIA MBD1 MFS1 GCNA GCIA GCD1 GCS1 TNA
TIA TD1 TS1 GDNA GDIA GDD1 GDS1 JENA JEIA JED1 JES1 RCNA RCID RCD1 RCS1

RANA RAIA RAD1 RAS1 SNA SIA SD1 SS1 WITH cpnb cpib cpd2 cps2 MBNB MBIB
MFD2 MFS2 GCNB GCIB GCD2 GCS2 TNB TIB TD2 TS2 GDNB GDIB GDD2 GDS2 JENB
JEIB JED2 JES2 RCNB RCIB RCD2 RCS2 RANB RAIB RAD2 RAS2 SNB SIB SD2 SI2
(PAIRED)
/CRITERIA = CI(.95)
/MISSING = ANALYSIS.

T-Test

[DataSet1] C:\Documents and Settings\mjr\Os meus documentos\tese\tese_20090108.sav

grupo = grupo experimental

Paired Samples Statistics^b

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	cuidados pessoais número de actividades referidas no passo 1	2,4082	49	,70470	,10067
	cuidados pessoais número de actividades referidas no passo 2	1,2245	49	,46839	,06691
Pair 2	cuidados pessoais média importância referida no passo 1	8,4939	49	1,34697	,19242
	cuidados pessoais média importância referida no passo 2	9,0612	49	1,17983	,16855
Pair 3	grau de desempenho na avaliação	4,5319	47	2,85026	,41575
	grau de desempenho na reavaliação	7,5532	47	3,72890	,54392
Pair 4	grau de satisfação na avaliação	4,1277	47	2,65900	,38786
	grau de satisfação na reavaliação	8,3830	47	3,77954	,55130
Pair 5	mobilidade funcional número de actividades referidas no passo 1	1,9167	36	,73193	,12199
	mobilidade funcional número de actividades referidas no passo 2	1,1667	36	,37796	,06299
Pair 6	mobilidade funcional média importância referida no passo 1	8,8028	36	1,50968	,25161
	mobilidade funcional média da importância referida passo 2	9,0417	36	1,56011	,26002
Pair 7	mobilidade funcional grau de desempenho na avaliação	3,7647	34	2,27048	,38938
	mobilidade funcional grau de desempenho na reavaliação	7,2647	34	3,65405	,62666
Pair 8	mobilidade funcional grau de satisfação na avaliação	2,9118	34	1,92854	,33074
	mobilidade funcional grau de satisfação na reavaliação	7,7353	34	3,87149	,66395

Paired Samples Statistics^b

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 9	gestão na comunidade número de actividades referidas no passo 1	1,7857	42	,75015	,11575
	gestão na comunidade número de actividades referidas no passo 2	1,0952	42	,29710	,04584
Pair 10	gestão na comunidade média importância referidas no passo 1	8,7857	42	1,24383	,19193
	gestão na comunidade média da importância referida no paso 2	9,0714	42	1,21259	,18711
Pair 11	gestão na comunidade grau de desempenho na avaliação	3,6098	41	2,52862	,39490
	gestão na comunidade grau de desempenho na reavaliação	6,5610	41	3,24075	,50612
Pair 12	gestão na comunidade grau de desempenho na avaliação	3,2195	41	2,42397	,37856
	gestão na comunidade grau de satisfação na reavaliação	6,8049	41	3,76311	,58770
Pair 13	trabalho número de actividades referidas no passo 1	2,1212	33	1,08275	,18848
	trabalho número de actividades referidas no passo 2	1,3939	33	,60927	,10606
Pair 14	trabalho média da importância referida no passo 1	9,2136	33	1,15942	,20183
	trabalho média importância referida passo 2	9,5303	33	,96776	,16846
Pair 15	trabalho grau de desempenho na avaliação	4,7500	32	3,02676	,53506
	trabalho grau de desempenho na reavaliação	9,0938	32	3,63104	,64188
Pair 16	trabalho grau de satisfação na avaliação	3,1875	32	2,05470	,36322
	trabalho grau de satisfação na reavaliação	9,4063	32	4,19569	,74170
Pair 17	gestão doméstica número de actividades referidas no passo 1	3,0690	58	1,07380	,14100
	gestão doméstica número de actividades referidas no passo 2	1,5690	58	,75189	,09873
Pair 18	gestão doméstica média da importância referida no passo 1	8,8690	58	1,21113	,15903
	gestão doméstica média da importânci referida no passo 2	9,5000	58	,77233	,10141
Pair 19	gestão doméstica grau de desempenho referido na avaliação	5,2364	55	3,58992	,48407
	gestão doméstica grau de desempenho referido na reavaliação	9,9091	55	6,14417	,82848

Paired Samples Statistics^b

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 20	gestão doméstica grau de satisfação referido na avaliação	4,9245	53	4,16417	,57199
	gestão doméstica grau de satisfação referido na reavaliação	11,2642	53	6,43653	,88413
Pair 21	jogo/escolariedade número de actividades referidas no passo 1	1,2500	4	,50000	,25000
	jogo/escolariedade número de actividades referidas no passo 2	1,0000	4	,00000	,00000
Pair 22	jogo/escolariedade média da importância referida no passo 1	9,7500 ^a	4	,50000	,25000
	jogo/escolariedade média da importância referidas no passo 2	9,7500 ^a	4	,50000	,25000
Pair 23	jogo/escolariedade grau de desempenho referido na avaliação	2,2500	4	1,89297	,94648
	jogo/escolariedade grau de desempenho na reavaliação	5,5000	4	3,00000	1,50000
Pair 24	jogo/escolariedade grau de satisfação referido na avaliação	2,5000	4	2,38048	1,19024
	jogo/escolariedade grau de satisfação na reavaliação	6,2500	4	1,25831	,62915
Pair 25	recreação calma número de actividades referidas no passo 1	2,6875	32	5,03175	,88950
	recreação calma número de actividades referidas no passo 2	1,1563	32	,44789	,07918
Pair 26	recreação calma média da importância referida no passo 1	9,1313	32	1,21667	,21508
	recreação calma média da importância referida no passo 2	9,2500	32	1,74134	,30783
Pair 27	recreação calma grau de desempenho na avaliação	3,9032	31	2,66277	,47825
	recreação calma grau de desempenho na reavaliação	7,9032	31	3,79785	,68211
Pair 28	recreação calma grau de satisfação na avaliação	3,1290	31	2,86056	,51377
	recreação calma grau de satisfação na reavaliação	7,9032	31	4,10167	,73668
Pair 29	recreação activa número de actividades referidas no passo 1	1,2727	22	,45584	,09719
	recreação activa número de actividades referidas no passo 2	1,0909	22	,29424	,06273
Pair 30	recreação activa média da importância referida no passo 1	8,9318	22	1,33001	,28356
	recreação activa média da importância referida no passo 2	9,0455	22	1,17422	,25034

Paired Samples Statistics^b

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 31	recreação activa grau de desempenho na avaliação	4,3500	20	2,64127	,59061
	recreação activa grau de desempenho na reavaliação	7,1500	20	3,43779	,76871
Pair 32	recreação activa grau de satisfação na avaliação	3,3500	20	2,34577	,52453
	recreação activa grau de satisfação na reavaliação	7,4500	20	4,38268	,98000
Pair 33	socialização número de actividades referidas no passo 1	1,1053	19	,31530	,07234
	socialização número de actividades referidas no passo 2	1,0000	19	,00000	,00000
Pair 34	socialização média da importância referida no passo 1	9,4474	19	,89590	,20553
	socialização média da importância referida no passo 2	9,4737	19	,90483	,20758
Pair 35	socialização grau de desempenho na avaliação	2,3529	17	1,69341	,41071
	socialização grau de desempenho na reavaliação	6,1176	17	2,64297	,64101
Pair 36	socialização grau de satisfação na avaliação	2,1765	17	1,50977	,36617
	socialização grau de satisfação na reavaliação	7,1176	17	2,20461	,53470

a. The correlation and t cannot be computed because the standard error of the difference is 0.

b. grupo = grupo experimental

Paired Samples Test^a

		Paired Differences				
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Pair 1	cuidados pessoais número de actividades referidas no passo 1 - cuidados pessoais número de actividades referidas no passo 2	1,18367	,80812	,11545	,95155	1,41579
Pair 2	cuidados pessoais média importância referida no passo 1 - cuidados pessoais média importância referida no passo 2	-,56735	,85474	,12211	-,81286	-,32184
Pair 3	grau de desempenho na avaliação - grau de desempenho na reavaliação	-3,02128	2,71461	,39597	-3,81832	-2,22424
Pair 4	grau de satisfação na avaliação - grau de satisfação na reavaliação	-4,25532	3,72692	,54363	-5,34958	-3,16106
Pair 5	mobilidade funcional número de actividades referidas no passo 1 - mobilidade funcional número de actividades referidas no passo 2	,75000	,73193	,12199	,50235	,99765
Pair 6	mobilidade funcional média importância referida no passo 1 - mobilidade funcional média da importância referida passo 2	-,23889	,49758	,08293	-,40725	-,07053
Pair 7	mobilidade funcional grau de desempenho na avaliação - mobilidade funcional grau de desempenho na reavaliação	-3,50000	3,12614	,53613	-4,59076	-2,40924
Pair 8	mobilidade funcional grau de satisfação na avaliação - mobilidade funcional grau de satisfação na reavaliação	-4,82353	4,03373	,69178	-6,23096	-3,41610
Pair 9	gestão na comunidade número de actividades referidas no passo 1 - gestão na comunidade número de actividades referidas no passo 2	,69048	,68032	,10498	,47847	,90248
Pair 10	gestão na comunidade média importância referidas no passo 1 - gestão na comunidade média da importância referida no paso 2	-,28571	,67592	,10430	-,49634	-,07508
Pair 11	gestão na comunidade grau de desempenho na avaliação - gestão na comunidade grau de desempenho na reavaliação	-2,95122	2,61678	,40867	-3,77718	-2,12526

Paired Samples Test^a

		Paired Differences				
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Pair 12	gestão na comunidade grau de desempenho na avaliação - gestão na comunidade grau de satisfação na reavaliação	-3,58537	2,95783	,46194	-4,51897	-2,65176
Pair 13	trabalho número de actividades referidas no passo 1 - trabalho número de actividades referidas no passo 2	,72727	,87581	,15246	,41672	1,03782
Pair 14	trabalho média da importância referida no passo 1 - trabalho média importância referida passo 2	-,31667	,63770	,11101	-,54279	-,09055
Pair 15	trabalho grau de desempenho na avaliação - trabalho grau de desempenho na reavaliação	-4,34375	3,70361	,65471	-5,67904	-3,00846
Pair 16	trabalho grau de satisfação na avaliação - trabalho grau de satisfação na reavaliação	-6,21875	4,21008	,74424	-7,73665	-4,70085
Pair 17	gestão doméstica número de actividades referidas no passo 1 - gestão doméstica número de actividades referidas no passo 2	1,50000	1,18839	,15604	1,18753	1,81247
Pair 18	gestão doméstica média da importância referida no passo 1 - gestão doméstica média da importância referida no passo 2	-,63103	,86865	,11406	-,85943	-,40264
Pair 19	gestão doméstica grau de desempenho referido na avaliação - gestão doméstica grau de desempenho referido na reavaliação	-4,67273	4,04170	,54498	-5,76535	-3,58010
Pair 20	gestão doméstica grau de satisfação referido na avaliação - gestão doméstica grau de satisfação referido na reavaliação	-6,33962	4,45466	,61189	-7,56748	-5,11177
Pair 21	jogo/escolaridade número de actividades referidas no passo 1 - jogo/escolaridade número de actividades referidas no passo 2	,25000	,50000	,25000	-,54561	1,04561
Pair 23	jogo/escolaridade grau de desempenho referido na avaliação - jogo/escolaridade grau de desempenho na reavaliação	-3,25000	2,06155	1,03078	-6,53039	,03039
Pair 24	jogo/escolaridade grau de satisfação referido na avaliação - jogo/escolaridade grau de satisfação na reavaliação	-3,75000	1,25831	,62915	-5,75225	-1,74775

Paired Samples Test^a

		Paired Differences				
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Pair 25	recreação calma número de actividades referidas no passo 1 - recreação calma número de actividades referidas no passo 2	1,53125	4,87908	,86251	-,22785	3,29035
Pair 26	recreação calma média da importância referida no passo 1 - recreação calma média da importância referida no passo 2	-,11875	1,86296	,32933	-,79042	,55292
Pair 27	recreação calma grau de desempenho na avaliação - recreação calma grau de desempenho na reavaliação	-4,00000	3,26599	,58659	-5,19797	-2,80203
Pair 28	recreação calma grau de satisfação na avaliação - recreação calma grau de satisfação na reavaliação	-4,77419	3,54692	,63705	-6,07521	-3,47317
Pair 29	recreação activa número de actividades referidas no passo 1 - recreação activa número de actividades referidas no passo 2	,18182	,39477	,08417	,00679	,35685
Pair 30	recreação activa média da importância referida no passo 1 - recreação activa média da importância referida no passo 2	-,11364	,37581	,08012	-,28026	,05299
Pair 31	recreação activa grau de desempenho na avaliação - recreação activa grau de desempenho na reavaliação	-2,80000	3,23793	,72402	-4,31540	-1,28460
Pair 32	recreação activa grau de satisfação na avaliação - recreação activa grau de satisfação na reavaliação	-4,10000	4,70050	1,05106	-6,29990	-1,90010
Pair 33	socialização número de actividades referidas no passo 1 - socialização número de actividades referidas no passo 2	,10526	,31530	,07234	-,04671	,25723
Pair 34	socialização média da importância referida no passo 1 - socialização média da importância referida no passo 2	-,02632	,11471	,02632	-,08160	,02897
Pair 35	socialização grau de desempenho na avaliação - socialização grau de desempenho na reavaliação	-3,76471	2,79574	,67807	-5,20214	-2,32727
Pair 36	socialização grau de satisfação na avaliação - socialização grau de satisfação na reavaliação	-4,94118	2,51174	,60919	-6,23259	-3,64976

Paired Samples Test^a

		t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	cuidados pessoais número de actividades referidas no passo 1 - cuidados pessoais número de actividades referidas no passo 2	10,253	48	,000
Pair 2	cuidados pessoais média importância referida no passo 1 - cuidados pessoais média importância referida no passo 2	-4,646	48	,000
Pair 3	grau de desempenho na avaliação - grau de desempenho na reavaliação	-7,630	46	,000
Pair 4	grau de satisfação na avaliação - grau de satisfação na reavaliação	-7,828	46	,000
Pair 5	mobilidade funcional número de actividades referidas no passo 1 - mobilidade funcional número de actividades referidas no passo 2	6,148	35	,000
Pair 6	mobilidade funcional média importância referida no passo 1 - mobilidade funcional média da importância referida passo 2	-2,881	35	,007
Pair 7	mobilidade funcional grau de desempenho na avaliação - mobilidade funcional grau de desempenho na reavaliação	-6,528	33	,000
Pair 8	mobilidade funcional grau de satisfação na avaliação - mobilidade funcional grau de satisfação na reavaliação	-6,973	33	,000
Pair 9	gestão na comunidade número de actividades referidas no passo 1 - gestão na comunidade número de actividades referidas no passo 2	6,577	41	,000
Pair 10	gestão na comunidade média importância referidas no passo 1 - gestão na comunidade média da importância referida no paso 2	-2,739	41	,009
Pair 11	gestão na comunidade grau de desempenho na avaliação - gestão na comunidade grau de desempenho na reavaliação	-7,221	40	,000

Paired Samples Test^a

		t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 12	gestão na comunidade grau de desempenho na avaliação - gestão na comunidade grau de satisfação na reavaliação	-7,762	40	,000
Pair 13	trabalho número de actividades referidas no passo 1 - trabalho número de actividades referidas no passo 2	4,770	32	,000
Pair 14	trabalho média da importância referida no passo 1 - trabalho média importância referida passo 2	-2,853	32	,008
Pair 15	trabalho grau de desempenho na avaliação - trabalho grau de desempenho na reavaliação	-6,635	31	,000
Pair 16	trabalho grau de satisfação na avaliação - trabalho grau de satisfação na reavaliação	-8,356	31	,000
Pair 17	gestão doméstica número de actividades referidas no passo 1 - gestão doméstica número de actividades referidas no passo 2	9,613	57	,000
Pair 18	gestão doméstica média da importância referida no passo 1 - gestão doméstica média da importânci referida no passo 2	-5,533	57	,000
Pair 19	gestão doméstica grau de desempenho referido na avaliação - gestão doméstica grau de desempenho referido na reavaliação	-8,574	54	,000
Pair 20	gestão doméstica grau de satisfação referido na avaliação - gestão doméstica grau de satisfação referido na reavaliação	-10,361	52	,000
Pair 21	jogo/escolariedade número de actividades referidas no passo 1 - jogo/escolariedade número de actividades refridas no passo 2	1,000	3	,391
Pair 23	jogo/escolariedade grau de desempenho referido na avaliação - jogo/escolariedade grau de desempenho na ravaliação	-3,153	3	,051
Pair 24	jogo/escolariedade grau de satisfação referido na avaliação - jogo/escolariedade grau de satisfação na reavaliacão	-5,960	3	,009

Paired Samples Test^a

		t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 25	recreação calma número de actividades referidas no passo 1 - recreação calma número de actividades referidas no passo 2	1,775	31	,086
Pair 26	recreação calma média da importância referida no passo 1 - recreação calma média da importância referida no passo 2	-,361	31	,721
Pair 27	recreação calma grau de desempenho na avaliação - recreação calma grau de desempenho na reavaliação	-6,819	30	,000
Pair 28	recreação calma grau de satisfação na avaliação - recreação calma grau de satisfação na reavaliação	-7,494	30	,000
Pair 29	recreação activa número de actividades referidas no passo 1 - recreação activa número de actividades referidas no passo 2	2,160	21	,042
Pair 30	recreação activa média da importância referida no passo 1 - recreação activa média da importância referida no passo 2	-1,418	21	,171
Pair 31	recreação activa grau de desempenho na avaliação - recreação activa grau de desempenho na reavaliação	-3,867	19	,001
Pair 32	recreação activa grau de satisfação na avaliação - recreação activa grau de satisfação na reavaliação	-3,901	19	,001
Pair 33	socialização número de actividades referidas no passo 1 - socialização número de actividades referidas no passo 2	1,455	18	,163
Pair 34	socialização média da importância referida no passo 1 - socialização média da importância referida no passo 2	-1,000	18	,331
Pair 35	socialização grau de desempenho na avaliação - socialização grau de desempenho na reavaliação	-5,552	16	,000
Pair 36	socialização grau de satisfação na avaliação - socialização grau de satisfação na reavaliação	-8,111	16	,000

a. grupo = grupo experimental

grupo = controlo

Paired Samples Statistics^c

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	cuidados pessoais número de actividades referidas no passo 1	2,7273	33	,87581	,15246
	cuidados pessoais número de actividades referidas no passo 2	1,6061	33	,65857	,11464
Pair 2	cuidados pessoais média importância referida no passo 1	9,2409	33	,84034	,14628
	cuidados pessoais média importância referida no passo 2	9,6364	33	,71011	,12361
Pair 3	grau de desempenho na avaliação	5,3939	33	3,90464	,67971
	grau de desempenho na reavaliação	4,1212	33	3,03889	,52900
Pair 4	grau de satisfação na avaliação	3,6970	33	2,90995	,50656
	grau de satisfação na reavaliação	5,3636	33	14,81937	2,57972
Pair 5	mobilidade funcional número de actividades referidas no passo 1	1,4545	11	,68755	,20730
	mobilidade funcional número de actividades referidas no passo 2	1,0909	11	,30151	,09091
Pair 6	mobilidade funcional média importância referida no passo 1	9,4636	11	,72426	,21837
	mobilidade funcional média da importância referida passo 2	9,7273	11	,64667	,19498
Pair 7	mobilidade funcional grau de desempenho na avaliação	4,8182	11	2,56196	,77246
	mobilidade funcional grau de desempenho na reavaliação	4,0909	11	2,16585	,65303
Pair 8	mobilidade funcional grau de satisfação na avaliação	2,3636	11	1,62928	,49125
	mobilidade funcional grau de satisfação na reavaliação	2,0909	11	1,51357	,45636
Pair 9	gestão na comunidade número de actividades referidas no passo 1	1,8333	30	,74664	,13632
	gestão na comunidade número de actividades referidas no passo 2	1,2000	30	,48423	,08841
Pair 10	gestão na comunidade média importância referidas no passo 1	9,0600	30	1,11621	,20379
	gestão na comunidade média da importância referida no paso 2	9,1333	30	1,88887	,34486
Pair 11	gestão na comunidade grau de desempenho na avaliação	3,3000	30	2,47957	,45271
	gestão na comunidade grau de desempenho na reavaliação	2,2667	30	1,36289	,24883

Paired Samples Statistics^c

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 12	gestão na comunidade grau de desempenho na avaliação	2,4667	30	1,38298	,25250
	gestão na comunidade grau de satisfação na reavaliação	2,1000	30	1,24152	,22667
Pair 13	trabalho número de actividades referidas no passo 1	1,7500	28	,92796	,17537
	trabalho número de actividades referidas no passo 2	1,3929	28	,56695	,10714
Pair 14	trabalho média da importância referida no passo 1	9,3607	28	1,04468	,19743
	trabalho média importância referida passo 2	9,1607	28	1,87109	,35360
Pair 15	trabalho grau de desempenho na avaliação	3,7778	27	2,25889	,43472
	trabalho grau de desempenho na reavaliação	3,0741	27	2,11089	,40624
Pair 16	trabalho grau de satisfação na avaliação	2,7037	27	1,81479	,34926
	trabalho grau de satisfação na reavaliação	2,1481	27	1,63387	,31444
Pair 17	gestão doméstica número de actividades referidas no passo 1	2,7353	34	1,10943	,19027
	gestão doméstica número de actividades referidas no passo 2	1,7059	34	,83591	,14336
Pair 18	gestão doméstica média da importância referida no passo 1	8,9574	34	1,62505	,27869
	gestão doméstica média da importância referida no passo 2	9,1853	34	1,63691	,28073
Pair 19	gestão doméstica grau de desempenho referido na avaliação	5,1176	34	3,86723	,66322
	gestão doméstica grau de desempenho referido na reavaliação	3,9118	34	3,42334	,58710
Pair 20	gestão doméstica grau de satisfação referido na avaliação	3,0882	34	2,41671	,41446
	gestão doméstica grau de satisfação referido na reavaliação	2,3824	34	1,41453	,24259
Pair 21	jogo/escolaridade número de actividades referidas no passo 1	.	0 ^a	.	.
	jogo/escolaridade número de actividades referidas no passo 2	.	0 ^a	.	.
Pair 22	jogo/escolaridade média da importância referida no passo 1	.	0 ^a	.	.
	jogo/escolaridade média da importância referidas no passo 2	.	0 ^a	.	.

Paired Samples Statistics^c

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 23	jogo/escolariedade grau de desempenho referido na avaliação	.	0 ^a	.	.
	jogo/escolariedade grau de desempenho na reavaliação	.	0 ^a	.	.
Pair 24	jogo/escolariedade grau de satisfação referido na avaliação	.	0 ^a	.	.
	jogo/escolariedade grau de satisfação na reavaliação	.	0 ^a	.	.
Pair 25	recreação calma número de actividades referidas no passo 1	1,3846	13	,50637	,14044
	recreação calma número de actividades referidas no passo 2	1,1538	13	,37553	,10415
Pair 26	recreação calma média da importância referida no passo 1	9,6071	14	,59416	,15880
	recreação calma média da importância referida no passo 2	9,7143	14	,61125	,16336
Pair 27	recreação calma grau de desempenho na avaliação	3,3571	14	1,54955	,41413
	recreação calma grau de desempenho na reavaliação	2,7143	14	1,38278	,36956
Pair 28	recreação calma grau de satisfação na avaliação	2,2143	14	1,18831	,31759
	recreação calma grau de satisfação na reavaliação	1,7857	14	,80178	,21429
Pair 29	recreação activa número de actividades referidas no passo 1	1,3000	10	,48305	,15275
	recreação activa número de actividades referidas no passo 2	1,0000	10	,00000	,00000
Pair 30	recreação activa média da importância referida no passo 1	8,9000	10	,99443	,31447
	recreação activa média da importância referida no passo 2	9,3000	10	,82327	,26034
Pair 31	recreação activa grau de desempenho na avaliação	2,3000	10	1,49443	,47258
	recreação activa grau de desempenho na reavaliação	1,5000	10	,70711	,22361
Pair 32	recreação activa grau de satisfação na avaliação	1,5000	10	,52705	,16667
	recreação activa grau de satisfação na reavaliação	1,3000	10	,48305	,15275
Pair 33	socialização número de actividades referidas no passo 1	1,1053	19	,31530	,07234
	socialização número de actividades referidas no passo 2	1,0526	19	,22942	,05263

Paired Samples Statistics^c

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 34	socialização média da importância referida no passo 1	9,6842 ^b	19	,82007	,18814
	socialização média da importância referida no passo 2	9,6842 ^b	19	,82007	,18814
Pair 35	socialização grau de desempenho na avaliação	2,4737	19	1,64548	,37750
	socialização grau de desempenho na reavaliação	2,0526	19	1,31122	,30081
Pair 36	socialização grau de satisfação na avaliação	1,6316	19	1,21154	,27795
	socialização grau de satisfação na reavaliação	1,2632	19	,45241	,10379

a. The correlation and t cannot be computed because there are no valid pairs.

b. The correlation and t cannot be computed because the standard error of the difference is 0.

c. grupo = controlo

Paired Samples Test^a

		Paired Differences				
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Pair 1	cuidados pessoais número de actividades referidas no passo 1 - cuidados pessoais número de actividades referidas no passo 2	1,12121	,89294	,15544	,80459	1,43784
Pair 2	cuidados pessoais média importância referida no passo 1 - cuidados pessoais média importância referida no passo 2	-,39545	,55204	,09610	-,59120	-,19971
Pair 3	grau de desempenho na avaliação - grau de desempenho na reavaliação	1,27273	1,56670	,27273	,71720	1,82825
Pair 4	grau de satisfação na avaliação - grau de satisfação na reavaliação	-1,66667	13,74697	2,39304	-6,54113	3,20780
Pair 5	mobilidade funcional número de actividades referidas no passo 1 - mobilidade funcional número de actividades referidas no passo 2	,36364	,67420	,20328	-,08930	,81657
Pair 6	mobilidade funcional média importância referida no passo 1 - mobilidade funcional média da importância referida passo 2	-,26364	,51434	,15508	-,60917	,08190
Pair 7	mobilidade funcional grau de desempenho na avaliação - mobilidade funcional grau de desempenho na reavaliação	,72727	1,19087	,35906	-,07277	1,52731
Pair 8	mobilidade funcional grau de satisfação na avaliação - mobilidade funcional grau de satisfação na reavaliação	,27273	,46710	,14084	-,04107	,58653
Pair 9	gestão na comunidade número de actividades referidas no passo 1 - gestão na comunidade número de actividades referidas no passo 2	,63333	,76489	,13965	,34772	,91895
Pair 10	gestão na comunidade média importância referidas no passo 1 - gestão na comunidade média da importância referida no paso 2	-,07333	1,81449	,33128	-,75087	,60421
Pair 11	gestão na comunidade grau de desempenho na avaliação - gestão na comunidade grau de desempenho na reavaliação	1,03333	1,79046	,32689	,36476	1,70190

Paired Samples Test^a

		Paired Differences				
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Pair 12	gestão na comunidade grau de desempenho na avaliação - gestão na comunidade grau de satisfação na reavaliação	,36667	,61495	,11227	,13704	,59629
Pair 13	trabalho número de actividades referidas no passo 1 - trabalho número de actividades referidas no passo 2	,35714	,62148	,11745	,11616	,59813
Pair 14	trabalho média da importância referida no passo 1 - trabalho média importância referida passo 2	,20000	1,79030	,33834	-,49421	,89421
Pair 15	trabalho grau de desempenho na avaliação - trabalho grau de desempenho na reavaliação	,70370	,95333	,18347	,32658	1,08083
Pair 16	trabalho grau de satisfação na avaliação - trabalho grau de satisfação na reavaliação	,55556	,97402	,18745	,17025	,94087
Pair 17	gestão doméstica número de actividades referidas no passo 1 - gestão doméstica número de actividades referidas no passo 2	1,02941	,99955	,17142	,68065	1,37817
Pair 18	gestão doméstica média da importância referida no passo 1 - gestão doméstica média da importância referida no passo 2	-,22794	2,15393	,36940	-,97948	,52360
Pair 19	gestão doméstica grau de desempenho referido na avaliação - gestão doméstica grau de desempenho referido na reavaliação	1,20588	1,96607	,33718	,51989	1,89188
Pair 20	gestão doméstica grau de satisfação referido na avaliação - gestão doméstica grau de satisfação referido na reavaliação	,70588	2,12531	,36449	-,03567	1,44744
Pair 25	recreação calma número de actividades referidas no passo 1 - recreação calma número de actividades referidas no passo 2	,23077	,43853	,12163	-,03423	,49577
Pair 26	recreação calma média da importância referida no passo 1 - recreação calma média da importância referida no passo 2	-,10714	,21291	,05690	-,23007	,01579
Pair 27	recreação calma grau de desempenho na avaliação - recreação calma grau de desempenho na reavaliação	,64286	,92878	,24823	,10659	1,17912

Paired Samples Test^a

		Paired Differences				
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Pair 28	recreação calma grau de satisfação na avaliação - recreação calma grau de satisfação na reavaliação	,42857	,85163	,22761	-,06315	,92029
Pair 29	recreação activa número de actividades referidas no passo 1 - recreação activa número de actividade referida no passo 2	,30000	,48305	,15275	-,04555	,64555
Pair 30	recreação activa média da importância referida no passo 1 - recreação activa média da importância referida no passo 2	-,40000	,69921	,22111	-,90018	,10018
Pair 31	recreação activa grau de desempenho na avaliação - recreação activa grau de desempenho na reavaliação	,80000	1,03280	,32660	,06118	1,53882
Pair 32	recreação activa grau de satisfação na avaliação - recreação activa grau de satisfação na reavaliação	,20000	,42164	,13333	-,10162	,50162
Pair 33	socialização número de actividades referidas no passo 1 - socialização número de actividades referidas no passo 2	,05263	,22942	,05263	-,05794	,16321
Pair 35	socialização grau de desempenho na avaliação - socialização grau de desempenho na reavaliação	,42105	,83771	,19218	,01729	,82481
Pair 36	socialização grau de satisfação na avaliação - socialização grau de satisfação na reavaliação	,36842	1,16479	,26722	-,19299	,92983

Paired Samples Test^a

		t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	cuidados pessoais número de actividades referidas no passo 1 - cuidados pessoais número de actividades referidas no passo 2	7,213	32	,000
Pair 2	cuidados pessoais média importância referida no passo 1 - cuidados pessoais média importância referida no passo 2	-4,115	32	,000
Pair 3	grau de desempenho na avaliação - grau de desempenho na reavaliação	4,667	32	,000
Pair 4	grau de satisfação na avaliação - grau de satisfação na reavaliação	-,696	32	,491
Pair 5	mobilidade funcional número de actividades referidas no passo 1 - mobilidade funcional número de actividades referidas no passo 2	1,789	10	,104
Pair 6	mobilidade funcional média importância referida no passo 1 - mobilidade funcional média da importância referida passo 2	-1,700	10	,120
Pair 7	mobilidade funcional grau de desempenho na avaliação - mobilidade funcional grau de desempenho na reavaliação	2,025	10	,070
Pair 8	mobilidade funcional grau de satisfação na avaliação - mobilidade funcional grau de satisfação na reavaliação	1,936	10	,082
Pair 9	gestão na comunidade número de actividades referidas no passo 1 - gestão na comunidade número de actividades referidas no passo 2	4,535	29	,000
Pair 10	gestão na comunidade média importância referidas no passo 1 - gestão na comunidade média da importância referida no paso 2	-,221	29	,826
Pair 11	gestão na comunidade grau de desempenho na avaliação - gestão na comunidade grau de desempenho na reavaliação	3,161	29	,004

Paired Samples Test^a

		t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 12	gestão na comunidade grau de desempenho na avaliação - gestão na comunidade grau de satisfação na reavaliação	3,266	29	,003
Pair 13	trabalho número de actividades referidas no passo 1 - trabalho número de actividades referidas no passo 2	3,041	27	,005
Pair 14	trabalho média da importância referida no passo 1 - trabalho média importância referida passo 2	,591	27	,559
Pair 15	trabalho grau de desempenho na avaliação - trabalho grau de desempenho na reavaliação	3,836	26	,001
Pair 16	trabalho grau de satisfação na avaliação - trabalho grau de satisfação na reavaliação	2,964	26	,006
Pair 17	gestão doméstica número de actividades referidas no passo 1 - gestão doméstica número de actividades referidas no passo 2	6,005	33	,000
Pair 18	gestão doméstica média da importância referida no passo 1 - gestão doméstica média da importânci referida no passo 2	-,617	33	,541
Pair 19	gestão doméstica grau de desempenho referido na avaliação - gestão doméstica grau de desempenho referido na reavaliação	3,576	33	,001
Pair 20	gestão doméstica grau de satisfação referido na avaliação - gestão doméstica grau de satisfação referido na reavaliação	1,937	33	,061
Pair 25	recreação calma número de actividades referidas no passo 1 - recreação calma número de actividades referidas no passo 2	1,897	12	,082
Pair 26	recreação calma média da importânci referida no passo 1 - recreação calma média da importância referida no paso 2	-1,883	13	,082
Pair 27	recreação calma grau de desempenho na avaliação - recreação calma grau de desempenho na reavaliação	2,590	13	,022

Paired Samples Test^a

		t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 28	recreação calma grau de satisfação na avaliação - recreação calma grau de satisfação na reavaliação	1,883	13	,082
Pair 29	recreação activa número de actividades referidas no passo 1 - recreação activa número de actividade referida no passo 2	1,964	9	,081
Pair 30	recreação activa média da importância referida no passo 1 - recreação activa média da importância referida no passo 2	-1,809	9	,104
Pair 31	recreação activa grau de desempenho na avaliação - recreação activa grau de desempenho na reavaliação	2,449	9	,037
Pair 32	recreação activa grau de satisfação na avaliação - recreação activa grau de satisfação na reavaliação	1,500	9	,168
Pair 33	socialização número de actividades referidas no passo 1 - socialização número de actividades referidas no passo 2	1,000	18	,331
Pair 35	socialização grau de desempenho na avaliação - socialização grau de desempenho na reavaliação	2,191	18	,042
Pair 36	socialização grau de satisfação na avaliação - socialização grau de satisfação na reavaliação	1,379	18	,185

a. grupo = controlo

SPLIT FILE

OFF.

T-TEST

GROUPS = grupo(1 2)

/MISSING = ANALYSIS

/VARIABLES = cpna cpia cpnb cpib cpd1 cps1 cpd2 cps2 MFNA MFIA MBNB MBIB

MBD1 MFS1 MFD2 MFS2 GCNA GCIA GCNB GCIB GCD1 GCS1 GCD2 GCS2 TNA TIA TNB

TIB TD1 TS1 TD2 TS2 GDNA GDIA GDNB GDIB GDD1 GDS1 GDD2 GDS2 JENA JEIA JENB

JEIB JED1 JES1 JED2 JES2 RCNA RCID RCNB RCIB RCD1 RCS1 RCD2 RCS2 RANA RAIA

RANB RAIB RAD1 RAS1 RAD2 RAS2 SNA SIA SNB SIB SD1 SS1 SD2 SI2

/CRITERIA = CI(.95) .

T-Test

[DataSet1] C:\Documents and Settings\mjr\Os meus documentos\tese\tese_20090108.sav

Group Statistics

	grupo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
cuidados pessoais número de actividades referidas no passo 1	grupo experimental	70	2,3429	,75921	,09074
	controlo	44	2,7273	,81736	,12322
cuidados pessoais média importância referida no passo 1	grupo experimental	70	8,1107	1,67559	,20027
	controlo	44	8,8023	1,31215	,19781
cuidados pessoais número de actividades referidas	grupo experimental	49	1,2245	,46839	,06691
	controlo	33	1,6061	,65857	,11464
cuidados pessoais média importância referida no	grupo experimental	49	9,0612	1,17983	,16855
	controlo	33	9,6364	,71011	,12361
grau de desempenho na avaliação	grupo experimental	48	4,5833	2,84218	,41023
	controlo	33	5,3939	3,90464	,67971
grau de satisfação na avaliação	grupo experimental	48	4,0833	2,64843	,38227
	controlo	33	3,6970	2,90995	,50656
grau de desempenho na reavaliação	grupo experimental	47	7,5532	3,72890	,54392
	controlo	33	4,1212	3,03889	,52900
grau de satisfação na reavaliação	grupo experimental	47	8,3830	3,77954	,55130
	controlo	33	5,3636	14,81937	2,57972
mobilidade funcional número de actividades	grupo experimental	66	1,6667	,73030	,08989
	controlo	37	1,4865	,69208	,11378
mobilidade funcional média importância referida	grupo experimental	65	8,0385	1,98334	,24600
	controlo	37	8,5216	1,39326	,22905
mobilidade funcional número de actividades	grupo experimental	36	1,1667	,37796	,06299
	controlo	11	1,0909	,30151	,09091
mobilidade funcional média da importância	grupo experimental	36	9,0417	1,56011	,26002
	controlo	11	9,7273	,64667	,19498
mobilidade funcional grau de desempenho na	grupo experimental	36	4,0278	2,68845	,44808
	controlo	11	4,8182	2,56196	,77246
mobilidade funcional grau de satisfação na avaliação	grupo experimental	36	3,0278	2,15786	,35964
	controlo	11	2,3636	1,62928	,49125
mobilidade funcional grau de desempenho na	grupo experimental	34	7,2647	3,65405	,62666
	controlo	11	4,0909	2,16585	,65303
mobilidade funcional grau de satisfação na	grupo experimental	34	7,7353	3,87149	,66395
	controlo	11	2,0909	1,51357	,45636
gestão na comunidade número de actividades	grupo experimental	71	1,6338	,74142	,08799
	controlo	43	1,7907	,70906	,10813
gestão na comunidade média importância	grupo experimental	70	8,6600	1,27579	,15249
	controlo	43	8,9837	1,14931	,17527
gestão na comunidade número de actividades	grupo experimental	42	1,0952	,29710	,04584
	controlo	30	1,2000	,48423	,08841
gestão na comunidade média da importância	grupo experimental	42	9,0714	1,21259	,18711
	controlo	30	9,1333	1,88887	,34486
gestão na comunidade grau de desempenho na	grupo experimental	42	3,6429	2,50679	,38681
	controlo	30	3,3000	2,47957	,45271
gestão na comunidade grau de desempenho na	grupo experimental	42	3,2143	2,39446	,36947
	controlo	30	2,4667	1,38298	,25250
gestão na comunidade grau de desempenho na	grupo experimental	41	6,5610	3,24075	,50612
	controlo	30	2,2667	1,36289	,24883
gestão na comunidade grau de satisfação na	grupo experimental	41	6,8049	3,76311	,58770
	controlo	30	2,1000	1,24152	,22667
trabalho número de actividades referidas no	grupo experimental	47	1,9787	1,03187	,15051
	controlo	33	1,6970	,91804	,15981
trabalho média da importância referida no	grupo experimental	47	8,9309	1,47049	,21449
	controlo	32	9,2531	1,17857	,20834

Group Statistics

grupo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
trabalho número de actividades referidas no grupo experimental	33	1,3939	,60927	,10606
trabalho número de actividades referidas no controlo	28	1,3929	,56695	,10714
trabalho média importância referida passo grupo experimental	33	9,5303	,96776	,16846
trabalho média importância referida passo controlo	28	9,1607	1,87109	,35360
trabalho grau de desempenho na avaliação grupo experimental	33	4,7273	2,98195	,51909
trabalho grau de desempenho na avaliação controlo	27	3,7778	2,25889	,43472
trabalho grau de satisfação na avaliação grupo experimental	33	3,2424	2,04680	,35630
trabalho grau de satisfação na avaliação controlo	27	2,7037	1,81479	,34926
trabalho grau de desempenho na grupo experimental	32	9,0938	3,63104	,64188
trabalho grau de desempenho na controlo	27	3,0741	2,11089	,40624
trabalho grau de satisfação na reavaliação grupo experimental	32	9,4063	4,19569	,74170
trabalho grau de satisfação na reavaliação controlo	27	2,1481	1,63387	,31444
gestão doméstica número de actividades referidas grupo experimental	71	3,0282	1,02778	,12198
gestão doméstica número de actividades referidas controlo	49	2,7959	1,07973	,15425
gestão doméstica média da importância referida no grupo experimental	71	8,6134	1,43280	,17004
gestão doméstica média da importância referida no controlo	49	8,7276	1,65114	,23588
gestão doméstica número de actividades referidas grupo experimental	58	1,5690	,75189	,09873
gestão doméstica número de actividades referidas controlo	34	1,7059	,83591	,14336
gestão doméstica média da importância referida no grupo experimental	58	9,5000	,77233	,10141
gestão doméstica média da importância referida no controlo	34	9,1853	1,63691	,28073
gestão doméstica grau de desempenho referido na grupo experimental	58	5,2241	3,52954	,46345
gestão doméstica grau de desempenho referido na controlo	34	5,1176	3,86723	,66322
gestão doméstica grau de satisfação referido na grupo experimental	58	4,8276	4,05289	,53217
gestão doméstica grau de satisfação referido na controlo	34	3,0882	2,41671	,41446
gestão doméstica grau de desempenho referido na grupo experimental	55	9,9091	6,14417	,82848
gestão doméstica grau de desempenho referido na controlo	34	3,9118	3,42334	,58710
gestão doméstica grau de satisfação referido na grupo experimental	53	11,2642	6,43653	,88413
gestão doméstica grau de satisfação referido na controlo	34	2,3824	1,41453	,24259
jogo/escolariedade número de actividades grupo experimental	8	1,3750	,74402	,26305
jogo/escolariedade número de actividades controlo	0 ^a	.	.	.
jogo/escolariedade média da importância referida no grupo experimental	8	8,6250	2,72226	,96247
jogo/escolariedade média da importância referida no controlo	0 ^a	.	.	.
jogo/escolariedade número de actividades grupo experimental	4	1,0000	,00000	,00000
jogo/escolariedade número de actividades controlo	0 ^a	.	.	.
jogo/escolariedade média da importância referidas grupo experimental	4	9,7500	,50000	,25000
jogo/escolariedade média da importância referidas controlo	0 ^a	.	.	.
jogo/escolariedade grau de desempenho referido grupo experimental	4	2,2500	1,89297	,94648
jogo/escolariedade grau de desempenho referido controlo	0 ^a	.	.	.
jogo/escolariedade grau de satisfação referido na grupo experimental	4	2,5000	2,38048	1,19024
jogo/escolariedade grau de satisfação referido na controlo	0 ^a	.	.	.
jogo/escolariedade grau de desempenho na grupo experimental	4	5,5000	3,00000	1,50000
jogo/escolariedade grau de desempenho na controlo	0 ^a	.	.	.
jogo/escolariedade grau de satisfação na grupo experimental	4	6,2500	1,25831	,62915
jogo/escolariedade grau de satisfação na controlo	0 ^a	.	.	.
recreação calma número de actividades referidas grupo experimental	61	1,9836	3,70356	,47419
recreação calma número de actividades referidas controlo	35	1,4857	,56211	,09501
recreação calma média da importância referida no grupo experimental	61	8,5115	1,70236	,21796
recreação calma média da importância referida no controlo	35	8,5314	1,62042	,27390
recreação calma número de actividades referidas grupo experimental	32	1,1563	,44789	,07918
recreação calma número de actividades referidas controlo	13	1,1538	,37553	,10415
recreação calma média da importância referida no grupo experimental	32	9,2500	1,74134	,30783
recreação calma média da importância referida no controlo	14	9,7143	,61125	,16336
recreação calma grau de desempenho na avaliação grupo experimental	32	3,9688	2,64556	,46767
recreação calma grau de desempenho na avaliação controlo	14	3,3571	1,54955	,41413

Group Statistics

grupo		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
recreação calma grau de satisfação na avaliação	grupo experimental	32	3,0938	2,82111	,49871
	controlo	14	2,2143	1,18831	,31759
recreação calma grau de desempenho na	grupo experimental	31	7,9032	3,79785	,68211
	controlo	14	2,7143	1,38278	,36956
recreação calma grau de satisfação na reavaliação	grupo experimental	31	7,9032	4,10167	,73668
	controlo	14	1,7857	,80178	,21429
recreação activa número de actividades referidas	grupo experimental	53	1,2264	,42252	,05804
	controlo	26	1,1923	,40192	,07882
recreação activa média da importância referida no	grupo experimental	53	8,7358	1,49873	,20587
	controlo	26	8,3462	1,62339	,31837
recreação activa número de actividades referidas no	grupo experimental	22	1,0909	,29424	,06273
	controlo	10	1,0000	,00000	,00000
recreação activa média da importância referida no	grupo experimental	22	9,0455	1,17422	,25034
	controlo	10	9,3000	,82327	,26034
recreação activa grau de desempenho na avaliação	grupo experimental	22	4,4091	2,59412	,55307
	controlo	10	2,3000	1,49443	,47258
recreação activa grau de satisfação na avaliação	grupo experimental	22	3,2727	2,25054	,47982
	controlo	10	1,5000	,52705	,16667
recreação activa grau de desempenho na	grupo experimental	20	7,1500	3,43779	,76871
	controlo	10	1,5000	,70711	,22361
recreação activa grau de satisfação na reavaliação	grupo experimental	20	7,4500	4,38268	,98000
	controlo	10	1,3000	,48305	,15275
socialização número de actividades referidas no	grupo experimental	53	1,1132	,37521	,05154
	controlo	40	1,1000	,30382	,04804
socialização média da importância referida no	grupo experimental	53	8,0094	2,25851	,31023
	controlo	40	8,6500	1,65715	,26202
socialização número de actividades referidas no	grupo experimental	19	1,0000	,00000	,00000
	controlo	19	1,0526	,22942	,05263
socialização média da importância referida no	grupo experimental	19	9,4737	,90483	,20758
	controlo	19	9,6842	,82007	,18814
socialização grau de desempenho na avaliação	grupo experimental	18	2,6111	1,97451	,46540
	controlo	19	2,4737	1,64548	,37750
socialização grau de satisfação na avaliação	grupo experimental	18	2,2222	1,47750	,34825
	controlo	19	1,6316	1,21154	,27795
socialização grau de desempenho na	grupo experimental	17	6,1176	2,64297	,64101
	controlo	19	2,0526	1,31122	,30081
socialização grau de satisfação na reavaliação	grupo experimental	17	7,1176	2,20461	,53470
	controlo	19	1,2632	,45241	,10379

a. t cannot be computed because at least one of the groups is empty.

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
cuidados pessoais número de actividades referidas no passo 1	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,066	,798
cuidados pessoais média importância referida no passo 1	Equal variances assumed Equal variances not assumed	3,383	,069
cuidados pessoais número de actividades referidas no passo 2	Equal variances assumed Equal variances not assumed	12,392	,001
cuidados pessoais média importância referida no passo 2	Equal variances assumed Equal variances not assumed	12,871	,001
grau de desempenho na avaliação	Equal variances assumed Equal variances not assumed	1,475	,228
grau de satisfação na avaliação	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,002	,963
grau de desempenho na reavaliação	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,061	,806
grau de satisfação na reavaliação	Equal variances assumed Equal variances not assumed	2,304	,133
mobilidade funcional número de actividades referidas no passo 1	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,088	,767
mobilidade funcional média importância referida no passo 1	Equal variances assumed Equal variances not assumed	4,607	,034
mobilidade funcional número de actividades referidas no passo 2	Equal variances assumed Equal variances not assumed	1,695	,200
mobilidade funcional média da importância referida passo 2	Equal variances assumed Equal variances not assumed	5,995	,018
mobilidade funcional grau de desempenho na avaliação	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,085	,772

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
mobilidade funcional grau de satisfação na avaliação	Equal variances assumed Equal variances not assumed	1,133	,293
mobilidade funcional grau de desempenho na reavaliação	Equal variances assumed Equal variances not assumed	1,453	,235
mobilidade funcional grau de satisfação na reavaliação	Equal variances assumed Equal variances not assumed	2,767	,104
gestão na comunidade número de actividades referidas no passo 1	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,575	,450
gestão na comunidade média importância referidas no passo 1	Equal variances assumed Equal variances not assumed	2,631	,108
gestão na comunidade número de actividades referidas no passo 2	Equal variances assumed Equal variances not assumed	5,439	,023
gestão na comunidade média da importância referida no passo 2	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,741	,392
gestão na comunidade grau de desempenho na avaliação	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,023	,880
gestão na comunidade grau de desempenho na avaliação	Equal variances assumed Equal variances not assumed	3,998	,049
gestão na comunidade grau de desempenho na reavaliação	Equal variances assumed Equal variances not assumed	13,054	,001
gestão na comunidade grau de satisfação na reavaliação	Equal variances assumed Equal variances not assumed	9,250	,003
trabalho número de actividades referidas no passo 1	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,006	,940
trabalho média da importância referida no passo 1	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,710	,402
trabalho número de actividades referidas no passo 2	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,084	,773

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
trabalho média importância referida passo 2	Equal variances assumed Equal variances not assumed	2,552	,115
trabalho grau de desempenho na avaliação	Equal variances assumed Equal variances not assumed	3,431	,069
trabalho grau de satisfação na avaliação	Equal variances assumed Equal variances not assumed	1,269	,265
trabalho grau de desempenho na reavaliação	Equal variances assumed Equal variances not assumed	2,585	,113
trabalho grau de satisfação na reavaliação	Equal variances assumed Equal variances not assumed	15,442	,000
gestão doméstica número de actividades referidas no passo 1	Equal variances assumed Equal variances not assumed	2,105	,150
gestão doméstica média da importância referida no passo 1	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,086	,770
gestão doméstica número de actividades referidas no passo 2	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,470	,495
gestão doméstica média da importância referida no passo 2	Equal variances assumed Equal variances not assumed	2,846	,095
gestão doméstica grau de desempenho referido na avaliação	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,102	,750
gestão doméstica grau de satisfação referido na avaliação	Equal variances assumed Equal variances not assumed	4,272	,042
gestão doméstica grau de desempenho referido na reavaliação	Equal variances assumed Equal variances not assumed	7,279	,008
gestão doméstica grau de satisfação referido na reavaliação	Equal variances assumed Equal variances not assumed	26,955	,000
recreação calma número de actividades referidas no passo 1	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,902	,345

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
recreação calma média da importância referida no passo 1	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,377	,541
recreação calma número de actividades referidas no passo 2	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,015	,904
recreação calma média da importância referida no passo 2	Equal variances assumed Equal variances not assumed	2,883	,097
recreação calma grau de desempenho na avaliação	Equal variances assumed Equal variances not assumed	3,414	,071
recreação calma grau de satisfação na avaliação	Equal variances assumed Equal variances not assumed	4,466	,040
recreação calma grau de desempenho na reavaliação	Equal variances assumed Equal variances not assumed	2,639	,112
recreação calma grau de satisfação na reavaliação	Equal variances assumed Equal variances not assumed	6,640	,013
recreação activa número de actividades referidas no passo 1	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,490	,486
recreação activa média da importância referida no passo 1	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,000	,993
recreação activa número de actividades referidas no passo 2	Equal variances assumed Equal variances not assumed	4,630	,040
recreação activa média da importância referida no passo 2	Equal variances assumed Equal variances not assumed	1,322	,259
recreação activa grau de desempenho na avaliação	Equal variances assumed Equal variances not assumed	3,953	,056
recreação activa grau de satisfação na avaliação	Equal variances assumed Equal variances not assumed	11,005	,002
recreação activa grau de desempenho na reavaliação	Equal variances assumed Equal variances not assumed	7,679	,010

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
recreação activa grau de satisfação na reavaliação	Equal variances assumed Equal variances not assumed	5,866	,022
socialização número de actividades referidas no passo 1	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,176	,676
socialização média da importância referida no passo 1	Equal variances assumed Equal variances not assumed	2,138	,147
socialização número de actividades referidas no passo 2	Equal variances assumed Equal variances not assumed	4,484	,041
socialização média da importância referida no passo 2	Equal variances assumed Equal variances not assumed	1,045	,313
socialização grau de desempenho na avaliação	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,047	,830
socialização grau de satisfação na avaliação	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,344	,561
socialização grau de desempenho na reavaliação	Equal variances assumed Equal variances not assumed	8,059	,008
socialização grau de satisfação na reavaliação	Equal variances assumed Equal variances not assumed	14,559	,001

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
cuidados pessoais número de actividades referidas no passo 1	Equal variances assumed	-2,555	112	,012	-,38442
	Equal variances not assumed	-2,512	86,442	,014	-,38442
cuidados pessoais média importância referida no passo 1	Equal variances assumed	-2,325	112	,022	-,69156
	Equal variances not assumed	-2,457	106,559	,016	-,69156
cuidados pessoais número de actividades referidas no passo 2	Equal variances assumed	-3,068	80	,003	-,38157
	Equal variances not assumed	-2,875	53,386	,006	-,38157
cuidados pessoais média importância referida no passo 2	Equal variances assumed	-2,508	80	,014	-,57514
	Equal variances not assumed	-2,752	79,167	,007	-,57514
grau de desempenho na avaliação	Equal variances assumed	-1,082	79	,283	-,81061
	Equal variances not assumed	-1,021	54,624	,312	-,81061
grau de satisfação na avaliação	Equal variances assumed	,620	79	,537	,38636
	Equal variances not assumed	,609	64,568	,545	,38636
grau de desempenho na reavaliação	Equal variances assumed	4,364	78	,000	3,43198
	Equal variances not assumed	4,523	76,189	,000	3,43198
grau de satisfação na reavaliação	Equal variances assumed	1,339	78	,184	3,01934
	Equal variances not assumed	1,145	34,939	,260	3,01934
mobilidade funcional número de actividades referidas no passo 1	Equal variances assumed	1,224	101	,224	,18018
	Equal variances not assumed	1,243	78,114	,218	,18018
mobilidade funcional média importância referida no passo 1	Equal variances assumed	-1,308	100	,194	-,48316
	Equal variances not assumed	-1,437	95,486	,154	-,48316
mobilidade funcional número de actividades referidas no passo 2	Equal variances assumed	,607	45	,547	,07576
	Equal variances not assumed	,685	20,555	,501	,07576
mobilidade funcional média da importância referida passo 2	Equal variances assumed	-1,412	45	,165	-,68561
	Equal variances not assumed	-2,110	40,552	,041	-,68561
mobilidade funcional grau de desempenho na avaliação	Equal variances assumed	-,862	45	,393	-,79040
	Equal variances not assumed	-,885	17,302	,388	-,79040

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
mobilidade funcional grau de satisfação na avaliação	Equal variances assumed	,939	45	,353	,66414
	Equal variances not assumed	1,091	21,803	,287	,66414
mobilidade funcional grau de desempenho na reavaliação	Equal variances assumed	2,717	43	,009	3,17380
	Equal variances not assumed	3,507	29,354	,001	3,17380
mobilidade funcional grau de satisfação na reavaliação	Equal variances assumed	4,690	43	,000	5,64439
	Equal variances not assumed	7,006	41,200	,000	5,64439
gestão na comunidade número de actividades referidas no passo 1	Equal variances assumed	-1,113	112	,268	-,15689
	Equal variances not assumed	-1,125	91,869	,263	-,15689
gestão na comunidade média importância referidas no passo 1	Equal variances assumed	-1,359	111	,177	-,32372
	Equal variances not assumed	-1,393	96,123	,167	-,32372
gestão na comunidade número de actividades referidas no passo 2	Equal variances assumed	-1,136	70	,260	-,10476
	Equal variances not assumed	-1,052	44,421	,299	-,10476
gestão na comunidade média da importância referida no passo 2	Equal variances assumed	-,169	70	,866	-,06190
	Equal variances not assumed	-,158	45,781	,875	-,06190
gestão na comunidade grau de desempenho na avaliação	Equal variances assumed	,575	70	,567	,34286
	Equal variances not assumed	,576	63,036	,567	,34286
gestão na comunidade grau de desempenho na avaliação	Equal variances assumed	1,535	70	,129	,74762
	Equal variances not assumed	1,671	67,442	,099	,74762
gestão na comunidade grau de desempenho na reavaliação	Equal variances assumed	6,820	69	,000	4,29431
	Equal variances not assumed	7,614	57,074	,000	4,29431
gestão na comunidade grau de satisfação na reavaliação	Equal variances assumed	6,580	69	,000	4,70488
	Equal variances not assumed	7,469	51,222	,000	4,70488
trabalho número de actividades referidas no passo 1	Equal variances assumed	1,257	78	,212	,28175
	Equal variances not assumed	1,283	73,641	,203	,28175
trabalho média da importância referida no passo 1	Equal variances assumed	-1,034	77	,305	-,32227
	Equal variances not assumed	-1,078	74,863	,285	-,32227
trabalho número de actividades referidas no passo 2	Equal variances assumed	,007	59	,994	,00108
	Equal variances not assumed	,007	58,470	,994	,00108

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
trabalho média importância referida passo 2	Equal variances assumed	,990	59	,326	,36959
	Equal variances not assumed	,944	38,955	,351	,36959
trabalho grau de desempenho na avaliação	Equal variances assumed	1,364	58	,178	,94949
	Equal variances not assumed	1,402	57,697	,166	,94949
trabalho grau de satisfação na avaliação	Equal variances assumed	1,067	58	,291	,53872
	Equal variances not assumed	1,080	57,594	,285	,53872
trabalho grau de desempenho na reavaliação	Equal variances assumed	7,593	57	,000	6,01968
	Equal variances not assumed	7,924	51,043	,000	6,01968
trabalho grau de satisfação na reavaliação	Equal variances assumed	8,455	57	,000	7,25810
	Equal variances not assumed	9,010	41,544	,000	7,25810
gestão doméstica número de actividades referidas no passo 1	Equal variances assumed	1,192	118	,236	,23225
	Equal variances not assumed	1,181	99,990	,240	,23225
gestão doméstica média da importância referida no passo 1	Equal variances assumed	-,403	118	,688	-,11417
	Equal variances not assumed	-,393	93,532	,695	-,11417
gestão doméstica número de actividades referidas no passo 2	Equal variances assumed	-,809	90	,421	-,13692
	Equal variances not assumed	-,787	63,461	,434	-,13692
gestão doméstica média da importância referida no passo 2	Equal variances assumed	1,249	90	,215	,31471
	Equal variances not assumed	1,054	41,763	,298	,31471
gestão doméstica grau de desempenho referido na avaliação	Equal variances assumed	,135	90	,893	,10649
	Equal variances not assumed	,132	64,230	,896	,10649
gestão doméstica grau de satisfação referido na avaliação	Equal variances assumed	2,274	90	,025	1,73935
	Equal variances not assumed	2,579	89,954	,012	1,73935
gestão doméstica grau de desempenho referido na reavaliação	Equal variances assumed	5,207	87	,000	5,99733
	Equal variances not assumed	5,906	86,258	,000	5,99733
gestão doméstica grau de satisfação referido na reavaliação	Equal variances assumed	7,909	85	,000	8,88180
	Equal variances not assumed	9,688	59,592	,000	8,88180
recreação calma número de actividades referidas no passo 1	Equal variances assumed	,788	94	,432	,49789
	Equal variances not assumed	1,030	64,730	,307	,49789

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
recreação calma média da importância referida no passo 1	Equal variances assumed	-,056	94	,955	-,01995
	Equal variances not assumed	-,057	73,903	,955	-,01995
recreação calma número de actividades referidas no passo 2	Equal variances assumed	,017	43	,986	,00240
	Equal variances not assumed	,018	26,456	,985	,00240
recreação calma média da importância referida no passo 2	Equal variances assumed	-,967	44	,339	-,46429
	Equal variances not assumed	-1,332	42,821	,190	-,46429
recreação calma grau de desempenho na avaliação	Equal variances assumed	,804	44	,426	,61161
	Equal variances not assumed	,979	40,011	,333	,61161
recreação calma grau de satisfação na avaliação	Equal variances assumed	1,118	44	,270	,87946
	Equal variances not assumed	1,487	43,990	,144	,87946
recreação calma grau de desempenho na reavaliação	Equal variances assumed	4,940	43	,000	5,18894
	Equal variances not assumed	6,689	41,871	,000	5,18894
recreação calma grau de satisfação na reavaliação	Equal variances assumed	5,500	43	,000	6,11751
	Equal variances not assumed	7,974	34,718	,000	6,11751
recreação activa número de actividades referidas no passo 1	Equal variances assumed	,342	77	,733	,03411
	Equal variances not assumed	,348	52,094	,729	,03411
recreação activa média da importância referida no passo 1	Equal variances assumed	1,057	77	,294	,38970
	Equal variances not assumed	1,028	46,378	,309	,38970
recreação activa número de actividades referidas no passo 2	Equal variances assumed	,968	30	,341	,09091
	Equal variances not assumed	1,449	21,000	,162	,09091
recreação activa média da importância referida no passo 2	Equal variances assumed	-,617	30	,542	-,25455
	Equal variances not assumed	-,705	24,399	,488	-,25455
recreação activa grau de desempenho na avaliação	Equal variances assumed	2,384	30	,024	2,10909
	Equal variances not assumed	2,899	28,014	,007	2,10909
recreação activa grau de satisfação na avaliação	Equal variances assumed	2,440	30	,021	1,77273
	Equal variances not assumed	3,490	25,507	,002	1,77273
recreação activa grau de desempenho na reavaliação	Equal variances assumed	5,101	28	,000	5,65000
	Equal variances not assumed	7,057	22,019	,000	5,65000

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
recreação activa grau de satisfação na reavaliação	Equal variances assumed	4,386	28	,000	6,15000
	Equal variances not assumed	6,201	19,910	,000	6,15000
socialização número de actividades referidas no passo 1	Equal variances assumed	,182	91	,856	,01321
	Equal variances not assumed	,187	90,513	,852	,01321
socialização média da importância referida no passo 1	Equal variances assumed	-1,512	91	,134	-,64057
	Equal variances not assumed	-1,577	90,944	,118	-,64057
socialização número de actividades referidas no passo 2	Equal variances assumed	-1,000	36	,324	-,05263
	Equal variances not assumed	-1,000	18,000	,331	-,05263
socialização média da importância referida no passo 2	Equal variances assumed	-,751	36	,457	-,21053
	Equal variances not assumed	-,751	35,657	,457	-,21053
socialização grau de desempenho na avaliação	Equal variances assumed	,230	35	,819	,13743
	Equal variances not assumed	,229	33,168	,820	,13743
socialização grau de satisfação na avaliação	Equal variances assumed	1,333	35	,191	,59064
	Equal variances not assumed	1,326	32,935	,194	,59064
socialização grau de desempenho na reavaliação	Equal variances assumed	5,943	34	,000	4,06502
	Equal variances not assumed	5,741	22,839	,000	4,06502
socialização grau de satisfação na reavaliação	Equal variances assumed	11,330	34	,000	5,85449
	Equal variances not assumed	10,749	17,207	,000	5,85449

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
cuidados pessoais número de actividades referidas no passo 1	Equal variances assumed	,15046	-,68252	-,08631
	Equal variances not assumed	,15303	-,68860	-,08023
cuidados pessoais média importância referida no passo 1	Equal variances assumed	,29747	-1,28095	-,10216
	Equal variances not assumed	,28149	-1,24961	-,13350
cuidados pessoais número de actividades referidas no passo 2	Equal variances assumed	,12439	-,62911	-,13403
	Equal variances not assumed	,13274	-,64777	-,11537
cuidados pessoais média importância referida no passo 2	Equal variances assumed	,22931	-1,03148	-,11880
	Equal variances not assumed	,20902	-,99117	-,15911
grau de desempenho na avaliação	Equal variances assumed	,74937	-2,30219	,68098
	Equal variances not assumed	,79391	-2,40189	,78068
grau de satisfação na avaliação	Equal variances assumed	,62353	-,85474	1,62747
	Equal variances not assumed	,63461	-,88120	1,65393
grau de desempenho na reavaliação	Equal variances assumed	,78637	1,86643	4,99753
	Equal variances not assumed	,75874	1,92087	4,94308
grau de satisfação na reavaliação	Equal variances assumed	2,25427	-1,46857	7,50725
	Equal variances not assumed	2,63797	-2,33636	8,37504
mobilidade funcional número de actividades referidas no passo 1	Equal variances assumed	,14723	-,11189	,47225
	Equal variances not assumed	,14500	-,10849	,46885
mobilidade funcional média importância referida no passo 1	Equal variances assumed	,36934	-1,21592	,24960
	Equal variances not assumed	,33613	-1,15042	,18410
mobilidade funcional número de actividades referidas no passo 2	Equal variances assumed	,12484	-,17568	,32720
	Equal variances not assumed	,11060	-,15455	,30607
mobilidade funcional média da importância referida passo 2	Equal variances assumed	,48550	-1,66345	,29224
	Equal variances not assumed	,32500	-1,34218	-,02903
mobilidade funcional grau de desempenho na avaliação	Equal variances assumed	,91669	-2,63672	1,05591
	Equal variances not assumed	,89301	-2,67199	1,09118

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
mobilidade funcional grau de satisfação na avaliação	Equal variances assumed	,70700	-,75983	2,08811
	Equal variances not assumed	,60882	-,59914	1,92743
mobilidade funcional grau de desempenho na reavaliação	Equal variances assumed	1,16798	,81834	5,52925
	Equal variances not assumed	,90507	1,32369	5,02390
mobilidade funcional grau de satisfação na reavaliação	Equal variances assumed	1,20338	3,21754	8,07123
	Equal variances not assumed	,80567	4,01755	7,27122
gestão na comunidade número de actividades referidas no passo 1	Equal variances assumed	,14096	-,43618	,12239
	Equal variances not assumed	,13941	-,43378	,11999
gestão na comunidade média importância referidas no passo 1	Equal variances assumed	,23822	-,79576	,14832
	Equal variances not assumed	,23232	-,78486	,13742
gestão na comunidade número de actividades referidas no passo 2	Equal variances assumed	,09222	-,28870	,07917
	Equal variances not assumed	,09959	-,30541	,09589
gestão na comunidade média da importância referida no passo 2	Equal variances assumed	,36562	-,79110	,66729
	Equal variances not assumed	,39235	-,85176	,72795
gestão na comunidade grau de desempenho na avaliação	Equal variances assumed	,59655	-,84692	1,53264
	Equal variances not assumed	,59545	-,84704	1,53276
gestão na comunidade grau de desempenho na avaliação	Equal variances assumed	,48701	-,22368	1,71892
	Equal variances not assumed	,44751	-,14551	1,64075
gestão na comunidade grau de desempenho na reavaliação	Equal variances assumed	,62969	3,03812	5,55050
	Equal variances not assumed	,56398	3,16499	5,42363
gestão na comunidade grau de satisfação na reavaliação	Equal variances assumed	,71503	3,27844	6,13132
	Equal variances not assumed	,62990	3,44044	5,96931
trabalho número de actividades referidas no passo 1	Equal variances assumed	,22410	-,16440	,72791
	Equal variances not assumed	,21953	-,15571	,71921
trabalho média da importância referida no passo 1	Equal variances assumed	,31181	-,94317	,29862
	Equal variances not assumed	,29902	-,91797	,27343
trabalho número de actividades referidas no passo 2	Equal variances assumed	,15167	-,30240	,30456
	Equal variances not assumed	,15076	-,30064	,30281

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
trabalho média importância referida passo 2	Equal variances assumed	,37323	-,37725	1,11643
	Equal variances not assumed	,39168	-,42270	1,16187
trabalho grau de desempenho na avaliação	Equal variances assumed	,69599	-,44367	2,34266
	Equal variances not assumed	,67708	-,40598	2,30497
trabalho grau de satisfação na avaliação	Equal variances assumed	,50504	-,47223	1,54967
	Equal variances not assumed	,49893	-,46015	1,53759
trabalho grau de desempenho na reavaliação	Equal variances assumed	,79275	4,43223	7,60712
	Equal variances not assumed	,75964	4,49468	7,54468
trabalho grau de satisfação na reavaliação	Equal variances assumed	,85845	5,53909	8,97711
	Equal variances not assumed	,80560	5,63181	8,88440
gestão doméstica número de actividades referidas no passo 1	Equal variances assumed	,19486	-,15363	,61813
	Equal variances not assumed	,19665	-,15789	,62239
gestão doméstica média da importância referida no passo 1	Equal variances assumed	,28330	-,67518	,44684
	Equal variances not assumed	,29078	-,69156	,46322
gestão doméstica número de actividades referidas no passo 2	Equal variances assumed	,16928	-,47323	,19939
	Equal variances not assumed	,17407	-,48471	,21088
gestão doméstica média da importância referida no passo 2	Equal variances assumed	,25191	-,18576	,81517
	Equal variances not assumed	,29848	-,28776	,91717
gestão doméstica grau de desempenho referido na avaliação	Equal variances assumed	,78988	-1,46275	1,67573
	Equal variances not assumed	,80911	-1,50977	1,72275
gestão doméstica grau de satisfação referido na avaliação	Equal variances assumed	,76501	,21952	3,25918
	Equal variances not assumed	,67452	,39928	3,07942
gestão doméstica grau de desempenho referido na reavaliação	Equal variances assumed	1,15185	3,70790	8,28675
	Equal variances not assumed	1,01541	3,97884	8,01581
gestão doméstica grau de satisfação referido na reavaliação	Equal variances assumed	1,12300	6,64896	11,11463
	Equal variances not assumed	,91680	7,04766	10,71593
recreação calma número de actividades referidas no passo 1	Equal variances assumed	,63152	-,75600	1,75178
	Equal variances not assumed	,48362	-,46804	1,46382

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
recreação calma média da importância referida no passo 1	Equal variances assumed	,35480	-,72441	,68451
	Equal variances not assumed	,35004	-,71744	,67754
recreação calma número de actividades referidas no passo 2	Equal variances assumed	,14107	-,28210	,28690
	Equal variances not assumed	,13083	-,26630	,27111
recreação calma média da importância referida no passo 2	Equal variances assumed	,48031	-1,43228	,50371
	Equal variances not assumed	,34849	-1,16717	,23860
recreação calma grau de desempenho na avaliação	Equal variances assumed	,76103	-,92214	2,14535
	Equal variances not assumed	,62468	-,65091	1,87412
recreação calma grau de satisfação na avaliação	Equal variances assumed	,78650	-,70562	2,46455
	Equal variances not assumed	,59125	-,31212	2,07105
recreação calma grau de desempenho na reavaliação	Equal variances assumed	1,05040	3,07061	7,30727
	Equal variances not assumed	,77579	3,62318	6,75470
recreação calma grau de satisfação na reavaliação	Equal variances assumed	1,11228	3,87439	8,36064
	Equal variances not assumed	,76721	4,55953	7,67549
recreação activa número de actividades referidas no passo 1	Equal variances assumed	,09959	-,16420	,23242
	Equal variances not assumed	,09788	-,16230	,23052
recreação activa média da importância referida no passo 1	Equal variances assumed	,36881	-,34469	1,12408
	Equal variances not assumed	,37913	-,37329	1,15268
recreação activa número de actividades referidas no passo 2	Equal variances assumed	,09389	-,10084	,28266
	Equal variances not assumed	,06273	-,03955	,22137
recreação activa média da importância referida no passo 2	Equal variances assumed	,41226	-1,09650	,58741
	Equal variances not assumed	,36118	-,99934	,49025
recreação activa grau de desempenho na avaliação	Equal variances assumed	,88467	,30236	3,91582
	Equal variances not assumed	,72747	,61896	3,59922
recreação activa grau de satisfação na avaliação	Equal variances assumed	,72651	,28899	3,25647
	Equal variances not assumed	,50794	,72766	2,81779
recreação activa grau de desempenho na reavaliação	Equal variances assumed	1,10772	3,38093	7,91907
	Equal variances not assumed	,80058	3,98979	7,31021

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
recreação activa grau de satisfação na reavaliação	Equal variances assumed	1,40226	3,27760	9,02240
	Equal variances not assumed	,99183	4,08048	8,21952
socialização número de actividades referidas no passo 1	Equal variances assumed	,07256	-,13092	,15733
	Equal variances not assumed	,07046	-,12675	,15317
socialização média da importância referida no passo 1	Equal variances assumed	,42367	-1,48213	,20100
	Equal variances not assumed	,40607	-1,44719	,16606
socialização número de actividades referidas no passo 2	Equal variances assumed	,05263	-,15937	,05411
	Equal variances not assumed	,05263	-,16321	,05794
socialização média da importância referida no passo 2	Equal variances assumed	,28015	-,77870	,35765
	Equal variances not assumed	,28015	-,77889	,35784
socialização grau de desempenho na avaliação	Equal variances assumed	,59625	-1,07303	1,34788
	Equal variances not assumed	,59925	-1,08152	1,35637
socialização grau de satisfação na avaliação	Equal variances assumed	,44315	-,30900	1,49029
	Equal variances not assumed	,44557	-,31594	1,49723
socialização grau de desempenho na reavaliação	Equal variances assumed	,68398	2,67501	5,45502
	Equal variances not assumed	,70809	2,59965	5,53038
socialização grau de satisfação na reavaliação	Equal variances assumed	,51672	4,80439	6,90459
	Equal variances not assumed	,54468	4,70637	7,00260