

ROSA MARIA DANTAS COSTA

**“Espondilite Anquilosante: o exercício físico como  
reabilitação e promotor da qualidade de vida”**

**Ponte de Lima, 2006**



ROSA MARIA DANTAS COSTA

**“Espondilite Anquilosante: o exercício físico como  
reabilitação e promotor da qualidade de vida”**

**Ponte de Lima, 2006**

ROSA MARIA DANTAS COSTA

**“Espondilite Anquilosante: o exercício físico como reabilitação  
e promotor da qualidade de vida”**

Monografia orientada por: Prof. Doutora Dolores Monteagudo

---

(a orientadora)

Para os devidos efeitos, atesta-se a originalidade do trabalho de investigação

---

(a discente)

“Monografia apresentada à Universidade Fernando  
Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau  
de licenciada em Motricidade Humana”

## SUMÁRIO

O objectivo principal deste estudo foi verificar a relação entre a prática do exercício físico e a qualidade de vida nos doentes com Espondilite Anquilosante.

Participaram neste estudo 19 pacientes com espondilite anquilosante, 10 do género feminino e 9 do género masculino, com média de idades de 46,58 anos. Os primeiros sintomas ocorreram em média aos 27,53 anos; o tempo decorrido até ser estabelecido o diagnóstico foi de 6,88 anos e os pacientes apresentavam, em média, 10,83 anos de evolução da doença. Relativamente à prática de exercício físico, comprovou-se que 10 indivíduos praticavam regularmente e os restantes 9 não efectuavam qualquer tipo de exercício físico.

Para o tratamento de dados recorreu-se ao programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 12.0. Em termos de técnicas estatísticas, foram utilizadas a estatística descritiva e a inferencial.

Observou-se que existem diferenças na percepção do estado de saúde em relação à prática de exercício físico. A idade actual, idade do diagnóstico e o tempo de estabelecimento do diagnóstico influenciam positiva e negativamente na qualidade de vida, em relação com a saúde.

**Palavras-chave:** Espondilite Anquilosante, exercício físico, qualidade de vida.

## **ABSTRACT**

The main goal of this study was to verify if the practice of physical exercise is related to the quality of life in patients with Ankylosing Spondylitis.

It involved 19 patients with Ankylosing Spondylitis, 10 females and 9 males, whose average age was 46,58 years old. The first symptoms occurred, in average, at the age of 27,53; the lapse of time between the disease appearance and the diagnosis was of 6,88 years and the patients presented, in average, 10,83 years of evolution. Concerning physical exercise, the study proved that 10 patients practised it regularly, while the other 9 didn't practise any type of physical exercise.

For the data treatment, it was used the statistical program SPSS (Statistical Package for Social Sciences), version 12.0. The statistical techniques used were the descriptive and deductive ones.

It was possible to conclude that there are different perceptions regarding the relation between health and physical exercise.

**Key-words:** Ankylosing Spondylitis, physical exercise, quality of life.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico todo este trabalho a  
uma pessoa que,  
(certamente) me ajudou nos  
momentos mais difíceis da  
vida (inclusive a  
académica).

Ao meu irmão António  
(em memória)

## **AGRADECIMENTOS**

- Aos meus pais Avelino e Angelina, irmãos Manuel, Amélia, Maria, Vítor e João, aos cunhados José e Pedro e aos meus sobrinhos Vítor António, José António e José Miguel;
  
- À Prof. Doutora Dolores Monteagudo, pela orientação e ajuda durante a realização de toda a monografia;
  
- Ao Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira, pela disponibilidade;
  
- À professora Fernanda Faria, presidente do Núcleo Regional de Ponte de Lima da Associação Nacional de Espondilite Anquilosante (ANEA), pela oportunidade, possibilidade de realização deste estudo e pelo apoio que me proporcionou no decorrer do mesmo;
  
- Aos pacientes com Espondilite Anquilosante inscritos no Núcleo Regional de Ponte de Lima pela disponibilidade em participar no estudo;
  
- À D. Rosa, Sr. Carlos e D. Fátima, pelos momentos agradáveis que me proporcionaram durante os 5 anos de curso;
  
- À D. Cidália, D. Nina, D. Manuela, assim como ao Dr. Adalberto, D. Rosa, D. Amélia, D. Conceição e Sr. Valdemar, pela tolerância e disponibilidade sempre que foi preciso;
  
- A todos os professores que no decorrer de 1825 dias (aproximadamente) me ensinaram, ajudaram e transmitiram conhecimentos para me tornar uma profissional num futuro próximo;
  
- À Elisa, pela paciência e amizade;
  
- Aos que me incluem no seu grupo de amigos: a todos o meu MUITO OBRIGADA!!!!

“ A Ciência da Motricidade Humana é, antes de tudo, movimento intencional e quem se movimenta, mais do que pensar, vive! Qualquer um dos aspectos da Motricidade Humana é uma forma de vida”.

(Sérgio, 2005, p. 281)

# ÍNDICE GERAL

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>I - FASE CONCEPTUAL</b> .....	2
1. DELIMITAÇÃO DO TEMA .....	3
2. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA .....	3
3. REVISÃO DA LITERATURA .....	4
3.1 - ESPONDILITE ANQUILOSANTE	
3.1.1 - Etimologia e História .....	4
3.1.2 - Definição .....	5
3.1.3 - Etiologia .....	6
3.1.4 - Epidemiologia .....	7
3.1.5 - Fisiopatologia e Anatomia Patológica .....	7
3.1.6 - Quadro clínico .....	8
3.1.7 - Diagnóstico .....	13
3.1.8 - Evolução da doença .....	20
3.1.9 - Tratamento .....	22
3.1.9.1 - Tratamento médico (farmacológico e cirúrgico) .....	23
3.1.9.2 - Tratamento físico (fisioterapia) .....	24
3.2 - O EXERCÍCIO FÍSICO COMO REABILITAÇÃO E PROMOTOR DA QUALIDADE DE VIDA	
3.2.1 - O exercício e a terapêutica física .....	25
3.2.2 - A qualidade de vida em relação com a saúde .....	26
3.2.3 - A importância da Motricidade Humana para a qualidade de vida dos doentes com Espondilite Anquilosante .....	29
4. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO .....	32
5. OBJECTIVOS .....	33
6. HIPÓTESES .....	34

<b>II – FASE METODOLÓGICA</b> .....	36
1. DESENHO DE ESTUDO .....	36
1.1 - Meio .....	36
1.2 - População alvo e amostra .....	36
1.3 - Tipo de estudo .....	37
1.4 - Variáveis .....	37
1.5 - Método e instrumento de colheita de dados .....	38
1.6 - Considerações éticas .....	40
1.7 - Procedimentos .....	40
<b>III. FASE EMPÍRICA</b> .....	42
1 - ANÁLISE DESCRITIVA .....	42
1.1 - Caracterização da amostra .....	42
1.2 - Resultados do SF36v2 .....	48
2 - ANÁLISE DOS DADOS / TESTE DE HIPÓTESES .....	49
3 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	54
<b>CONCLUSÃO</b> .....	60
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	62

#### **ANEXOS**

Anexo I – Plano de exercício para os doentes com Espondilite Anquilosante realizar em casa;

Anexo II – Instrumento colheita de dados;

Anexo III – Carta do pedido de autorização do instrumento SF36v2;

Anexo IV – Autorização do autor do instrumento SF36v2;

Anexo V – Carta de explicação do estudo e consentimento informado;

Anexo VI – Resultado dos testes para verificar a normalidade da amostra;

Anexo VII – Resultados do teste Mann-Whitney;

Anexo VIII – Resultados das correlações R de Pearson.

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Representação da coluna vertebral normal e patológica .....	8
Figura 2: Imagem radiológica de sacroileíte .....	17
Figura 3: Esclerose dos ângulos vertebrais .....	18
Figura 4: Vértebras quadradas .....	18
Figura 5: Sindesmófitos .....	18
Figura 6: Coluna em cana de bambu .....	18
Figura 7: Coluna em carril eléctrico .....	19
Figura 8: Esporões do calcâneo .....	20
Figura 9: Postura do paciente com Espondilite Anquilosnte .....	21

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Critérios de Nova Iorque modificados de Espondilite Anquilosante .....	14
Tabela 2: Critérios de Bernard Amor para as Espondiloartropatias .....	14
Tabela 3: Distribuição da amostra segundo o género .....	42
Tabela 4: Distribuição das médias, mínimo e máximo relativos à idade, idade dos primeiros sintomas, idade do diagnóstico, tempo até ao diagnóstico e duração da doença ....	43
Tabela 5: Distribuição da amostra segundo a profissão .....	43
Tabela 6: Distribuição da amostra segundo o estado civil .....	44
Tabela 7: Distribuição da amostra segundo realiza ou não reabilitação .....	44
Tabela 8: Distribuição da amostra segundo a frequência da reabilitação .....	44
Tabela 9: Distribuição da amostra segundo a finalidade da reabilitação .....	45
Tabela 10: Distribuição da amostra de acordo com o tipo de reabilitação .....	45
Tabela 11: Distribuição da amostra relativa à prática de exercício físico .....	45
Tabela 12: Distribuição da amostra por tempo desde que pratica exercício físico .....	46
Tabela 13: Distribuição da amostra segundo a modalidade praticada .....	46
Tabela 14: Distribuição da amostra relativa à frequência semanal.....	47
Tabela 15: Distribuição da amostra de acordo com a hora do dia em que pratica exercício físico .....	47
Tabela 16: Estatística descritiva das dimensões do SF36 .....	48
Tabela 17: Comparação das médias das componentes da qualidade de vida por género .....	50
Tabela 18: Teste de correlação de R de Pearson entre idade e as componentes FF e DC .....	50
Tabela 19: Teste de correlação de R de Pearson entre idade e as componentes FF, DF, FS, DC e VT .....	51

Tabela 20: Teste de correlação de R de Pearson entre idade do diagnóstico e as componentes FF, DF, DC e VT .....	52
Tabela 21: Comparação das médias das componentes da qualidade de vida relativas à prática de exercício físico .....	53

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição da amostra segundo o gênero .....	42
Gráfico 2: Distribuição da amostra segundo o estado civil .....	44
Gráfico 3: Distribuição da amostra segundo realiza ou não reabilitação .....	44
Gráfico 4: Distribuição segundo a frequência da reabilitação .....	44
Gráfico 5: Distribuição da amostra segundo a finalidade da reabilitação .....	45
Gráfico 6: Distribuição da amostra de acordo com o tipo de reabilitação .....	45
Gráfico 7: Distribuição da amostra relativa à prática de exercício físico .....	45
Gráfico 8: Distribuição da amostra por tempo desde que pratica exercício físico .....	46
Gráfico 9: Distribuição da amostra segundo a modalidade praticada .....	46
Gráfico 10: Distribuição da amostra relativa à frequência semanal .....	47
Gráfico 11: Distribuição da amostra segundo o motivo da prática de exercício físico .....	47

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

EA – Espondilite Anquilosante;

EAP – Espondiloartropatias;

AINE – Anti Inflamatório Não Esteróide;

CMH – Complexo Major da Histocompatibilidade;

DIV – Discos Inter Vertebrais;

DMO – Densidade Mineral Óssea;

IAP – Inter Apofisárias Posteriores;

UAA – Uveíte Aguda Anterior.

## **INTRODUÇÃO**

Qualquer profissão que pretenda melhorar o desempenho de seus membros e incrementar a sua autoridade deve procurar desenvolver um conjunto pertinente de conhecimentos. É preciso investigação, uma vez que esta permite a busca sistemática de conhecimentos e a validação destes, sobre temas de importância para o exercício profissional.

A presente monografia reflecte o culminar de 5 anos de aquisição e assimilação de conhecimentos, um enriquecimento como ser humano e constitui um pré-requisito para a obtenção do grau de licenciada em Motricidade Humana.

O objectivo principal deste trabalho centra-se em verificar como é que a prática de exercício físico influencia a qualidade de vida dos doentes com Espondilite Anquilosante. É uma doença com elevada incidência, prevalência e com muitas repercussões físicas, psíquicas e sociais, assim como importantes repercussões a nível laboral e nas actividades da vida diária.

Para alcançar objectivos, optou-se por estudo descritivo-correlacional, uma vez que se pretendeu fazer uma caracterização dos pacientes quer ao nível da qualidade de vida quer da prática de exercício físico, e, finalmente, verificar as associações entre as variáveis e analisar a relação entre a prática de exercício físico e o estado de saúde.

O instrumento de colheita de dados encontra-se dividido em duas partes. A primeira, elaborada pela investigadora com o objectivo de colher informações acerca do nível sócio-demográfico, quanto à realização de reabilitação e relativamente à prática de exercício físico. A segunda parte, constituída pelo SF-36, instrumento genérico para avaliar a qualidade de vida.

A pesquisa bibliográfica efectuou-se nas bibliotecas da Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Medicina do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Minho, CESPU e Escola Superior de Enfermagem de Viana do Castelo. Também se efectuou uma pesquisa on-line, fundamentalmente no site <http://www.spondylitis.org/>, e foram consultadas as bases de dados científicas (medline, pubmed).

Este trabalho de investigação encontra-se organizado em três fases. A primeira fase, o enquadramento teórico, engloba uma descrição da espondilite anquilosante, do exercício físico enquanto modalidade terapêutica, da qualidade de vida e da intervenção dos motricistas nesta patologia. Numa segunda fase, realiza-se o enquadramento metodológico, onde se abordam todos os procedimentos metodológicos utilizados para a realização da investigação. A terceira fase apresenta os resultados obtidos e sua discussão.

Com a realização desta monografia verificou-se que a prática de exercício contribui de forma positiva e significativa para a melhoria da qualidade de vida dos doentes e que funciona, decididamente, como uma modalidade terapêutica, com repercussões ao nível da qualidade de vida.

A investigação científica é uma aprendizagem que se faz, após anos e anos de aturado esforço e dedicação. Nunca é tarde para começar, mas quanto mais cedo decidirmos investir o nosso esforço intelectual nos procedimentos da investigação científica mais este nosso esforço se rentabilizará e melhores serão os frutos a recolher no futuro.

## **I – FASE CONCEPTUAL**

A fase conceptual caracteriza-se por um processo de documentação de ideias sobre determinado assunto e inicia-se com uma ideia, que orienta todo o trabalho de investigação (Pilot e Hungler, 2000, p. 40).

No decorrer desta fase procura-se fazer um enquadramento relativamente ao tema e ao problema. Apresenta-se uma revisão bibliográfica da temática, bem como as questões, os objectivos e as hipóteses da investigação.

### **1. DELIMITAÇÃO DO TEMA**

O tema refere-se ao assunto sobre o qual versará o trabalho e, segundo Cervo e Bervian (2002, p.81), representa um assunto que necessita de melhores definições, melhor precisão e clareza do que já existe.

A Espondilite Anquilosante é uma doença reumatológica, com um quadro evolutivo bastante marcado e com um comprometimento axial progressivo com consequências nefastas para o doente. No entanto, a bibliografia refere que a prática de exercício físico, de forma correcta e regular, é de importância vital para poder dispor de bons resultados a longo prazo, uma vez que estes ajudam a melhorar a postura corporal, a amplitude dos movimentos torácicos, a mobilidade da coluna vertebral, a qualidade de vida e o estado de saúde, assim como previnem ou adiam e minimizam as deformidades inerentes à Espondilite Anquilosante (EA).

Após uma revisão bibliográfica específica, decidiu-se elaborar um estudo com o tema: “Espondilite Anquilosante: o exercício físico como reabilitação e promotor da qualidade de vida”.

### **2. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA**

Ulteriormente à delimitação do tema, urge identificar o problema que se pretende estudar. A formulação de um problema de investigação, de acordo com Cervo e Bervian (2002, p. 84),

consiste em desenvolver uma ideia através de uma progressão lógica de opiniões, de argumentos e de factos relativos ao estudo que se deseja empreender.

Pretendeu-se com esta investigação, verificar se estes doentes praticam exercício físico e com que finalidade o fazem, identificar quais os benefícios que os praticantes adquirem aquando da prática da exercício físico, assim como conhecer que repercussões têm ao nível da qualidade de vida em relação com a saúde.

### **3. REVISÃO DA LITERATURA**

Severino (2003, p. 162) afirma que o quadro teórico constitui o universo de princípios, categorias e conceitos, formando sistematicamente um conjunto logicamente coerente, dentro do qual o trabalho do pesquisador se fundamenta e se desenvolve.

Ao longo deste trabalho de investigação, aborda-se a espondilite anquilosante, o exercício físico como modalidade terapêutica, a qualidade de vida em relação com a saúde, nos pacientes com EA em particular, e a forma como os técnicos de Motricidade Humana podem intervir de maneira a melhorar a qualidade de vida destes pacientes.

#### **3.1 - ESPONDILITE ANQUILOSANTE**

##### **3.1.1 - Etimologia e História**

O termo Espondilite Anquilosante (EA), segundo Mediavilla e Ferreira (1998, p. 33) deriva das raízes gregas Spondylos e Ankylos que significam vértebra e rigidez articular respectivamente.

A EA atingiu, desde tempos antigos, indivíduos de diferentes populações. Uma das suas vítimas foi o faraó do Egipto Ramsens III. Contudo, a primeira descrição precisa demorou e é atribuída ao irlandês Bernard Conner (1666-1698). Quando este médico estava a fazer a sua formação em França, alguns lavradores apresentaram-lhe um estranho esqueleto que tinham achado num cemitério. Conner descreveu que nesse esqueleto os ossos estavam tão

intimamente unidos, com os ligamentos perfeitamente ossificados e as articulações tão obliteradas, que o conjunto do esqueleto se tinha transformado numa só peça com continuidade óssea (Rocha, 2002, p. 11).

As primeiras descrições clínicas da doença datam do final do séc. XIX e o interesse médico acerca da EA foi muito estimulado por uma série de artigos de Vladimir Von Bechterew (1857-1927) em São Petesburgo, Rússia, nos anos noventa. A partir de então, outras descrições médicas da EA foram publicadas por Adolfo Strumpell (1853-1926) e por Pierre Marie (1853-1940).

Ao longo dos anos, também a terminologia evoluiu, uma vez que a EA foi inicialmente designada por doença de Bechterew, depois por doença de Strumpell-Marie-Bechterew, posteriormente por espondilite de Marie-Strumpell, espondilite anquilopoiética e, actualmente, por espondilite anquilosante (Rocha, 2002, p. 11).

### **3.1.2 - Definição**

A EA é segundo Queiroz (2002, p. 230), uma doença reumática inflamatória crónica, com marcada tendência para a anquilose articular, comprometendo, fundamentalmente, as articulações sacroilíacas e as articulações da coluna vertebral.

Representa o protótipo das Espondiloartropatias (EAP). As EAP são um grupo heterogéneo de doenças inflamatórias sistémicas, partilhando um conjunto de características clínicas radiológicas e genéticas comuns. São caracterizadas pela existência de um envolvimento inflamatório axial e artrite periférica, ausência de factor reumatóide no soro, aumento da frequência HLA B27, possibilidade de ocorrência de síndromes de sobreposição, existência de agregação familiar e associação mútua entre os doentes e famílias (Silva, 2004, p. 24.3).

Dequeker e Vlam (2006, p. 16) afirmam que: “ (...) o grupo de doenças que constituem as espondiloartropatias inclui a espondilite anquilosante, a artrite reactiva (síndrome Reiter), a artrite psoriática, as espondiloartropatias juvenis (um subgrupo de artrite crónica juvenil) e as artrites associadas com as doenças inflamatória intestinal.”

### 3.1.3 - Etiologia

A EA é, de acordo com Rocha (2002, p. 11), uma doença sistémica de origem imunogenética dependente de um contexto multifactorial, isto é, resulta de factores exógenos (ambientais) e factores endógenos (genéticos). Os primeiros, segundo Dequeker e Vlam (2006, p. 16), resultam de processos infecciosos e os segundos são atribuídos a uma predisposição genética (presença do Antígeno Leucocitário Humano - HLA B27).

No entanto, Dziedzic (2000, p. 120) afirma que o HLA B 27 e a EA apresentam a associação mais forte entre todos os processos reumatológicos. O complexo major da histocompatibilidade (CMH) encontra-se no cromossoma 6 e compreende 3 classes de genes: Classe I, II e III. Os genes CMH classe I são os HLA A, B e C e aparecem em todas as células nucleadas.

Albert e Scholz (*cit. in* Dziedzic, 2000, p. 120), referem que de todos os pacientes com EA, 95% apresentam o B27, em comparação com 10 % da população saudável.

Rocha (2002, p. 25) aborda a EA através da interrelação entre as fisiopatogénias inflamatória e vectorial. No plano da primeira, a EA decorre do activar de um padrão de susceptibilidade imunogenética, de que a molécula B27 é o/um dos marcadores, e para o arranque da doença será imprescindível o contacto com um agente externo ao organismo, provavelmente a infecção por determinados agentes microbianos a nível do intestino ou do trajecto urogenital.

Estudos realizados estabelecem que o papel de alguns microrganismos seja discutido em relação à etiopatogenia da EA, em particular da *Klebsiella Pneumoniae*, tendo sido demonstrado um nível sérico de anticorpos anti-Klebsiella mais elevado nos doentes com EA, em relação com outras artropatias inflamatórias. Tendo em consideração que a patologia também se manifesta em pessoas HLA B27 negativas é evidente que têm de intervir outros factores externos (Queiroz, 2002, p. 231).

### 3.1.4 - Epidemiologia

A prevalência da EA reflecte a prevalência dos contextos imunogenéticos das diferentes populações e, particularmente, dos diversos subtipos da macromolécula B27 do sistema antigénio de histocompatibilidade. Entre a população residente em Portugal haverá cerca de três pessoas que sofrem de EA por cada mil (0,2 a 0,3 %), isto é, em Portugal haverá vinte a trinta mil casos (Rocha, 2002, p. 52).

Quanto à incidência, em termos de género, Queiroz (2002, p. 230) afirma que é mais frequente no sexo masculino do que no sexo feminino, em proporções que variam de autor para autor e que oscilam entre 4/1 e 9/1. Timms et al. (2006, p. 23) referem que a doença é mais severa no homem do que na mulher, em termos da perda de mobilidade e dos aspectos radiológicos da coluna. Contudo, na mulher, verifica-se uma maior severidade a nível sintomático.

É uma doença com distribuição mundial, não respeitando climas nem raças, embora alguns grupos étnicos sejam fortemente atingidos pela doença, como os Haida, uma tribo de índios do Canadá, com uma frequência de EA da ordem dos 4% (Queiroz, 2002, p. 230).

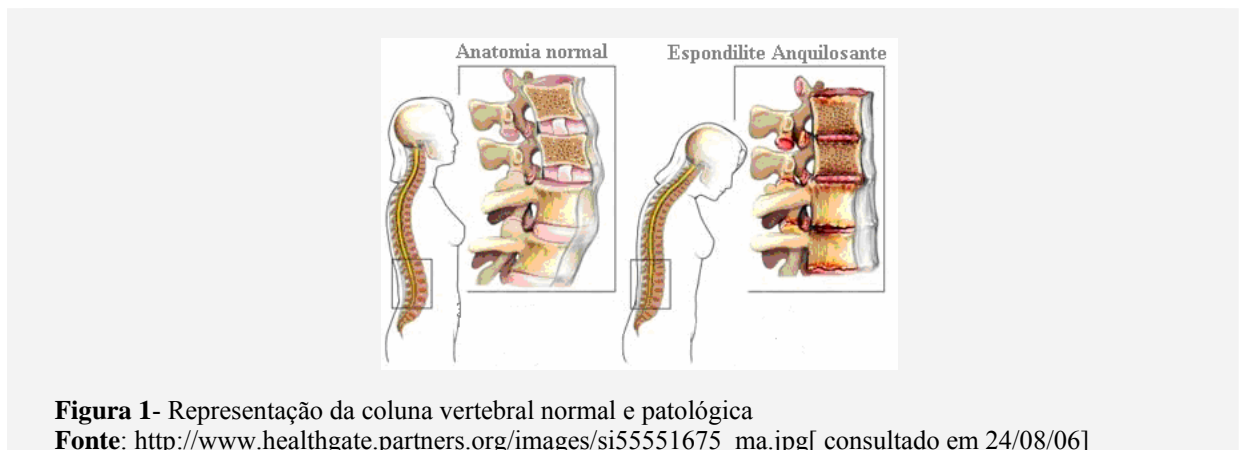
A EA, conforme Rocha (2002, p. 52), aparece entre os 15 e os 35 anos, sendo o aparecimento juvenil sinal de provável maior agressividade evolutiva. Van der Horst-Bruinsma (2006, p.47) afirma que o surgimento depois dos 45 anos de idade é pouco frequente e só aproximadamente 6% é diagnosticada após esta idade.

### 3.1.5 – Fisiopatologia e anatomia patológica

Segundo Mediavilla e Ferreira (1998, p. 34), a EA tem subjacente um processo inflamatório crónico (figura 1) no qual estão incluídos três processos primários e independentes:

“ A **Entesopatia** é a lesão mais característica da doença e consiste na inflamação da zona de união de um ligamento ou tendão ao osso, o que provoca a nível da cortical óssea um defeito, uma erosão, seguindo-se uma proliferação reactiva fibroblástica e posterior ossificação. A nível periférico este processo é mais frequente na inserção da fascia plantar e do tendão de Aquiles ao nível do calcâneo; ao

nível axial a ossificação das fibras mais externas do anel fibroso do disco intervertebral será a responsável pela formação de sindesmófitos. A **Sinovite crônica**, é o segundo processo e é responsável pelas lesões nas articulações periféricas. O terceiro processo consiste na **Condrite** e caracteriza-se por inflamação da cartilagem articular, com necrose fibrinóide das fibras de colagénio, em zonas perto da superfície; a evolução pode ter lugar em dois sentidos: a) união de massas fibrinóides e intercâmbio de fibras entre as duas superfícies cartilagueas de uma articulação, a qual conduz a uma sincondrose e, posterior sinostose (anquilose), muito característica da EA a nível axial, sobretudo nas articulações de menor mobilidade, como por exemplo as sacroilíacas; b) destruição da cartilagem, com produção de artrite ou artrose secundárias”.



**Figura 1-** Representação da coluna vertebral normal e patológica

**Fonte:** [http://www.healthgate.partners.org/images/si55551675\\_ma.jpg](http://www.healthgate.partners.org/images/si55551675_ma.jpg) [consultado em 24/08/06]

### 3.1.6 - Quadro clínico

A EA, enquanto protótipo clássico de reumatismo inflamatório com predomínio axial, manifesta-se clinicamente, segundo Mediavilla e Ferreira (1998, p. 35), através de quadros que, embora variáveis, apresentam características unificadoras, baseadas no combinar, em graus diversos de sintomatologia proveniente de um síndrome pélvico, do envolvimento articular periférico, de dores causadas pelas entesopatias e de manifestações extra-articulares.

#### 3.1.6.1 - Síndrome lombar (ou raquidiano)

Mediavilla e Ferreira (1998, p. 35) afirmam que o síndrome raquidiano traduz o envolvimento inflamatório axial (coluna). O doente com EA apresenta queixas de dor crônica de tipo inflamatório na região lombar, mais caracteristicamente na região de transição dorso-lombar (manifestação inicial em cerca de 50% dos casos).

A dor de tipo inflamatório é mais intensa de madrugada (agrava-se com o repouso noturno), melhorando com o movimento e ao levantar da cama, e acompanha-se de rigidez, quer matinal, quer com a imobilização, que melhora com o exercício.

Além das lombalgias (queixa mais frequente), podem existir dorsalgias (ou dorsolombalgias) e cervicalgias, com aspectos sobreponíveis, mas que raramente são manifestações iniciais da doença.

### **3.1.6.2 - Síndrome glúteo (ou pélvico)**

O síndrome pélvico traduz, para Mediavilla e Ferreira (1998, p.36), o envolvimento inflamatório das articulações sacroilíacas (sacroileíte). Manifesta-se por dores glúteas de ritmo inflamatório; pode ser muito atípica na sua apresentação, descrevendo-se a possibilidade de surgir uma irradiação pseudorradicular (pela face posterior da coxa, mas nunca abaixo do joelho - pseudociática), com frequência bilateral, podendo surgir alternadamente à direita e à esquerda (ciática basculante). Este tipo de dor pode levar a um erro diagnóstico com uma cialgia por conflito disco-radicular, mas a ausência de parestesias ou de outras alterações neurológicas serve como importante elemento de distinção. Esta sintomatologia pode ser muito incapacitante, dificultando o apoio monopodal ou motivando uma claudicação da marcha. Muitas vezes, o envolvimento das sacroilíacas é assintomático, podendo ser apenas uma descoberta radiológica.

### **3.1.6.3 - Envolvimento articular periférico**

A par do envolvimento axial, a EA apresenta, em cerca de 20% a 1/3 dos doentes, um envolvimento articular periférico, o qual, quando forma de início (o que acontece em cerca de 20% dos casos), apresenta grande dificuldade no diagnóstico diferencial. Pode consistir em surtos de hidrartrose recidivante, envolvendo sobretudo os joelhos, surtos poliarticulares febris ou, mais frequentemente, artrites (Mediavilla e Ferreira, 1998, p. 37).

#### **3.1.6.4 - Entesopatias**

Na EA, a inflamação tem tendência para iniciar-se nos lugares onde as cápsulas articulares, os ligamentos e os tendões se fixam no tecido ósseo, originado nessas topografias dor espontânea e à pressão (Silva, 2005, p. 171).

Van der Horst-Bruinsma (2006, p. 52) refere que muitos locais podem estar envolvidos por entesites, como junções costoesternais, processos espinhosos, cristas ilíacas, trocanter maior, tuberosidades isquiáticas, tubérculos tibiais ou inserções tendinosas, assim como tendão de Aquiles. A sínfise púbica, a articulação manúbrioesternal e os discos intervertebrais são referidos por Dziedzic (2000, p. 124) como locais também susceptíveis de entesites.

#### **3.1.6.5 - Envolvimento torácico**

A dor torácica é um sintoma muito característico da EA, podendo ser o inicial e surge como consequência de um processo inflamatório articular (das articulações condro-esternais, manúbrio-esternais ou esterno-costoclaviculares) ou periarticulares (entesopatias).

Van der Horst-Bruinsma (2006, p. 56) afirma que esta dor pode agravar com a respiração profunda e com o tossir e é causada pela inflamação das articulações costovertebrais. O envolvimento da coluna torácica pode também causar dor na região anterior do tórax, com uma diminuição da respiração, causada por uma limitada expansibilidade respiratória com o progredir da doença, o que origina uma diminuição da capacidade vital e posteriores complicações ao nível respiratório.

#### **3.1.6.6 - Manifestações extra-articulares**

As manifestações extra-articulares podem surgir em qualquer altura da doença, podendo até preceder o aparecimento de manifestações reumatológicas.

#### **3.1.6.6.1 - Sintomas gerais**

Os sintomas gerais, habitualmente, não são muito marcados, mas a fadiga é comum e é particularmente causada por um distúrbio do sono devido à dor e rigidez. Outras manifestações constitucionais incluem febre, calor, agitação e perda de peso (Van der Horst-Bruinsma, 2006, p. 56).

#### **3.1.6.6.2 - Manifestação ocular**

A uveíte anterior aguda (UAA) ocorre em 25-30% dos pacientes e pode ser o primeiro sintoma da doença. Caracteriza-se por aparecimento unilateral e súbito de dor ocular com hiperémia, lacrimejo, fotofobia e visão turva, de intensidades muito variáveis (Van der Horst-Bruinsma, 2006, p. 53).

#### **3.1.6.6.3 - Manifestações Cardíacas**

A prevalência das alterações cardíacas está calculada entre 3,5-10%, correlacionando-se com o tempo de evolução da doença e com a existência de artrite periférica. Os problemas mais frequentes são, de acordo com Afonso (1999, p. 13), a insuficiência valvular aórtica, devido a aortites da aorta ascendente, e anormalidades de condução por envolvimento do nódulo atrioventricular. Os distúrbios da condução devem-se a inflamação e fibroses da porção membranosa do septum interventricular que, desse modo, afectam o nódulo atrioventricular (Van der Horst-Bruinsma, 2006, p. 53).

Em pacientes com EA, 1 a 33% possuem distúrbios condutores e 1 a 10% insuficiência aórtica, que aumentam com a idade, duração da doença e presença de artrites periféricas.

#### **3.1.6.6.4 - Manifestações pulmonares**

As complicações pulmonares são, tal como relata Van der Horst-Bruinsma (2006, p. 53), raras e podem surgir tardiamente. São devidas à progressiva anquilose vertebral e fusão das articulações torácicas, com correspondentes defeitos de ventilação, resultando, de acordo com estudos realizados, em fibrose apical pulmonar bilateral, em 7% dos doentes observados.

### **3.1.6.6.5 - Manifestações Neurológicas**

Na EA, existe uma osteoporose multifactorial, em grande parte secundária à imobilidade da coluna, levando a uma maior incidência de fracturas, facilitadas pela rigidez dos segmentos anquilosados. Van der Horst-Bruinsma (2006, p. 53) refere que a coluna cervical é o local onde mais se verificam fracturas, que podem resultar em défices neurológicos após microtraumatismos.

O síndrome da cauda equina pode também ocorrer tardiamente no decurso da doença e os sintomas são perda da sensibilidade dos dermatómos lombares e sacrados, fraqueza e dor nas pernas e incontinência dos esfíncteres urinários e rectais (Van der Horst-Bruinsma, 2006, p. 53).

### **3.1.6.6.6 - Manifestação Renal**

A incidência de anormalidades renais varia entre 10% e 18%. Os doentes com EA são mais susceptíveis a uretrites, infecções urinárias e prostatite, em relação à restante população (Van der Horst-Bruinsma, 2006, p. 53).

### **3.1.6.6.7 - Manifestação Gastrointestinal**

Investigações levadas a cabo nesta área demonstraram que doentes com EA têm revelado a presença de doença inflamatória intestinal crónica (colite ulcerosa e doença de Crohn), num número importante de casos, muitos dos quais sem sintomas ou com sintomas mínimos. No entanto, em estudos longitudinais realizados, 25% dos pacientes com EA, com artrites periféricas e inflamação crónica intestinal, normalmente desenvolvem doença de Crohn (Van der Horst-Bruinsma, 2006, p. 53).

### **3.1.6.6.8 - Osteoporose**

De acordo com Maillfert e Roux (2006, p. 99), nos recentes anos, estudos têm demonstrado que a densidade mineral óssea (DMO) nestes doentes têm diminuído e que a incidência de osteoporose tem aumentado comparado com a população em geral.

Mediavilla e Ferreira (1998, p. 44) sustentam a ideia de que a osteoporose na EA é multifactorial, isto é, surge em resultado da imobilização, da inflamação generalizada, de má absorção intestinal de cálcio, de tubulopatias renais e secundária à corticoterapia, factores que contribuem para a diminuição DMO, aumentando a susceptibilidade a fracturas.

### **3.1.7 - Diagnóstico**

A EA, até há poucos anos, era caracterizada por uma imagem aterrorizadora, por não estarem bem definidos e aferidos parâmetros adequados de critério diagnóstico, do que resultava que os casos menos graves ficavam por diagnosticar e os de evolução grave só eram identificáveis depois de perdidas as oportunidades de boa defesa. O diagnóstico era feito com atrasos que podiam atingir décadas, conforme o local e o país, e, na realidade, o que era diagnosticado não era a doença mas as consequências de ela ter sido deixada em evolução espontânea. Era feito o diagnóstico retroactivo de uma doença pelas consequências, que poderiam ter sido evitadas (Rocha, 2002, p.75).

Em 1961, em Roma, foram propostos pela primeira vez os critérios de diagnóstico e, posteriormente, em Nova Iorque, em 1996, foram modificados.

Para o estabelecimento do diagnóstico, é importante uma história clínica exaustiva, a realização de exploração física, exames laboratoriais e radiológicos e, posteriormente o médico compara os dados com os critérios estabelecidos (Tabela 1) para confirmar EA.

1. Lombalgia baixa com a duração mínima de 3 meses que alivia com exercício e que não melhora com o repouso;
2. Limitação da mobilidade da região lombar da coluna vertebral tanto no plano sagital como no plano frontal;
3. Diminuição da mobilidade respiratória da parede do tórax, relativamente aos valores normais para o mesmo sexo e idade;
4. Presença de sacroileíte bilateral de grau 2 a 4 ou de sacroileíte unilateral de grau 3 ou 4.
Há EA se, estão presentes os critérios 4 e um dos restantes.

**Tabela 1** – Critérios de Nova Iorque modificados de Espondilite Anquilosante.

**Fonte:** Adaptado de Rocha (2000, p.75).

Os critérios de Nova Iorque para a EA são úteis como instrumentos de confirmação de diagnóstico, todavia, e porque implicam a existência de alterações lesionais demonstráveis radiologicamente, a sua utilização é indevida quando se pretende fazer o diagnóstico em fase precoce. Assim sendo, Rocha (2002, p. 37) nomeia os critérios de Bernard Amor para as Espondiloartropatias (Tabela 2) como importantes, uma vez que permitem significativas antecipações na prescrição do tratamento condicionante da evolução com impedimento ou atraso e limitação de consequências.

1. Dorsalgias ou lombalgias nocturnas e/ou rigidez matinal;	1
2. Oligoartrite assimétrica;	2
3. Dores glúteas mal localizadas ou mudando de lado;	1
4. Dedo em salsicha (na mão ou no pé);	2
5. Entesopatia calcaneana (talalgia) ou outra;	2
6. Uveíte anterior aguda;	2
7. Artrite precedida menos de um mês antes, de uretrite ou cervicite não gonocócicas;	2
8. Artrite precedida, menos de um mês antes, de diarreia;	2
9. Manifestações ou antecedentes de Psoríase e/ balanite e/ ou Enterocolopatia crónica;	2
10. Sinais radiográficos de sacroileíte bilateral em estágio 2 ou sacroileíte unilateral em estágio 3;	3
11. Positividade HLA B27 e/ou antecedentes familiares de Espondilite Anquilosante, síndrome de Reiter, Psoríase, Uveíte ou doença inflamatória crónica do intestino;	2
12. Boa resposta aos AINEs, com retorno dos sintomas, quando são suspensos, ao fim de 48/48 horas;	2
Estaremos na presença de uma espondiloartropatia sempre que a soma da coluna da direita atingir ou ultrapassar o valor 6.	

**Tabela 2** – Critérios de Bernard Amor para as Espondiloartropatias

**Fonte:** Adaptado de Rocha (2002, p. 35).

### 3.1.7.1 - Exame físico

O exame físico, para Mediavilla e Ferreira (1998, p. 35), deve ser realizado pelo médico, preferencialmente um reumatologista, e consiste numa avaliação ao nível sacroilíaco, da coluna lombar, torácico e cervical.

A **avaliação das sacroilíacas** realiza-se com palpação da região glútea, que provoca dor fundamentalmente no ponto sacroilíaco, e por diferentes manobras exploratórias ao nível das sacroilíacas, tais como manobra de Volkmann (afastamento em abdução das asas ilíacas com o doente em decúbito dorsal), manobra de Lewin (compressão da crista ilíaca com o doente em decúbito lateral), manobra de Laguerre (hiperextensão e ligeira abdução forçada da anca), manobra do Tripé (pressão directa sobre o sacro com o doente em decúbito ventral), manobra de Fabere (flexão máxima da anca homolateral com hiperextensão da anca contralateral), que também desencadeiam dor na região glútea.

A **nível lombar**, aquando da palpação, o doente refere dor, rigidez da coluna lombar e constitui um dos dados mais importantes da mobilização. A limitação da mobilidade pode ser pesquisada por várias provas, sendo a mais clássica a prova de Schober (mede o alongamento provocado por uma flexão forçada do tronco). A limitação da inclinação lateral da coluna é outro dos sinais da EA que deve ser avaliado, uma vez que contribui para o diagnóstico e também permite controlar a evolução da doença.

Ao **nível torácico**, o envolvimento de articulações e estruturas periarticulares torácicas provoca uma diminuição da amplitude dos movimentos torácicos, que são visíveis pela medição da expansibilidade torácica.

A **nível da cervical**, a avaliação consiste em verificar as limitações das amplitudes através de múltiplas medições (com o paciente em pé e encostado à parede), nomeadamente da distância occipital – parede e apófise espinhosa C7 – parede ou das distâncias orelha-acromioclavicular, mento-acromioclavicular ou mento-esternal.

### **3.1.7.2 - Exames laboratoriais**

Em termos laboratoriais, Spoorenberg et al. (*cit. in* Van der Horst-Bruinsma, 2006, p. 45) referem que 50-70% dos pacientes com EA apresentam um rácio de sedimentação eritrocitária, e de proteína C-Reactiva elevados.

Também são frequentes uma ligeira e moderada anemia normocítica e normocrómica, uma moderada elevação da imunoglobulina A (IgA) e, por vezes, uma elevação moderada da fosfatase alcalina (Rocha, 2002, p. 55).

A detecção do factor antigénico HLA B27 também é realizado, apesar de Van der Horst-Bruinsma (2006, p. 59) referir que este se encontra presente na maioria dos pacientes e ser inapropriado para confirmar o diagnóstico, o qual é primariamente baseado na história, exame físico e evidências radiográficas de sacroileíte. No entanto, afirma que em pacientes adolescentes, onde a confirmação de sacroileíte através de radiografia é difícil, o teste do HLA B27 pode ajudar a estabelecer o diagnóstico.

Com base nos resultados de estudos, Mediavilla e Ferreira (1998, p. 45) afirmam que um achado de HLA B27 positivo tem muito pouco valor afirmativo isoladamente e que só deve ser valorizado se a clínica e a radiologia forem concordantes. No entanto, a ausência de HLA B27 tem bastante valor contra o diagnóstico, que apenas se poderá aceitar face a um quadro clínico e radiológico indiscutíveis.

### 3.1.7.3 - Exame Radiológico

A radiologia convencional continua, segundo Afonso (1999, p. 10), a ter uma importância fulcral no diagnóstico e na vigilância evolutiva da EA.

#### 3.1.7.3.1 - Estudo pélvico

##### 3.1.7.3.1.1 - A nível sacroilíaco

A radiografia da pélvis é, segundo Van der Horst-Bruinsma (2006, p. 59), necessária para avaliar as articulações sacroilíacas, as quais podem apresentar sinais de sacroileíte, um sinal obrigatório para o diagnóstico de EA. A severidade da sacroileíte pode ser graduada de grau 0 (normal), grau I (sacroileíte suspeita, sem anomalias específicas, existindo apenas uma reabsorção subcondral), grau II (sacroileíte mínima, aspecto mal definido das margens articulares, com pseudo-alargamento da interlinha), grau III (sacroileíte moderada, com esclerose ou erosões das margens articulares, com diminuição da interlinha), até grau IV (sacroileíte severa, com anquilose completa das articulações sacroilíacas e desaparecimento da interlinha articular (figura 2).



**Figura 2** – Imagem radiológica de sacroileíte.

**Fonte:** Adaptado de Van der Horst-Bruinsna (2006, p. 48).

##### 3.1.7.3.1.2 - A nível da sínfise púbica

A sinfisite púbica, de acordo com Mediavilla e Ferreira (1998, p. 46), surge com alguma frequência nos doentes, mas só em casos excepcionais se acompanha de expressão clínica. Traduz-se radiologicamente por esclerose subcondral, erosões, irregularidade e diminuição da interlinha articular.

### 3.1.7.3.2 - Estudo vertebral

A coluna vertebral, muitas vezes, apresenta alterações radiológicas características, tais como: esclerose dos ângulos vertebrais (figura 3), resultantes da inflamação da inserção das fibras periféricas do anel fibroso do disco intervertebral (DIV), a nível da região periférica das plataformas vertebrais; vértebras quadradas (squaring) (figura 4), que, com o acentuar da mesma inflamação surgem erosões dos ângulos vertebrais anteriores com progressivo apagamento dos ângulos, e sindesmófitos (finos e simétricos) (figura 5), que resultam da evolução das lesões erosivas (Van der Horst-Bruinsma, 2006, p. 59).



**Figura 3** - Esclerose dos ângulos vertebrais



**Figura 4** - Vértebras quadradas



**Figura 5** - Sindesmófitos

**Fonte:** Adaptado de Van der Horts-Bruinsna (2006, p. 51).

Outra das características radiológicas da EA, referida por McGonagle et al. (2006, p. 75), consiste na fusão da coluna cervical, dorsal e lombar, que, com a progressão das lesões, resulta na ossificação de todos os anéis fibrosos dos DIV, lesando a totalidade dos segmentos da coluna. O aspecto dos sindesmófitos em toda a coluna, com anquilose de todos os corpos vertebrais, é designado como “coluna em cana de bambu” (figura 6).



**Figura 6** – Coluna em cana de bambu.

**Fonte:** Adaptado de Van der Horts-Bruinsna (2006, p. 52).

As ossificações paravertebrais e a anquilose das articulações interapofisárias posteriores (IAP) também são abordadas, por Mediavilla e Ferreira (1998, p. 48), como características da EA observáveis radiologicamente. A primeira caracteriza-se pela ossificação de variadas estruturas paravertebrais (cápsulas, ligamentos, inter-apofisárias), apresentando-se radiologicamente com linhas paralelas ao longo da coluna e que é descrita como coluna em carril eléctrico (figura 7). As segundas caracterizam-se pelo facto da EA envolver as IAP, em especial a nível da coluna cervical, que, com a evolução das lesões, resulta na anquilose das mesmas.



**Figura 7** – Coluna em carril eléctrico

**Fonte:** Adaptado de Van der Horts-Bruinsna (2006, p. 52).

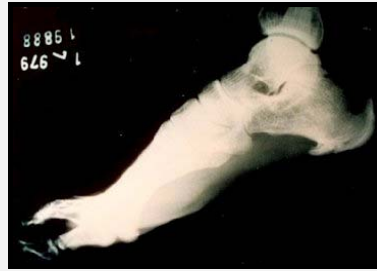
#### **3.1.7.3.3. Estudo articular periférico**

Caracteriza-se, radiologicamente, por osteoporose justa-articular, redução da interlinha articular, erosões das cartilagens, destruição (artroses secundárias) e por anquilose (Mediavilla e Ferreira, 1998, p. 49).

#### **3.1.7.3.4 - Entesopatias**

As entesopatias apresentam, no parecer de Mediavilla e Ferreira (1998, p. 49), uma evolução patogénica, que se traduz radiologicamente por aspectos particulares, em que inicialmente surge uma entesite, posteriormente sofre erosão (osteíte) e, finalmente, a formação do esporão (ossificação).

As lesões mais típicas e visualizáveis radiologicamente, segundo McGonagle et al (2006, p.78), localizam-se ao nível do calcâneo na inserção do tendão de Aquiles (calcaneíte posterior) e da fascia plantar que formam os denominados esporões do calcâneo (figura 8). No entanto, Mediavilla e Ferreira (1998, p. 49) referem que estas também se localizam ao nível da tuberosidade isquiática e crista ilíaca (esporões de tracção).



**Figura 8** – Esporões do calcâneo.

**Fonte:** <http://www.fm.usp.br/departamento/clinmed/reumatologia/espond.php>[consultado em 24/08/06]

### 3.1.8 - Evolução da doença

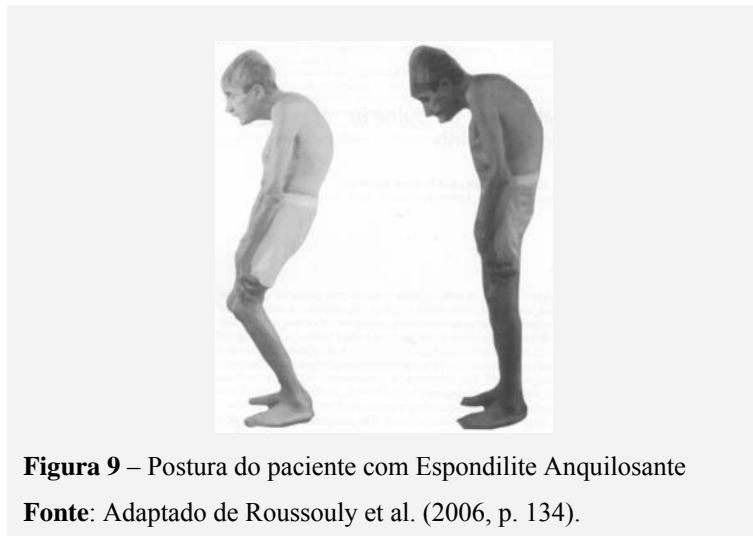
À medida que a doença evolui, associam-se aos sintomas mais precoces algumas alterações decorrentes da progressão dos processos patogénicos, as quais condicionam de forma decisiva o espectro clínico possível nas fases mais evoluídas da doença (Mediavilla e Ferreira, 1998, p.39).

#### 3.1.8.1 - Evolução a nível vertebral

A **nível das articulações sacroilíacas**, existe uma tendência para a evolução para anquilose. Porém, ao contrário do restante segmento vertebral, em que tal evolução motiva uma acentuada e crescente incapacidade funcional, a anquilose destas articulações não implica qualquer defeito, antes é acompanhada de uma progressiva melhoria em termos sintomáticos, correspondente à substituição do processo inflamatório por um processo anquilosante.

Na **coluna lombar**, ocorre uma progressiva limitação da mobilidade com perda da flexão, extensão e mobilidade lateral da coluna. Esta limitação resulta, sobretudo, da dor desencadeada pela mobilização vertebral (o paciente tende a imobilizar-se) e da contractura muscular paravertebral secundária a esta dor. Lentamente, os músculos paravertebrais atrofiam-se e a lordose lombar começa a rectificar-se. Com a evolução natural da doença (e na ausência de intervenção terapêutica), surgem os processos de ossificação vertebral e paravertebral, com o aparecimento de sindesmófitos e ossificação de ligamentos laterais e anteriores, transformando progressivamente a coluna num bloco único anquilosado, incapaz de executar qualquer tipo de movimento.

Ao **nível dorsal**, ocorre o mesmo processo patológico, com o decorrer dos meses e de forma topográfica ascendente. Na região dorsal, estabelece-se uma hipercifose dorsal harmónica em que o paciente assume uma postura típica (figura 9), com projecção da cabeça e tronco para a frente, que é designada coluna em ponto de interrogação.



Com a progressão da doença, aparece o envolvimento da **coluna cervical**. Ao contrário dos outros segmentos, em que muitas vezes a evolução se pode dar de forma quase assintomática, as lesões da coluna cervical motivam, em regra, grandes períodos de intensidade dolorosa, sobretudo porque, a par da entesopatia ossificante paravertebral, existe neste segmento uma tendência para a ocorrência de lesões inflamatórias erosivas das articulações interapofisárias posteriores, que só deixam de motivar dor quando se anquilosam.

### **3.1.8.2 - Evolução ao nível articular periférico**

De todas as articulações potencialmente envolvidas pela doença, as coxo-femorais e os ombros são, de acordo com Mediavilla e Ferreira (1998, p. 39), aquelas que poderão evoluir para alterações mais importantes, destrutivas e invalidantes, existindo, no entanto, uma tendência à remissão sem dano nas restantes articulações.

### **3.1.8.3 - Evolução a nível torácico**

A afecção da caixa torácica no decurso da EA provoca, conforme Mediavilla e Ferreira (1998, p. 40), uma diminuição da amplitude dos movimentos da caixa torácica, com redução da expansibilidade torácica. Este facto faz com que a respiração fique dependente de uma maior amplitude dos movimentos do diafragma, motivando uma respiração do tipo abdominal, que resulta na deformação do tórax, aplanando-se da frente para trás, formando o denominado tórax em tábua.

### **3.1.9 - Tratamento**

Skare (1999, p. 173) refere que não existe um tratamento definitivo para a EA. Os principais objectivos consistem em educar e consciencializar o paciente da sua participação em programas de exercícios, a fim de que ele possa manter uma postura funcional e preservar os movimentos.

O seguimento dos pacientes com EA inclui procedimentos, como a educação dos pacientes, repouso, exercícios físicos e fisioterapia. O facto da rigidez e das deformidades espinhais serem igualmente incapazes de ser prevenidas somente com recurso à farmacoterapia, torna estes procedimentos de elevada importância para reduzir a rigidez e a anquilose e, desta forma, melhorar a qualidade de vida dos pacientes (Miceli-Richard e Dougados, 2006, p. 166).

O tratamento é abordado por Dziedzic (2000, p. 131), em duas vertentes: o tratamento médico (farmacológico e cirúrgico) e o tratamento físico (fisioterapia, exercício físico).

### 3.1.9.1 - Tratamento médico (farmacológico e cirúrgico)

Quanto ao tratamento **farmacológico**, Gran e Husby (*cit. in* Dziedzic, 2000, p. 132) referem que existem três classes de fármacos que podem ser administrados aos doentes com EA. Os que influenciam no processo da doença, como a sulfasalazina, os antiinflamatórios não-esteroides (AINE), que inibem a inflamação sem influenciar no processo da doença e os analgésicos e relaxantes musculares.

Miceli-Richard e Dougados (2006, p. 163) acrescentam que as recentes terapias biológicas (terapia anti-TNF) também apresentam benefícios no tratamento da EA. Esta terapia anti-TNF (anti factor de necrose tumoral) bloqueia a função do Factor  $\alpha$  de Necrose Tumoral.

O TNF é uma citocina produzida por certas células inflamatórias, que desempenham um papel fundamental na resposta imunitária ao controlarem a produção de outras substâncias envolvidas na inflamação. O efeito do TNF é promover a inflamação e auxiliar as células na sua reparação. Quando é produzido em quantidade excessiva, o TNF pode lesionar tecidos saudáveis e contribuir para uma multiplicidade de perturbações (Rocha, 2002, p. 44).

As investigações realizadas neste âmbito, de acordo com Sieper e Braun (2006, p. 170), demonstraram que os modificadores da resposta biológica (anti-TNF), nomeadamente com infliximab e etanercept actuam rapidamente e são muito eficazes no tratamento de diversas artrites. No entanto, apresentam problemas, pelo facto de inibirem respostas inflamatórias, que são importantes na defesa do organismo contra agentes infecciosos e na reparação dos danos sofridos pelas células. Contudo, tratamentos a longo prazo podem diminuir as defesas do indivíduo e, no plano dos custos financeiros, apresenta-se muito dispendiosa.

Quanto ao **tratamento cirúrgico**, Taurog e Lipsky (1998, p. 2023) referem que a indicação mais comum para cirurgia resulta da artrite grave da articulação coxofemural, cujas dores e rigidez costumam ser bastante aliviadas pela artroplastia total da anca.

Fox e Cols (*cit. in* Dziedzic, 2000, p. 131), incluem as fracturas espinhais (traumáticas e pseudoartrose), a deformidade espinhal progressiva, a instabilidade rotatória (secundária à subluxação atlanto-occipital ou atloaxoideia) e a estenose do canal (com défice neurológico

associado, dor ou instabilidade espinhal) como as indicações mais frequentes para a cirurgia da coluna vertebral.

### **3.1.9.2 - Tratamento físico (fisioterapia)**

Antunes et al. (2005, p. 20) destacam a importância da terapêutica por agentes físicos, fundamentalmente a electroterapia, vibroterapia, mesoterapia e laserterapia, no tratamento da EA. Os seus benefícios analgésicos, descontracturantes e anti-inflamatórios têm um papel importante na reversão do quadro inicial de contractura muscular e hiperalgia, os quais, dificultam a execução adequada do programa de reabilitação.

A cinesio balneoterapia apresenta, de acordo com Antunes et al. (2005, p. 20), uma acção sedativa, analgésica e descontracturante, com especial interesse para o início do programa de reabilitação após os períodos de agudização. No entanto, Branco et al. (2006, p.54) salienta que esta representa a melhor oportunidade para o desempenho de um programa de exercício físico, visando a preservação ou recuperação da flexibilidade, a reabilitação proprioceptiva, a melhoria da qualidade postural, gestual e o condicionamento geral.

A medicina física e reabilitação, seguindo Simões (1999, p. 22), deve ser iniciada o mais precocemente possível. Com ela pretende-se o alívio da dor, a manutenção e/ou recuperação da função, a prevenção e/ou correcção de deformidades e anquilose.

Van Tubergen (2006, p. 187) organiza as terapias da EA nos exercícios supervisionados, quer individuais, quer em grupo, os não supervisionados (exercícios específicos da EA ou exercícios recreativos), terapia manual, massagem, hidroterapia, electroterapia, termoterapia, informação e educação dos pacientes, fisioterapia e terapia em termas e balneoterapia.

Os benefícios da terapia física na EA, em geral, são diminuição da dor e da rigidez, bem-estar global do paciente, melhorias ao nível da mobilidade vertebral e articulações periféricas, fortalecimento do tronco, melhoria da endurance e relaxamento corporal (Van Tubergen, 2006, p.188). Contudo, Hidding e Viitanen (*cit. in* Van Tubergen, 2006, p. 187) afirmam que as vantagens desta terapia podem ser obtidas por exercícios, actividades desportivas e pela

hidroterapia, uma vez que estes proporcionam fortalecimento muscular, mobilidade articular e coordenação neuromuscular e, deste modo, melhoram a estabilidade articular.

Na hidroterapia, a flutuação proporcionada pela água (lei de Arquimedes) reduz o peso relativo do corpo e contribui para a diminuição dos estímulos dolorosos, ao nível das articulações. A temperatura da água deve ser um factor a considerar, uma vez que esta proporciona relaxamento com conseqüente diminuição da dor, facilidades manipulativas, mobilização articular, fortalecimento muscular, que são muito gratificantes para o doente, o que, de certo modo, influencia positivamente na percepção acerca do seu estado de saúde (Helliwell et al., *cit. in* Van Tubergen, 2006, p. 188).

O exercício é, para Wordsworth (*cit. in* Dziedzic, 2000, p. 132), uma das principais abordagens terapêuticas para a EA e pode realizar-se de múltiplas formas, dependendo das capacidades dos pacientes.

De facto, e conforme Queiroz (2002, p. 100) argumenta:

“ (...) o exercício físico quando simples e adequado, mantém a mobilidade da coluna vertebral, dos membros, alongam, fortalecem os músculos, estimulam a circulação, melhoram o bem-estar, as posições viciosas são sensivelmente minimizadas e a intensidade das dores serão também diminuídas”.

O esquema individualizado de exercícios, apresentados por Queiroz (2004, p. 1), adaptados às necessidades específicas de cada doente, bem como a prescrição de técnicas simples que possam ser reproduzidas pelos doentes em casa, têm demonstrado benefícios ao nível da funcionalidade e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade de vida. Idênticas conclusões sugerem os estudos de Sweeney et al. (2002) e Lim et al. (2005).

### **3.2 - O EXERCÍCIO FÍSICO COMO REABILITAÇÃO E PROMOTOR DA QUALIDADE DE VIDA**

#### **3.2.1 - O exercício e a terapêutica física**

Inicia-se este ponto com uma questão prévia: actividade física ou exercício físico? Vale a pena salientar que para Cardoso (2000, p. 90) *actividade física* “ (...) reporta-se a qualquer

movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos, com consequente gasto de energia”, enquanto que *exercício físico* “ (...) compreende actividade física planeada, estruturada e repetitiva da qual resulta a manutenção ou melhoria de uma ou mais facetas da condição física e da saúde”. Neste estudo, a terminologia utilizada foi o exercício físico, uma vez que o seu objectivo foi avaliar a influência daquele na qualidade de vida dos pacientes.

O exercício físico tem efeitos benéficos, porque aumenta não só a possibilidade do “viver independente”, mas também, como salienta Pinheiro (2000, p. 59), promove diferentes respostas orgânicas, nomeadamente nos sistemas músculo-esqueléticos, nervoso, endócrino, cardiorespiratório, imunitário, entre outros. É principalmente no prevenir que se enquadra a prática do exercício físico e a sua relação com a saúde.

De facto, e conforme Pinheiro (2000, p. 58), o exercício físico possui um elevado valor terapêutico em reeducação funcional, no que diz respeito a trabalho muscular, nos domínios da força máxima, velocidade, resistência e do volume; na mobilização articular, nos domínios do aumento ou manutenção das amplitudes activa e passiva; como meio de estimulação proprioceptiva, factor de estabilidade dinâmica, promovendo uma modulação e coordenação da actividade muscular (agonista-antagonista) e como controlador da estimulação nociceptiva. Contribui, igualmente, para o condicionamento cardiorespiratório e intervém ao nível psicológico, porque possibilita o aumento da motivação e eficácia, elevação da auto-estima, redução dos níveis de ansiedade e depressão, todos eles factores fundamentais na intervenção terapêutica reabilitadora e no prognóstico funcional.

O objectivo principal da execução diária de exercício físico consiste em recuperar todos os dias a amplitude de movimento que foi perdida nas 24 horas anteriores. Esta reconquista de liberdade de movimento proporciona um reforço de aferências proprioceptivas e oportunidades de restabelecer o equilíbrio do tonus muscular, assim como também reactiva as cinestésias motoras e o reconhecimento postural, melhora a auto-estima e favorece a libertação de endorfinas de efeito analgésico (Rocha, 2002, p. 25).

Na EA, a realização de exercício físico tem como principal objectivo restituir ao sistema osteoarticular os arcos da amplitude de movimento que a inflamação fez perder; proporcionar aos centros cefálicos do esquema corporal um quantum de aferências proprioceptivas

provenientes dos mecanismos capsulo-ligamentares das articulações interapofisárias e da musculatura satélite loco-regional; dar à musculatura satélite das articulações bloqueadas em rigidez reversível a possibilidade de retomarem o tonus normal, após contracções por estímulos nervosos centrais e relaxamento – alongamento por reciprocidade da contracção dos músculos antagonistas; proporciona ao tecido fibroblástico em evolução cicatricial um estímulo para metaplasia em fibrocartilagem, permitindo a conservação de amplitude de movimento com relevância funcional; ministrar estímulos vectoriais para manutenção da massa óssea e da normal arquitectura trabecular, limitando e revertendo a remodelação óssea em padrões disfuncionais (Rocha, 2002, p. 39).

Pinheiro (2000, p. 63) atesta:

“ (...) o exercício físico nas patologias reumáticas tem como objectivos trabalhar força muscular, amplitude articular, propriocepção, a postura corporal e consequentemente melhorar performances funcionais. No entanto nestes doentes existem factores que os limitam tais como a dor, a exsudação articular, a rigidez articular e a contractura muscular.”

O exercício físico pode, como afirma Pinheiro (2000, p. 61), contribuir para o controlo da mensagem nociceptiva, quer promovendo o seu bloqueio medular (“gate control”), através da estimulação das fibras mielinizadas de grande calibre, priorizando a via rápida, quer através da activação do sistema opioide endógeno, com libertação de substâncias “morfina-like”, o que limita a actividade de neurotransmissores envolvidos nas mensagens nociceptivas a nível medular.

Outro aspecto abordado por Pinheiro (2000, p. 61) acerca dos benefícios do exercício físico, é o facto deste proporcionar uma estimulação proprioceptiva, factor de estabilidade dinâmica, promovendo uma modulação e coordenação da actividade muscular. Este tipo de estimulação tem como base múltiplas mensagens aferentes, provenientes de vários receptores periféricos (Ruffini, Pacini, Golgi e fuso muscular), que sofrem processos complexos de integração, quer a nível medular (excitatório Ia, inibição recíproca Ia e inibição Ib), quer a nível supra-segmentar.

Coutinho (2000, p. 112) refere que, em diversas patologias crónicas, o exercício físico possui um papel útil e eficaz na recuperação do indivíduo, funcionando como coadjuvante

importante da terapia no controlo da doença de base. O exercício físico regular permite, frequentemente, uma redução da dose de fármacos utilizados, bem como a melhoria da qualidade de vida.

Rocha (2002, p. 23) expõe:

“ (...) o facto de cumprir qualquer tipo de exercício físico recreativo diário durante pelo menos, trinta minutos e a execução fiel de exercícios para a dorso pelo menos 5 dias por semana, melhora o estado de saúde e a por conseguinte influencia na qualidade de vida.”

### **3.2.2 - A qualidade de vida em relação com a saúde**

A qualidade de vida é um conceito do senso comum que tende a fazer com que todas as pessoas saibam o que significa, no entanto essa popularidade contribui para dificultar a sua clarificação (Herman, *cit. in* Ribeiro, 1997, p. 259).

Em 1986, era definida pela OMS como a percepção dos indivíduos ou grupos de que as suas necessidades estão a ser satisfeitas e de que não lhes estão a ser negadas oportunidades de alcançar a felicidade e satisfação completas.

Butterword et al. (*cit. in* Santos, 2002, p. 56) afirmam que a qualidade de vida caracteriza-se por ser um conceito multidimensional, operacionalizado de inúmeras maneiras, validado de forma consensual por um grupo de representantes de uma variedade de pontos de vista específicos e experienciado quando as necessidades básicas de um indivíduo são satisfeitas, quando se detêm iguais oportunidades na vida em comunidade.

Numa pessoa doente este conceito resulta da interacção entre a doença e a sua evolução, a personalidade do doente, o grau de transferências que, inevitavelmente, se produzem na sua vida, o suporte social recebido e percebido e a etapa da vida em que se produz a doença.

No respeitante à saúde, a qualidade de vida de uma pessoa com EA está baseada na percepção da malha de consequências da doença, nos seguintes aspectos: sintomas, aptidão física, capacidade de trabalho, funções e interacções psicossociais, efeitos colaterais indesejáveis da

medicação e custos biológicos e financeiros, directos e indirectos (Rocha, 2002, p. 67 e Haibel et al. 2004). Contudo, Bostan et al. (2003) salientam que a diminuição das capacidades funcionais, o aumento da dor e as alterações psicológicas, resultantes da doença, são os factores que mais contribuem para a deterioração da qualidade de vida.

Embora as pessoas com EA sofram de dor, rigidez e limitação da mobilidade da coluna, a maior parte delas, como referem Ward (1998) e Chorus et al. (2003), conserva o emprego, que contribui positivamente para o nível da qualidade de vida. No entanto, o estudo realizado por Sieper et al. (2006) demonstrou que existe uma relação negativa entre a qualidade de vida e os custos resultantes da doença. Efectivamente, com o aumento da actividade da doença, a função física diminui (com diminuição das capacidades físicas para executar as funções profissionais), o que exige um aumento significativo dos gastos em medicação, que, por sua vez, contribui negativamente ao nível da qualidade de vida.

A promoção da qualidade de vida, para Ribeiro (1997, p. 260), implica a adopção de um estilo de vida adequado à sua doença e que seja promotor da saúde. A investigação levada a cabo por Lim et al. (2005) demonstrou que o exercício físico contribui, entre outros benefícios, para a diminuição da dor, aumento do bem-estar e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida.

### **3.2.3 - A importância da Motricidade Humana para a qualidade de vida dos doentes com Espondilite Anquilosante**

Independentemente da promoção de uma política de saúde que engloba naturalmente todas as formas de cuidados médicos e farmacêuticos, incluindo reabilitação médica e funcional, é importante a prestação de serviços por técnicos especializados, numa perspectiva de melhoria da qualidade de vida das pessoas com espondilite anquilosante.

O primeiro autor a abordar este tema foi Sérgio (2005, p. 276) ao asseverar que:

“ (...) o desporto, a dança, a ergonomia, a reabilitação física e psicomotora e enfim os vários aspectos da Motricidade Humana, do jogo ao trabalho, passando pela saúde, o lazer e a educação, são as especialidades que despontam da Ciência da Motricidade Humana”.

É da competência destes profissionais a implementação de projectos de intervenção nas várias áreas atrás referidas, com o intuito de melhorar toda a qualidade de vida destes doentes. No entanto, toda a intervenção deve ser planeada e estruturada, observando o ser humano na integridade das suas funções e das suas potencialidades, numa perspectiva holística. Não se pretende exclusivamente realizar a reabilitação propriamente física, mas também operar ao nível dos aspectos psico-socio-culturais.

A terapia física, como foi anteriormente abordada, tem como principal objectivo a recuperação funcional do processo patológico inerente à doença. Quanto à reabilitação psíquica, não consiste nas intervenções psicológicas propriamente ditas, já que é objecto de estudo e de intervenção de profissionais de saúde especializados nessa área do saber, mas de intervenções psicomotoras ao nível da sintomatologia depressiva e de transtornos psicoafectivos resultantes da doença.

A intervenção psicomotora nestes doentes deve ter como objectivo, a estimulação activa corporal, com actividades que influenciam o sistema postural (controle de equilíbrio e coordenação motora), a expressão, a organização rítmica e a percepção da imagem corporal, mediante técnicas de relaxamento.

A maioria dos pacientes com EA, devido ao processo evolutivo da doença, apresenta um desempenho ao nível das actividades da vida diária bastante diminuído. Cabe aos profissionais de Motricidade Humana intervir, com intuito de independência funcional, através de programas de estimulação física e psicomotora.

Os programas de estimulação psicomotora, segundo vários autores, trazem benefícios, para além dos funcionais, ao nível da saúde global, da satisfação e da sintomatologia depressiva (muito prevalente nesta população), uma vez que os programas de estimulação produzem melhorias nos estados psicoafectivos, sobretudo ao nível da auto-estima e motivação e também por uma integração da imagem corporal, que nestes doentes se encontra bastante alterada.

A intervenção dos profissionais de Motricidade Humana ao nível sócio-cultural baseia-se, essencialmente, em termos ergonómicos. Os locais de trabalho devem estar adaptados, a

interrelação homem/doente – trabalho deve ser óptima, para que o trabalhador se sinta realizado em termos profissionais /sociais e também para que haja produtividade de ambas as partes.

A ergonomia apresenta uma mais valia, na medida em que uma das suas preocupações consiste na concepção ou adaptação da situação de trabalho às características e limitações humanas, procurando garantir uma actividade de trabalho confortável e segura para o homem, e, naturalmente, uma melhoria da eficácia do sistema produtivo, já que se trata de uma doença de pessoas jovens e activas. Não se pretende intervir com o intuito de alterar os postos de trabalho, mas, sim intervir no sentido de alertar os doentes para estas situações, assim como das entidades empregadoras, já que muitas das vezes as próprias posturas laborais são nefastas e comprometedoras de toda a recuperação terapêutica que o doente possa fazer, nomeadamente posturas em flexão durante a maior parte do tempo. Torna-se, assim, importante a reeducação postural global, com o objectivo de contrariar todo o processo inerente à patologia e ao mesmo tempo, resultante das más posturas laborais.

De facto, e conforme argumentam vários autores, os doentes com EA devem combater os mecanismos patogénicos, que conduzem à perda de movimento, à rigidez articular da coluna e à dor de padrão inflamatório, com AINE (proposto pelo médico), mas, primordialmente, com execução de exercícios diários (anexos I). Estes são concebidos para manter e desenvolver a elasticidade esquelética, fortalecer os músculos, de modo a conservar a mobilidade e o bom alinhamento corporal, quer em repouso ou em movimento, e impedir o aparecimento de deformidades, assim como atrasar a evolução da doença, impedindo o envelhecimento precoce do aparelho locomotor.

Motricidade Humana é o “corpo em acto”, tal como declara Sérgio (2005, p. 280), por isso os profissionais desta área do saber devem planear sessões de exercícios, criar classes de doentes onde se possam realizar exercícios terapêuticos com o intuito de impedir ou contrariar todo o processo evolutivo inerente à doença e, deste modo, influenciar na qualidade de vida destes doentes.

“ A Ciência da Motricidade Humana é, antes de tudo, movimento intencional e quem se movimenta, mais do que pensar, vive! Qualquer um dos aspectos da Motricidade Humana é uma forma de vida” (Sérgio 2005, p. 281).

#### 4. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Uma questão de investigação pode ser definida como um enunciado interrogativo claro e inequívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica (Pilot e Hungler, 2000, p. 49).

As questões que originaram a presente investigação são:

- Qual o nível de qualidade de vida dos pacientes com espondilite anquilosante?
  
- Os pacientes praticam exercício físico de forma regular? Qual a modalidade/ tipo de exercício executada pelos pacientes? Qual o motivo da prática? Qual a frequência semanal?
  
- Os pacientes realizam reabilitação? De que tipo? Com a finalidade de tratamento dos sintomas ou de prevenção da evolução da doença?
  
- Em média, quantos anos de evolução da doença possuem os pacientes?
  
- Quantos anos, em média, decorreram entre o aparecimento dos sintomas e o estabelecimento do diagnóstico?
  
- Existe relação entre a idade e a qualidade de vida? E com a idade do diagnóstico?
  
- O aumento do tempo de estabelecimento do diagnóstico influencia na percepção do estado de saúde dos pacientes?
  
- Subsistem diferenças entre o género na percepção do estado de saúde?
  
- Verificam-se diferenças nas componentes da qualidade de vida, entre os praticantes e os não praticantes de exercício físico?

## **5. OBJECTIVOS**

Os objectivos representam os enunciados declarativos que precisam a orientação da investigação, segundo o nível de conhecimentos estabelecidos no domínio da questão, especificando as variáveis – chave, a população alvo e o contexto do estudo. Estes, segundo Fortin (1999, p. 100), enquadram-se no nível III de conhecimento e caracterizam-se pelo facto do estudo propor-se a examinar a força e a direcção das relações, isto é, determinar o grau de influência de uma variável sobre a outra e como esta influência contribui para explicar a variação desta variável.

### **5.1 - Objectivos Gerais**

- Avaliar a qualidade de vida dos pacientes com espondilite anquilosante;
- Verificar se os doentes praticam exercício físico;
- Estudar e explorar a relação existente entre a prática de exercício físico e a qualidade de vida em relação com a saúde.

### **5.2 - Objectivos Específicos**

- Descobrir se os pacientes praticam exercício físico, assim como a duração, a frequência, o motivo e a modalidade praticada;
- Verificar se os pacientes fazem reabilitação;
- Identificar quantos anos, em média, decorreram entre o aparecimento dos primeiros sintomas e a confirmação do diagnóstico;
- Analisar quantos anos de evolução da doença, em média, possuem os pacientes;
- Explorar se existe relação entre a idade, a idade do diagnóstico e a qualidade de vida;

- Averiguar se existe relação entre o tempo de estabelecimento do diagnóstico e a percepção do estado de saúde;
- Observar se existem diferenças na qualidade de vida em relação com a saúde de acordo com o género;
- Examinar a relação entre a prática de exercício físico e a qualidade de vida em relação com a saúde e demonstrar a força e a direcção das relações.

## 6. HIPÓTESES

Mc Guian (*cit. in* Almeida e Freire, 2003, p. 44) define hipótese como uma proposição testável, que pode vir a ser a solução do problema. Equivale à suposição verosímil, depois comprovável ou denegável pelos factos, os quais hão-de decidir em última instância sobre a verdade ou falsidade do que se pretende explicar. Podem, segundo Fortin (1996, p. 103), ser classificadas em quatro categorias: simples ou complexas, direccionais ou não direccionais, de associação ou causalidade e em estatística ( $H_0$ , nula) ou de investigação ( $H_1$ ).

Na presente investigação, as hipóteses formuladas são simples, porque evidenciam a relação entre apenas duas variáveis, direccionais e não direccionais já que umas especificam a relação esperada entre as variáveis e outras não, de associação, e esta pode ser positiva ou negativa, isto dependendo se as variáveis aumentam ou diminuem ao mesmo tempo ou se o aumento de uma variável é acompanhada da diminuição da outra, e foram classificadas em hipótese nula ( $H_0$ ) e hipótese de investigação ( $H_1$ ).

### **Hipóteses em estudo:**

Hipóteses relativas ao género:

$H_0$  – Não existe diferença na qualidade de vida em relação com a saúde de acordo com o género;

$H_1$  – Existe diferença na qualidade de vida em relação com a saúde de acordo com o género;

Hipóteses alusivas à idade:

$H_0$  – A idade dos pacientes não se relaciona com a qualidade de vida em relação com a saúde;

$H_1$  – A idade dos pacientes relaciona-se com a qualidade de vida em relação com a saúde;

Hipóteses segundo a idade do diagnóstico:

$H_0$  – A idade do diagnóstico não se relaciona com a qualidade de vida em relação com a saúde;

$H_1$  – A idade do diagnóstico relaciona-se com a qualidade de vida em relação com a saúde;

Hipóteses referentes ao tempo de estabelecimento do diagnóstico:

$H_0$  – A qualidade de vida em relação com a saúde não está relacionada com o tempo de estabelecimento do diagnóstico;

$H_1$  – A qualidade de vida em relação com a saúde está relacionada com o tempo de estabelecimento do diagnóstico;

Hipóteses concernentes à prática de exercício físico:

$H_0$  – Não existe relação entre a prática de exercício físico e as componentes da qualidade de vida em relação com a saúde;

$H_1$  – Existe relação entre a prática de exercício físico e as componentes da qualidade de vida em relação com a saúde;

## **II – FASE METODOLÓGICA**

Nesta fase, apresentam-se os métodos utilizados para obter respostas às questões de investigação e às hipóteses formuladas. Escolheu-se um desenho que permitiu explorar, descrever, examinar associações e verificar as hipóteses.

### **1. DESENHO DE ESTUDO**

O desenho de investigação constitui o plano geral para dar resposta às questões, testar as hipóteses e inclui as estratégias básicas adoptadas para gerar informação exacta e interpretável. É constituído pelo meio, população alvo, amostra, tipo de estudo, variáveis e estratégias utilizadas para o controlo das estranhas, instrumentos de colheita, tratamento e análise dos dados, assim como as considerações éticas tidas em conta durante toda a investigação (Polit e Hungler, 2000, p. 153).

#### **1.1 - Meio**

O estudo realizado decorreu em meio natural, pois os participantes estão no seu ambiente e actuam de forma completamente normal, ou seja não são manipulados. O meio refere-se ao Núcleo Regional de Ponte de Lima da Associação Nacional de Espondilite Anquilosante.

#### **1.2 - População alvo e amostra**

População é o conjunto dos indivíduos, casos ou observações onde se efectuou o estudo e refere-se a todos os pacientes com espondilite anquilosante inscritos no Núcleo Regional de Ponte de Lima da Associação Nacional de Espondilite Anquilosante, que representam vinte e um pacientes. A amostra é constituída por dezanove pacientes e os restantes foram importantes para a validação do questionário (aplicação do pré-teste), não descobrindo alterações que implicassem reformulação do questionário.

Conforme os critérios de selecção da amostra, os pacientes tinham que ser associados do Núcleo Regional de Ponte de Lima, doentes com espondilite anquilosante e com capacidades

físicas e psíquicas para responder ao questionário. Como critério de exclusão foi definido o factor idade – os pacientes teriam que ter mais de 14 anos de idade – isto por se tratar de um dos requisitos para a administração do questionário (SF36).

### **1.3 - Tipo de estudo**

O tipo de estudo utilizado para a realização desta de investigação foi de tipo quantitativo, seguindo uma orientação descritiva, analítica e correlacional.

Quantitativa, visto ser uma investigação cuja finalidade é descrever, verificar relações entre variáveis e examinar as mudanças operadas na variável dependente, após a alteração da variável independente. Descritivo-correlacional porque, segundo Fortin (1999, p. 138), permite examinar de forma sistemática a relação que existe entre duas ou mais variáveis, de forma a poder fornecer explicações.

Os pacientes foram categorizados em termos sócio-demográficos, segundo a realização de reabilitação, prática de exercício físico, nível de qualidade de vida e procuraram-se relações entre diversas variáveis. Pretendeu-se perceber quais as variáveis que influenciam a qualidade de vida, as que têm mais importância ou significado nessa ligação e analisar relações, bem como a natureza das mesmas.

### **1.4 - Variáveis**

As variáveis representam qualidades, propriedades ou características de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação e podem ser classificadas em variáveis dependentes, independentes, estranhas e atributo (Fortin, 1999, p. 37).

Neste estudo estão presentes quatro tipos de variáveis, sendo:

*Variável Dependente* – a que sofre o efeito da variável independente e reporta-se à qualidade de vida em relação com a saúde que foi avaliada, recorrendo ao questionário de estado de saúde (SF-36).

*Variáveis Independentes* – a prática de exercício físico, o género, a idade (cronológica e do diagnóstico) e o tempo de estabelecimento do diagnóstico.

*Variáveis Atributo* – as que caracterizam os sujeitos em estudo e são as variáveis género, idade (cronológica, dos primeiros sintomas e do diagnóstico), profissão, estado civil e se realiza ou não reabilitação.

*Variáveis Estranhas* – são as que estão presentes independentemente da vontade do investigador, que têm um efeito inesperado sobre a variável dependente e que representa risco de falsear os resultados. No estudo, as identificadas reportam-se ao nível de desenvolvimento da doença e nível de funcionalidade dos pacientes.

### **1.5 - Método e instrumento de colheita de dados**

Para realização do estudo recorreu-se a uma metodologia subjectiva em que o instrumento de colheita de dados foi o questionário.

O questionário encontra-se organizado em duas partes (anexo II). A primeira parte, elaborada com o objectivo de recolher informações acerca do nível sócio-demográfico, se realiza ou não reabilitação e acerca da prática de exercício física. A segunda parte, constituída pelo questionário de estado de saúde, SF36, que foi desenvolvido por Ware e Sherbourne em 1992 e validado para a população portuguesa por Ferreira (2000, p. 55-66; 119-127). Para a aplicação deste questionário foi efectuado o pedido de autorização para utilização do instrumento no estudo e obtida a resposta (anexo III e IV).

O SF-36 é considerado um instrumento de medida genérico de saúde, que se destina a medir a percepção do estado de saúde e da qualidade de vida, que representam valores humanos básicos relevantes à funcionalidade e ao bem-estar de cada um. O formato final do SF-36v2 contém 36 itens cobrindo oito dimensões do estado de saúde e que detecta tanto os aspectos positivos da saúde, como os negativos (Ferreira e Santana, 2003, p. 15).

Este instrumento permite medir oito principais dimensões em saúde, todas elas através de vários itens. A escala de função física (FF) destina-se a medir o impacto das limitações físicas

(importantes para o desempenho das actividades da vida diária) na qualidade de vida, sejam elas em situações como tomar banho ou vestir-se sozinho/a, praticar desportos mais exigentes fisicamente ou mesmo carregar os sacos das compras, ajoelhar-se ou andar uma determinada distância. As escalas de desempenho medem o impacto das limitações em saúde devidas a problemas físicos (DF) ou a problemas emocionais (DE), ao tipo e quantidade de trabalho realizado, à necessidade de reduzir o trabalho ou à dificuldade de o realizar.

As escalas para a dor (DC) representam a intensidade e o desconforto que ela causa e o modo como ela interfere com o trabalho normal. A componente saúde em geral (SG) mede a percepção holística da saúde, englobando a saúde actual, a resistência à doença e o aspecto saudável. A vitalidade (VT) inclui os níveis de energia e de fadiga. A escala de função social (FS) capta a quantidade e a qualidade das actividades sociais e o impacto dos problemas físicos e emocionais nestas actividades. A saúde mental (SM) inclui os conceitos de ansiedade, de depressão, de perda de controlo comportamental ou emocional e de bem-estar psicológico.

O SF-36 pode ser administrado a qualquer indivíduo com 14 ou mais anos de idade desde que possua capacidade para ler o questionário. Pode ser auto-administrado, aplicado em entrevista, pelo correio ou por telefone. Ao ser uma forma reduzida de um extenso instrumento de medição de estado de saúde, o SF-36 pretende reduzir o peso do preenchimento e o custo da recolha de dados (praticabilidade), não sacrificando em demasia os parâmetros de natureza metodológica (elegância psicométrica).

A escolha do instrumento resultou, além dos aspectos referidos anteriormente, do facto dele permitir medir o que se pretendia e por ser um instrumento utilizado em múltiplos estudos, como o de Haibel et al. (2004), Dagfinrud et al. (2004), Davis et al. (2005), Ariza-Ariza et al. (2003), Van Tubergen et al. (2002) e o de Chorus et al. (2003), com doentes com a mesma patologia.

A recolha dos dados foi obtida através da presidente do Núcleo Regional de Ponte de Lima que os entregou aos pacientes para preencher. O período de colheita de dados decorreu entre os meses de Março e Abril de 2006.

## **1.6 - Considerações éticas**

Investigações aplicadas a seres humanos podem, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa por isso é importante tomar todas as disposições necessárias para que isso não aconteça com as pessoas que participam nas investigações. Os direitos da pessoa que devem ser absolutamente protegidos nos protocolos de investigação envolvendo seres humanos são: o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e confidencialidade, à protecção contra o desconforto e o prejuízo, assim como ao tratamento justo e equitativo (Fortin, 1999, p. 116).

Para que todos os princípios éticos inerentes à investigação fossem cumpridos, procedeu-se à explicação do estudo à presidente do núcleo e aos pacientes, a fim de receber a sua autorização. Foi elaborado um consentimento informado (anexo V), que consistia num formulário, onde os sujeitos declaravam que foram bem informados sobre a investigação e que aceitavam participar nela.

## **1.7 - Procedimentos**

### **1.7.1 - Procedimentos operacionais**

O questionário (SF36) é constituído por 36 itens que, tal como corrobora Ferreira (2000, p. 57), têm que ser agrupados para constituírem as oito componentes. A componente função física é constituída pelos itens 3a – 3j; o desempenho físico, pelos itens 4a – 4d; a dor corporal, pelos itens 7 e 8; a saúde geral, pelos itens 1 e 11a -11d, e a componente vitalidade, pelos itens 9a, 9e, 9g, 9i. Da componente função social fazem parte os itens 6 e 10; do desempenho emocional, os itens 5a – 5c; da saúde mental, os itens 9b, 9c, 9d, 9f, 9h e, para avaliar a mudança de saúde, o item 2.

As respostas provenientes dos questionários não se encontravam de imediato em condições para serem utilizadas, estas foram previamente codificados para os tornar coerentes e interpretáveis. Assim sendo, os dados tiveram que passar por um conjunto de etapas desde a introdução, transformação de valores, tratamento de dados omissos, cálculo das escalas e, finalmente, a verificação.

Na transformação dos valores, todas as possíveis 36 respostas foram verificadas. As respostas foram agrupadas pelas diversas componentes e, posteriormente, atribuídos os valores decorrentes do sistema de pontuação, tendo em consideração os valores das amplitudes e os limites mínimo e máximo das escalas obtidas.

Numa fase posterior, calcularam-se as pontuações para cada escala, através da soma das respostas aos itens que a compõem. A escala transformada resultou da soma dos itens dessa escala, subtraindo o mínimo possível nesse item e dividindo pela diferença entre o máximo e o mínimo e, finalmente, transformado em percentagem ( $[(\text{soma} - \text{min}) / (\text{Max} - \text{min})] * 100$ ).

Os dados relativos às restantes variáveis foram introduzidos numa matriz, variável a variável e questionário a questionário.

### **1.7.2 - Procedimentos estatísticos**

Para o tratamento de dados recorreu-se ao programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 12.0, e em termos de técnicas estatísticas foram utilizadas a estatística descritiva e a inferencial.

Para caracterizar a amostra, realizaram-se distribuições de frequências, medidas de tendência central e medidas de dispersão. Para testar as hipóteses relativas às diferenças nas médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes de sujeitos, utilizou-se o teste de Mann-Whitney, já que não se cumpria a normalidade da amostra (Pestana e Gagueiro, 2003, p. 446).

Nas correlações, Pestana e Gagueiro (2003, p. 189) sugerem o coeficiente de correlação R de Pearson como a medida de associação mais apropriada, isto porque esta aplica-se a variáveis quantitativas (idade, idade do diagnóstico, tempo até ao diagnóstico), em que os dados apresentam uma distribuição normal.

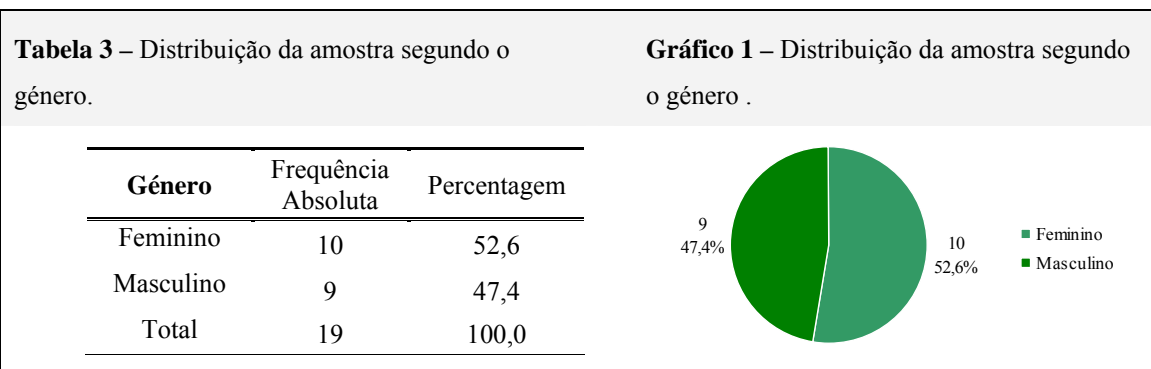
### III – FASE EMPÍRICA

Nesta fase, como afirmam Pilot e Hungler (2000, p. 40), apresentam-se os resultados da investigação, assim como a discussão dos mesmos. Os resultados encontram-se organizados em duas fases: a primeira, onde se apresenta a caracterização da amostra, e a segunda, os resultados obtidos dos testes de hipóteses. Posteriormente, encontra-se a discussão dos resultados do estudo.

#### 1 - ANÁLISE DESCRITIVA

##### 1.1 – Caracterização da amostra

Com base na tabela 3/gráfico 1, pode-se aferir que a amostra é constituída por 10 **elementos** do sexo feminino (52,6%) e 9 do sexo masculino (47,4%).



A média de **idade** dos inquiridos situa-se nos 46,58 anos, com um desvio padrão de 15,94, em que a idade mínima é de 24 anos e a máxima de 86 anos. Quanto à **idade de aparecimento dos primeiros sintomas**, obteve-se uma média de 27,53 anos, um desvio padrão de 8,60 anos, idade mínima dos primeiros sintomas de 15 anos e idade máxima de 50 anos (tabela 4).

Relativamente à **idade do diagnóstico**, a média estabeleceu-se nos 35 anos, um desvio padrão de 12,63 anos, com a idade mínima de 19 e máxima 69 anos (tabela 4).

Como se pode observar na tabela 4, a média de anos de **estabelecimento do diagnóstico** situou-se nos 6,88 anos, com 11,03 de desvio padrão, e a **duração da doença** nos 10,83 anos, com 9,45 de desvio padrão.

**Tabela 4** – Distribuição das médias, mínimo e máximo relativos à idade, idade dos primeiros sintomas, idade do diagnóstico, tempo até ao diagnóstico e duração da doença.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	19	24	86	46,58	15,94
Idade dos primeiros sintomas	17	15	50	27,53	8,60
Idade do diagnóstico	18	19	69	35,00	12,63
Tempo até diagnóstico	17	0	39	6,88	11,03
Duração da doença	18	0	35	10,83	9,45

Relativamente à **profissão**, como se pode examinar na tabela 5, os inquiridos têm profissões muito variadas.

**Tabela 5** – Distribuição da amostra segundo a profissão.

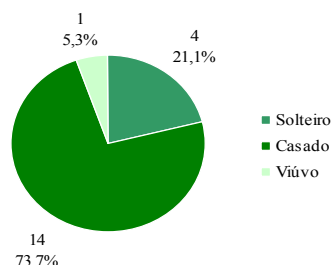
Profissão	Frequência Absoluta	Porcentagem
Reformada	1	5,3
Doméstica	4	21,1
Comerciante	1	5,3
Manobrador de máquinas	1	5,3
Oficial de justiça	1	5,3
Contabilista	1	5,3
Carpinteiro	1	5,3
Arquitecto paisagista	1	5,3
Empregado de escritório	1	5,3
Engenheiro Civil	1	5,3
Empregado fabril	1	5,3
Mecânico de automóveis	1	5,3
Costureira	1	5,3
Bibliotecária	1	5,3
Auxiliar de Acção Educativa	1	5,3
Professor	1	5,3
Total	19	100,0

Quanto ao **estado civil**, a maioria dos inquiridos são casados – 14 elementos (73,7%), 4 solteiros (21,1%) e um paciente é viúvo (5,3%) (tabela 6 / gráfico 2).

**Tabela 6** – Distribuição da amostra segundo o estado civil.

Estado civil	Frequência Absoluta	Porcentagem
Solteiro	4	21,1
Casado	14	73,7
Viúvo	1	5,3
Total	19	100,0

**Gráfico 2** – Distribuição da amostra segundo o estado civil.

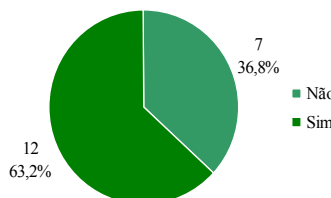


A respeito da questão da realização de **reabilitação** (tabela 7/ gráfico 3), 12 pacientes (63,2%) dizem que sim e 7 elementos (36,8%) afirmam que não fazem reabilitação.

**Tabela 7** – Distribuição da amostra segundo realiza ou não reabilitação.

Reabilitação	Frequência Absoluta	Porcentagem
Não	7	36,8
Sim	12	63,2
Total	19	100,0

**Gráfico 3** – Distribuição da amostra segundo realiza ou não reabilitação.

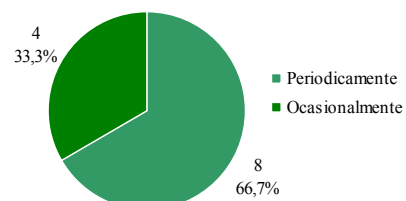


Dos 12 inquiridos que fazem reabilitação, 8 (66,7%) realizam periodicamente e 4 (33,3%) ocasionalmente (tabela 8/gráfico 4).

**Tabela 8** – Distribuição da amostra segundo a frequência da reabilitação.

Frequência da reabilitação	Frequência Absoluta	Porcentagem
Periodicamente	8	66,7
Ocasionalmente	4	33,3
Total	12	100,0

**Gráfico 4** – Distribuição segundo a frequência da reabilitação.

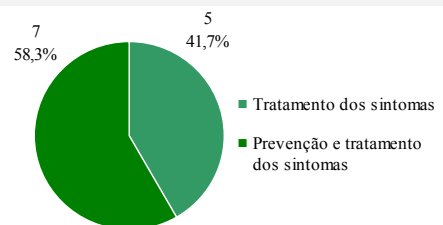


Do total de pacientes que realiza reabilitação, 7 elementos (58,3%) fazem-no com a finalidade de prevenção da evolução da doença e tratamento dos sintomas, enquanto que 5 pacientes (41,7%) expressam ser só para tratamento dos sintomas (tabela 9 / gráfico 5).

**Tabela 9** – Distribuição da amostra segundo a finalidade da reabilitação.

Finalidade da reabilitação	Frequência Absoluta	Percentagem
Tratamento dos sintomas	5	41,7
Prevenção e tratamento	7	58,3
Total	12	100,0

**Gráfico 5** – Distribuição da amostra segundo a finalidade da reabilitação.

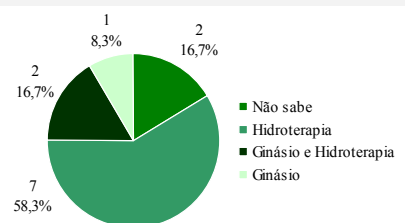


O tipo de reabilitação que a maioria efectua é hidroterapia (58% - 7 pacientes), 16,7% (2 pacientes) em ginásio e hidroterapia, 1 paciente (8,3%) cumpre exclusivamente reabilitação em ginásio e 2 pacientes (16,7%) não sabem identificar o tipo de reabilitação que realizam (tabela 10 / gráfico 6).

**Tabela 10** – Distribuição da amostra de acordo com o tipo de reabilitação.

Tipo reabilitação	Frequência Absoluta	Percentagem
Não sabe	2	16,7
Hidroterapia	7	58,3
Ginásio e Hidroterapia	2	16,7
Ginásio	1	8,3
Total	12	100,0

**Gráfico 6** – Distribuição da amostra de acordo com o tipo de reabilitação.

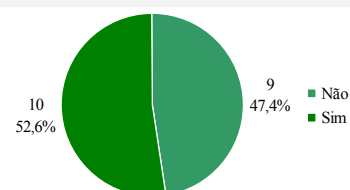


Dos inquiridos, 10 pacientes (52,6%) atestam praticar **exercício físico** e 9 elementos (47,4%) referem não cumprirem qualquer tipo de exercício físico (tabela 11/gráfico 7).

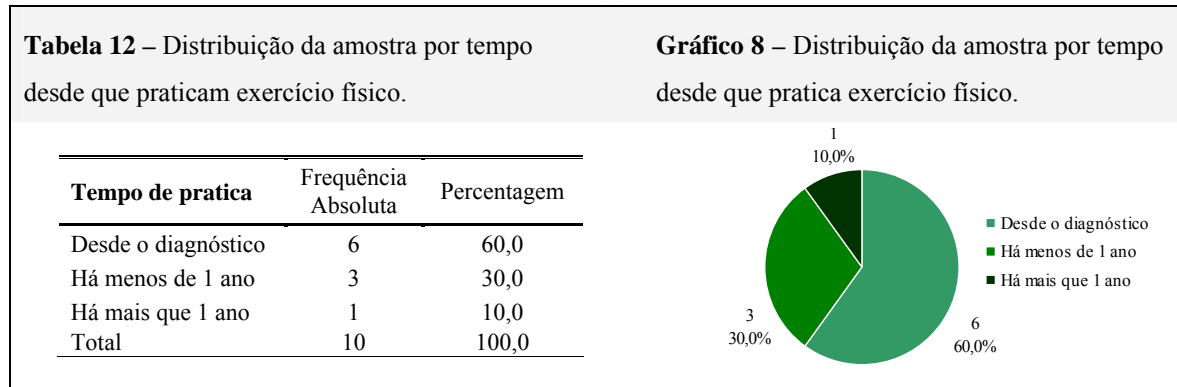
**Tabela 11** – Distribuição da amostra relativa á prática de exercício físico.

Prática de exercício físico	Frequência absoluta	Percentagem
Não	9	47,4
Sim	10	52,6
Total	19	100,0

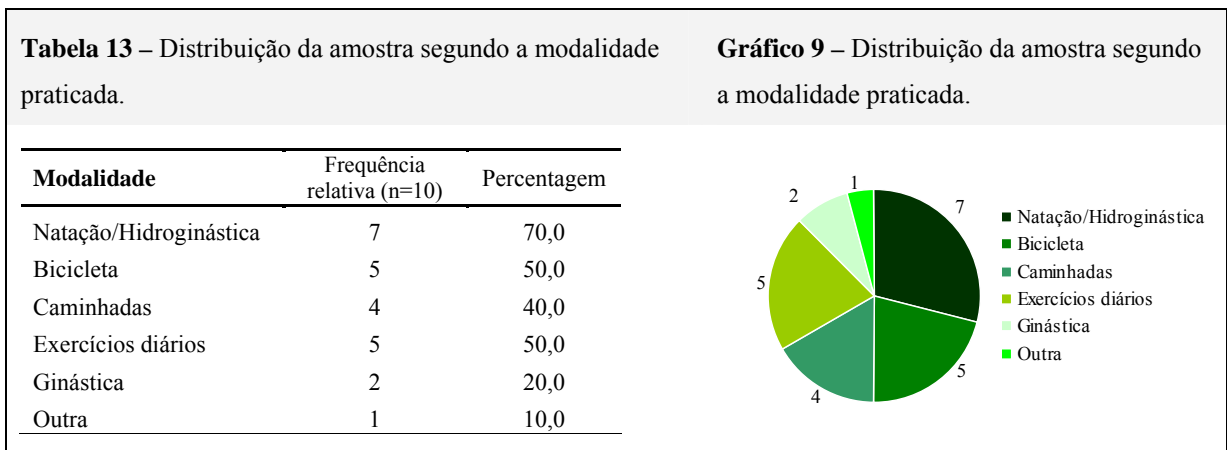
**Gráfico 7** – Distribuição da amostra relativa à prática de exercício físico.



Relativamente ao **tempo de prática**, como expõe a tabela 12 / gráfico 8, dos 10 pacientes que praticam exercício físico, 6 pacientes (60%) praticam desde que lhes foi diagnosticada a doença, 3 elementos (30%) praticam há menos de um ano e igual número há mais de um ano.



Das **modalidades praticadas**, confirma-se que a natação/hidroginástica representa a modalidade praticada em maior percentagem (7 pacientes do total de 10), a seguir a bicicleta e os exercícios diários (5 pacientes do total de 10), as caminhadas (4 pacientes do total de 10), a ginástica (2 pacientes do total de 10) e 1 paciente praticava outra modalidade (tabela 13/ gráfico 9).

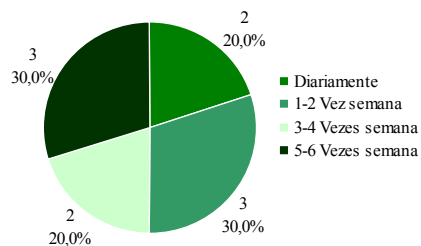


Quanto à **frequência semanal**, 3 elementos (30%), como se pode examinar na tabela 14 / gráfico 10, realizam exercício físico uma a duas vezes por semana e 3 pacientes (30%) com uma frequência de cinco a seis vezes. No que concerne à prática diária, apenas 2 elementos (20%) afirmam positivamente e igual número de elementos realizam exercício físico três a quatro vezes por semana.

**Tabela 14** – Distribuição da amostra relativa à frequência semanal.

<b>Frequência semanal</b>	Frequência Absoluta	Percentagem
Diariamente	2	20,0
1-2 Vez	3	30,0
3-4 Vezes	2	20,0
5-6 Vezes	3	30,0
Total	10	100,0

**Gráfico 10** – Distribuição da amostra relativa à frequência semanal.



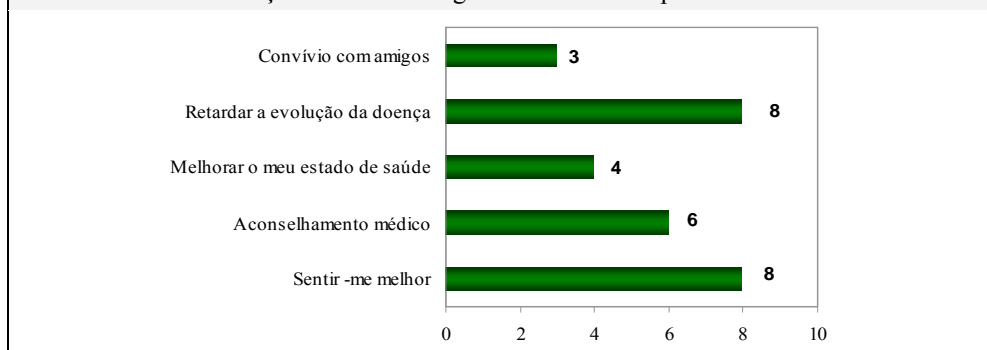
Constatou-se que 4 pacientes (40%) efectuavam o exercício físico à tarde, 3 elementos (30%) à noite, 1 paciente (10%) efectuava de manhã, 1 elemento (10%) referiu praticar de manhã e à noite e somente 1 sujeito (10%) praticava exercício físico de manhã, à tarde e à noite (tabela15).

**Tabela 15** – Distribuição da amostra de acordo com a hora do dia em que praticam exercício físico.

<b>Hora da prática de EF</b>	Frequência Absoluta	Percentagem
Manhã	1	10,0
Tarde	4	40,0
Noite	3	30,0
Manhã e noite	1	10,0
Manhã, tarde e noite	1	10,0
Total	10	100%

Na questão relativa ao **motivo da prática de exercício físico**, aferiu-se que, dos 10 praticantes, 8 executavam-no com o intuito de se sentirem melhor, 6 por aconselhamento médico, 4 com o objectivo de melhorar o seu estado de saúde, 8 para retardar a evolução da doença e 3 efectuavam com a finalidade de convívio com amigos (gráfico 11).

**Gráfico 11** – Distribuição da amostra segundo o motivo da prática de exercício físico.



## 1.2 – Resultados do SF36

Como se pode observar na tabela 16, relativamente à função física (FF), a amostra apresenta um valor médio de 50,26, com um desvio padrão de 24,24, em que o valor mínimo é de 15,00 e um máximo de 90,00. Na componente desempenho físico (DF), o valor médio é de 50,00, com um desvio padrão de 20,94, o valor mínimo foi de 12,50 e o máximo de 81,25. Quanto à dor corporal (DC), observou-se um valor médio de 56,84, com um desvio padrão de 20,83 e os valores mínimo e o máximo foram 30,00 e 90,00, respectivamente. Na saúde geral (SG) obteve-se um valor médio de 61,58, com um desvio padrão de 10,01, em que o valor mínimo foi de 45,00 e o máximo de 85,00.

Em relação à vitalidade (VT), obteve-se um valor médio de 50,66, com um desvio padrão de 9,97, em que os valores mínimos e máximos foram de 25,00 e 62,50, respectivamente. Quanto à componente função social (FS), verificou-se um valor médio de 50,00, com um desvio padrão de 8,33, um valor mínimo de 37,50 e um máximo de 62,50. O valor médio da componente desempenho emocional (DE) aferido foi de 67,98, com um desvio padrão de 23,12, em que o valor mínimo observado foi de 25,00 e o máximo 100,00. Relativamente à última componente, a saúde mental (SM), observou-se um valor médio de 54,74, com um desvio padrão de 8,74, e os valores mínimo e máximo foram de 40,00 e de 65,00, respectivamente.

**Tabela 16** – Estatística descritiva das dimensões do SF36.

<b>Dimensão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>Função Física (FF)</b>	15,00	90,00	50,26	24,24
<b>Desempenho Físico (DF)</b>	12,50	81,25	50,00	20,94
<b>Dor Corporal (DC)</b>	30,00	90,00	56,84	20,83
<b>Saúde Geral (SG)</b>	45,00	85,00	61,58	10,00
<b>Vitalidade (VT)</b>	25,00	62,50	50,66	9,97
<b>Função Social (FS)</b>	37,50	62,50	50,00	8,33
<b>Desempenho emocional (DE)</b>	25,00	100,00	67,98	23,12
<b>Saúde Mental (SM)</b>	40,00	65,00	54,74	8,74

## 2 - ANÁLISE DOS DADOS / TESTE DE HIPÓTESES

Pretendeu-se realizar comparações, verificar diferenças em função de grupos de pessoas com determinadas características e verificar correlações existentes, tendo por base as hipóteses formuladas anteriormente.

Para comparar as médias e determinar as correlações, inicialmente verificou-se a normalidade da amostra quanto às variáveis em estudo através do teste da normalidade de Shapiro-Wilk. As variáveis género e prática de exercício físico apresentam (anexo VI) uma distribuição não normal, ambas com um nível de significância de  $p=0,000$ . As estatísticas utilizadas para testar as hipóteses referentes às variáveis foram não paramétricas (teste de Mann-Whitney).

As variáveis idade, idade do diagnóstico e tempo de estabelecimento do diagnóstico apresentam (anexo VI) uma distribuição normal, porque  $p > 0,05$ . O teste de correlação utilizado foi o R de Pearson, devido à normalidade da amostra.

Relativamente às oito componentes da qualidade de vida, como se pode observar no quadro em anexo VI, as componentes FF, DF, DC, SG, VT, DE apresentam uma distribuição normal, com um nível de significância de  $p=0,177$ ,  $p=0,403$ ,  $p=0,088$ ,  $p=0,613$ ,  $p=0,051$ ,  $p=0,072$  respectivamente, para  $\alpha=0,05$ . As componentes FS com um nível de significância de 0,510 e a componente SM com nível de significância de 0,549.

### **Relação entre o género e a qualidade de vida em relação com a saúde**

Para verificar a relação entre o género e as componentes da qualidade de vida realizou-se um estudo de diferenças de médias (teste de Mann-Whitney).

A tabela 17 comprova que o sexo feminino apresenta valores médios inferiores ao sexo masculino nas componentes função física, desempenho físico, saúde geral e desempenho emocional social. No entanto, nas restantes componentes apresentam valores superiores ao masculino.

Contudo, estas diferenças, como se pode verificar no quadro (anexoVII), não são estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) em qualquer uma das dimensões, do que resultou aceitar a hipótese  $H_0$  (não existe diferença na qualidade de vida em relação com a saúde conforme o género).

**Tabela 17** – Comparação das médias das componentes da qualidade de vida por género.

	Género			
	Género	N	Média	Desvio padrão
<b>Função Física (FF)</b>	Feminino	10	46,00	24,02
	Masculino	9	55,00	25,00
<b>Desempenho Físico (DF)</b>	Feminino	10	46,88	19,59
	Masculino	9	53,47	22,99
<b>Dor Corporal (DC)</b>	Feminino	10	65,00	17,16
	Masculino	9	47,78	21,67
<b>Saúde Geral (SG)</b>	Feminino	10	59,50	6,85
	Masculino	9	63,89	12,69
<b>Vitalidade (VT)</b>	Feminino	10	51,88	8,86
	Masculino	9	49,31	11,46
<b>Função Social (FS)</b>	Feminino	10	52,50	5,27
	Masculino	9	47,22	10,42
<b>Desempenho Emocional (DE)</b>	Feminino	10	67,50	23,39
	Masculino	9	68,52	24,21
<b>Saúde Mental (SM)</b>	Feminino	10	55,50	7,98
	Masculino	9	53,89	9,93

### Relação entre a idade dos pacientes e a qualidade de vida em relação com a saúde

Através do teste de correlação de R de Pearson verificou-se que existe relação entre idade e algumas das oito dimensões da qualidade de vida (anexo VIII). Encontrou-se correlação negativa moderada entre a idade e a dimensão função física ( $R=-0,582$ ,  $p=0,009$ ) com nível de significância  $\alpha=0.01$ , em que quanto maior a idade do paciente, menor é a função física e uma correlação moderada positiva entre a idade e a dor corporal ( $R=0,530$ ,  $p=0,020$ ) com nível de significância  $\alpha=0.05$ , que sugere que o aumento da idade contribui para o aumento da dor corporal (tabela 18).

**Tabela 18** – Teste de correlação de R de Pearson entre idade e as componentes FF e DC.

	Idade		
	N	p	Correlação R de Pearson
<b>Função Física (FF)</b>	19	0,009	-0,582**
<b>Dor Corporal (DC)</b>	19	0,020	0.530*

(\*) Correlação significativa com nível de significância ( $\alpha=0.05$ ).  
(\*\*) Correlação significativa com nível de significância ( $\alpha=0.01$ ).

Em função da análise anterior e dos testes realizados, rejeitou-se a  $H_0$  de que a idade não está relacionada com a qualidade de vida e, conseqüentemente, aceitou-se a hipótese  $H_1$  (a qualidade de vida em relação com a saúde está relacionada com a idade dos pacientes), numa relação em que com o aumento da idade dos pacientes diminui a função física e aumenta a dor corporal.

**Relação entre o tempo de estabelecimento do diagnóstico e a qualidade de vida.**

Efectuou-se o teste de correlação de R de Pearson para verificar a relação entre o tempo de estabelecimento do diagnóstico e as oito dimensões da qualidade de vida (anexo VIII). Encontraram-se correlações significativas nas componentes função física, desempenho físico, função social, dor corporal e vitalidade (tabela 19).

**Tabela 19** – Teste de correlação de R de Pearson entre idade e as componentes FF, DF, FS, DC e VT.

	Tempo de estabelecimento do diagnóstico		
	N	p	Correlação R de Pearson
<b>Função Física (FF)</b>	17	0,028	-0,531*
<b>Desempenho Físico (DF)</b>	17	0,017	-0,570*
<b>Função Social (FS)</b>	17	0,029	0,529*
<b>Dor Corporal (DC)</b>	17	0,004	0,658**
<b>Vitalidade (VT)</b>	17	0,042	0,497*

(\*) Correlação significativa com nível de significância ( $\alpha=0.05$ ).  
 (\*\*) Correlação significativa com nível de significância ( $\alpha=0.01$ ).

As correlações negativas moderadas entre a função física ( $R=-0,531$  e  $p=0,028$ ), o desempenho físico ( $R=-0,570$  com  $p=0,017$ ) e o tempo até se estabelecer o diagnóstico sugerem que o aumento deste contribui negativamente, tanto nas funções, como no desempenho físico.

As relações positivas encontradas entre o tempo de estabelecimento do diagnóstico e as componentes função social ( $R=0,529$ ,  $p=0,029$ ), dor corporal ( $R=0,658$  com  $p=0,004$ ) e vitalidade ( $R=0,497$  e  $p=0,042$ ), permitem aferir que o tempo que demora a ser comprovado o diagnóstico contribui para aumentar a função social, a vitalidade e a dor percebida pelos pacientes.

Em função dos resultados das correlações, rejeitou-se  $H_0$  e aceitou-se a  $H_1$ , de que o tempo de estabelecimento do diagnóstico influencia na qualidade de vida dos pacientes.

### Relação entre a idade do diagnóstico e a qualidade de vida em relação com a saúde

Através do teste de correlação de R de Pearson (anexo VIII), verificou-se que existe relação entre idade do diagnóstico e as dimensões da qualidade de vida. Foram encontradas duas correlações negativas moderadas (tabela 20). A primeira, entre a idade do diagnóstico e a dimensão função física ( $R=-0,655$  com  $p=0,003$ ); a segunda, relativa ao desempenho físico ( $R=-0,544$  e  $p=0,002$ ), em que quanto mais tarde é diagnosticada a doença, menores os valores da função física e do desempenho físico.

Constatou-se, igualmente, uma correlação moderada positiva entre a idade do diagnóstico e a dor corporal ( $R=0,700$ ,  $p=0,001$ ), que, com o aumento da idade do diagnóstico, a dor também aumenta, e uma correlação moderada positiva entre a vitalidade e a idade do diagnóstico ( $R=0,557$  e  $p=0,016$ ), sendo que existe uma associação entre a idade do diagnóstico e a vitalidade, já que o aumento da primeira é acompanhada pelo aumento da segunda.

**Tabela 20** – Teste de correlação de R de Pearson entre idade do diagnóstico e as componentes FF, DF, DC e VT.

	Idade do diagnóstico		
	N	p	Correlação R de Pearson
<b>Função Física (FF)</b>	18	0,003	-0,655**
<b>Desempenho Físico (DF)</b>	18	0,002	-0,544*
<b>Dor Corporal (DC)</b>	18	0,001	0,700**
<b>Vitalidade (VT)</b>	18	0,016	0,557*

(\*) Correlação significativa com nível de significância ( $\alpha=0.05$ ).

(\*\*) Correlação significativa com nível de significância ( $\alpha=0.01$ ).

Em função da análise anterior e dos testes realizados, podemos rejeitar  $H_0$  e aceitar a hipótese (a qualidade de vida em relação com a saúde está relacionada com a idade do diagnóstico dos pacientes) numa relação em que, com o aumento da idade do diagnóstico, diminui a função física e o desempenho físico e aumenta a dor corporal, assim como a vitalidade.

## Relação entre a prática de EF e as componentes da qualidade de vida em relação com a saúde

Para verificar se existiam diferenças nas componentes da qualidade de vida entre os praticantes e os não praticantes, recorreu-se ao teste de Mann-Whitney. Podemos verificar, na tabela 21, que os pacientes que praticam exercício físico apresentam valores médios superiores nas componentes função física, desempenho físico, saúde geral, desempenho emocional e saúde mental, comparando com os que não praticam. A componente dor corporal apresenta um valor médio de 46,0 para os praticantes e um valor superior (68,89) para os não praticantes, o que sugere que os que praticam exercício físico apresentam níveis menores de dor corporal, quando comparados com os não praticantes.

Estas diferenças, como se pode analisar no quadro (anexo VII), são estatisticamente significativas nas componentes função física ( $p=0,003$ ), desempenho físico ( $p=0,000$ ), dor corporal ( $p=0,028$ ), desempenho emocional ( $p=0,001$ ), saúde mental ( $p=0,000$ ) e vitalidade ( $p=0,043$ ), o que levou a rejeitar a hipótese  $H_0$  (a prática de exercício físico não influencia na qualidade de vida em relação com a saúde) e a aceitar a  $H_1$ , de que existem diferenças nas médias das componentes anteriormente referidas, entre o que praticam e os que não praticam exercício físico.

**Tabela 21** - Comparação das médias das componentes da qualidade de vida relativas à prática de exercício físico.

	Prática de EF	N	Média	Desvio padrão
<b>Função Física (FF)</b>	Não	9	33,89	17,28
	Sim	10	65,00	20,00
<b>Desempenho Físico (DF)</b>	Não	9	33,33	14,66
	Sim	10	65,00	12,57
<b>Dor Corporal (DC)</b>	Não	9	68,89	23,15
	Sim	10	46,00	10,75
<b>Saúde Geral (SG)</b>	Não	9	60,00	7,906
	Sim	10	63,00	11,83
<b>Vitalidade (VT)</b>	Não	9	54,17	12,10
	Sim	10	47,50	6,719
<b>Função Social (FS)</b>	Não	9	51,39	7,512
	Sim	10	48,75	9,22
<b>Desempenho Emocional (DE)</b>	Não	9	50,00	16,14
	Sim	10	84,17	14,93
<b>Saúde Mental (SM)</b>	Não	9	47,78	5,65
	Sim	10	61,00	5,68

### 3 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo pretendia avaliar a qualidade de vida dos doentes com Espondilite Anquilosante inscritos no Núcleo Regional de Ponte de Lima, da Associação Nacional de Espondilite Anquilosante, analisar se estes doentes praticam exercício físico e se este influencia na percepção do estado de saúde dos mesmos, verificar se a prática do exercício físico apresenta benefícios, isto é, se funciona como uma modalidade terapêutica e com repercussões ao nível da qualidade de vida dos pacientes.

Para o início da discussão, é importante levar em conta uma frase de Rocha (2002, p. 67), a respeito da qualidade de vida em relação com a saúde dos doentes com Espondilite anquilosante:

“ (...) a qualidade de vida de uma pessoa com EA está baseada na percepção da malha de consequências da doença nos seguintes aspectos: sintomas, aptidão física, capacidade de trabalho, funções e interações psicossociais, efeitos colaterais indesejáveis da medicação e custos biológicos e financeiros directos e indirectos.”

Os 19 doentes, 10 do sexo feminino e 9 do sexo masculino representam a amostra numa população de 23 doentes.

A média de idade dos primeiros sintomas situou-se nos 27,53 anos, o que vai de encontro à bibliografia, que refere que esta doença se caracteriza como uma patologia com início na segunda década de vida. Rocha (2002, p. 52) afirma que se trata de uma patologia com início por volta da adolescência e que raramente surge após os 45 anos de idade. Todavia, muitas pessoas com EA só vêm a ter conhecimento do diagnóstico da sua doença em idade avançada, talvez devido ao facto dela ter evoluído com poucos sintomas, facto que na amostra é verificado, uma vez que a idade mínima do aparecimento dos primeiros sintomas é de 15 e a máxima de 50 anos de idade.

Verificou-se também que o tempo decorrido desde os primeiros sintomas e a confirmação do diagnóstico (tempo de demora do estabelecimento do diagnóstico) apresenta uma média de 6,88 anos. Também é importante referir que existem pacientes cujo diagnóstico é confirmado

em menos de um ano. No entanto averiguou-se que num paciente o tempo que demorou a ser estabelecido o diagnóstico foi de 39 anos, o que, como afirma Rocha (2002, p. 52), “ (...) atrasos de 10 anos são o exemplo padrão de crime clínico”. Considerando o facto de se tratar de uma doença com um comprometimento axial rápido e progressivo, estes 6,88 anos (média) podem ser considerados elevados e podem ter consequências nefastas, uma vez que a evolução poderia ter sido contrariada em fases precoces da doença, e que, devido ao aumento do tempo de confirmação, a doença foi deixada evoluir.

Um estudo realizado na Noruega, referenciado por Rocha (2002, p. 66), sobre um universo de 100 pacientes com EA, revelou que um pouco mais de metade se mantinha profissionalmente activa ao fim de 16 anos de evolução, sendo, contudo, por vezes necessárias algumas intervenções ergonómicas. No presente estudo, podemos verificar que todos os doentes com aproximadamente onze anos de evolução se apresentam profissionalmente activos e com profissões diversas, o que de acordo com Chorus (2003), é gratificante para os doentes.

Relativamente ao estado civil, apurou-se que a maioria era casada, o que vai de encontro a Rocha (2002, p. 70) ao afirmar que as pessoas com EA têm geralmente uma vida conjugal produtiva e gratificante, podendo casar e criar os filhos como qualquer outro cidadão. No entanto, Queiroz (2002, p. 239) refere que, um estudo realizado demonstrou que, por vezes, surgem problemas relacionados com o sexo, uma vez que o doente pode não desejar o contacto sexual em consequência das dores, da fadiga, da anemia e da falta de líbido.

Quanto à reabilitação, analisou-se que a maioria realiza reabilitação periodicamente e com o objectivo de tratamento dos sintomas, mas também com o intuito de prevenir a evolução da doença, o que demonstra uma preocupação da parte dos pacientes em tentar reduzir os sintomas e minimizar a evolução progressiva que caracteriza a Espondilite Anquilosante.

Relativamente à modalidade terapêutica, a maioria realiza hidroterapia, o que vai de encontro a estudos realizados, que concluem tratar-se da modalidade terapêutica mais praticada e que demonstra contribuir para o aumento da funcionalidade (Altan et al. 2006), diminuição da dor e melhoria da percepção global da saúde (van Tubergen, 2006) e possui um papel importante na reversão do quadro inicial da doença (Antunes e al., 2005).

Rocha (2002, p. 27) expressa:

“Se alguém encontrar uma pessoa nova a sofrer a pouco tempo desta doença poucas coisas terá de retirar-lhe do seu projecto de vida, mas há uma a ter de acrescentar-lhe e para sempre. Esse encargo acrescentado consiste em ter de desfazer todos os dias, a rigidez que a doença espondilítica tiver originado nas 24 horas anteriores”.

No entanto, neste estudo conferiu-se que dez pacientes realizavam exercício físico e os restantes nove não cumpriam qualquer plano de exercício físico, o que demonstra que aproximadamente metade da amostra não realiza exercício físico, facto que é negativo tanto ao nível da prevenção ou retardamento da evolução, como da melhoria da funcionalidade e diminuição da anquilose.

Relativamente ao tempo desde que praticam exercício físico, a maioria refere que o fazem desde o diagnóstico e escolhem como modalidade preferida a natação ou hidroginástica. Quanto à frequência semanal, três pacientes praticam uma a duas vezes, número igual aos que praticam cinco a seis vezes por semana, o que segundo Van Tubergen (2006, p. 189) é aconselhado para dispor dos verdadeiros benefícios da prática de exercício físico.

A maioria dos pacientes realizava os exercícios à tarde ou à noite, o que poderá ser resultado da situação profissional (activos), e constatou-se que apenas um doente praticava de manhã, à tarde e à noite, paciente que, perante as profissões referidas, possivelmente não possui um trabalho com horários laborais fixos ou então se encontra na situação de reformado.

Em relação ao motivo que leva os pacientes a praticarem o exercício físico, constatou-se que a maioria realiza para obter benefícios ao nível do estado da saúde, mas também com a finalidade de contrariar a evolução da doença. Os factores aconselhamento médico e convívio também foram abordados como motivos para praticar exercício físico, o que, num estudo realizado por Dziedzic (2000, p. 132), demonstra que a prática de exercício físico na EA apresenta benefícios físicos, conjuntamente com benefícios psicológicos, resultantes do facto dos pacientes compartilharem as suas próprias experiências entre si.

No que diz respeito à qualidade de vida, e comparando com um estudo realizado por Ferreira e Santana (2003, p. 18) para a população activa portuguesa (não doente), em que foi utilizado

o mesmo instrumento para avaliar a qualidade de vida em relação com a saúde (SF36), aferiu-se que os doentes apresentam uma diminuição nas componentes função física, desempenho físico, dor corporal, vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental. No entanto, a componente saúde em geral que se refere à percepção holística da saúde e que inclui, não só a saúde actual, mas também a resistência à doença e a aparência saudável, é a única componente que apresenta valor superior, o que permitiu concluir que estes pacientes apesar de possuírem um nível actual de saúde reduzido (tabela 21), apresentam forças intrínsecas, no sentido de resistirem à doença, muito elevadas, o que é benéfico ao nível da qualidade de vida. Pode-se, assim, deduzir que a qualidade de vida das pessoas com EA do presente estudo é inferior à da população geral.

**Tabela 21** – Comparação dos valores das componentes entre a amostra e o estudo realizado por Ferreira e Santana.

	Nossa amostra		Ferreira e Santana (2003)	
	Média	D/P	Média	D/P
<b>Função Física (FF)</b>	50,26	24,24	75,27	26,74
<b>Desempenho Físico (DF)</b>	50,00	20,94	71,21	25,78
<b>Dor Corporal (DC)</b>	56,84	20,83	63,34	24,90
<b>Saúde Geral (SG)</b>	61,58	10,01	55,83	18,80
<b>Vitalidade (VT)</b>	50,66	9,97	58,43	25,61
<b>Função Social (FS)</b>	50,00	8,33	74,95	22,80
<b>Desempenho emocional (DE)</b>	67,98	23,12	73,56	24,59
<b>Saúde Mental (SM)</b>	54,74	8,74	64,04	22,84

Um estudo realizado por Dagfinrud et al. (2004) constatou que os doentes apresentavam valores inferiores em todas as componentes quando comparados com a população não doente. Assim sendo, podemos afirmar que a nossa amostra se encontram, em termos de estado de saúde, num patamar favorável. Todavia, é importante considerar o tamanho da amostra.

Aquando da verificação da relação entre idade e as dimensões da qualidade de vida, Ferreira e Santana (2003, p. 18) referem que com a idade as pontuações médias diminuem significativamente, o que vai de encontro aos resultados obtidos no presente estudo. Obtiveram-se relações de associação negativa moderadas entre a idade e a componente função física, em que o aumento da idade está associado a uma diminuição da capacidade de executar actividades físicas menores, como tomar banho ou vestir-se, actividades extenuantes,

actividades intermédias, como levantar ou carregar as compras, subir escadas, inclinar-se, ajoelhar-se e baixar-se.

As relações de associação moderadas positivas entre a idade e a dor corporal descobertas permitem aferir que, com o passar dos anos e com a evolução da doença, a dor corporal aumenta, o que é importante, uma vez que contraria os resultados do estudo de Ariza-Ariza et al. (2003) que demonstram que, com o passar dos anos, a dor corporal diminui em resultado da anquilose.

Rocha (2002, p. 20) refere que o aumento do tempo (anos) de confirmação do diagnóstico se relaciona positiva e negativamente com as componentes da qualidade de vida. As correlações negativas situam-se nas dimensões função física e desempenho físico. As positivas, ao nível da dor corporal, em que o aumento do tempo de estabelecimento do diagnóstico se encontra positivamente associado com o aumento da dor corporal. As componentes função social e vitalidade também se relacionam com o aumento do tempo de estabelecimento do diagnóstico. Quanto mais tempo demora a confirmação do diagnóstico, maiores são os níveis de função social, que representam a quantidade e a qualidade das actividades sociais e o impacto dos problemas físicos e emocionais nestas actividades, e maiores os níveis de vitalidade. Contudo, os níveis de dor também aumentam com o aumento do tempo de estabelecimento do diagnóstico.

Como seria de esperar, a idade do diagnóstico também apresentou relações de associação com as componentes da qualidade de vida. Representa que, quanto mais tarde é diagnosticada, maiores são as pontuações médias ao nível das componentes dor corporal e vitalidade; ao ser diagnosticada mais tarde contribui para que a doença seja deixada evoluir e, conseqüentemente, aumente a dor percebida. Quanto à vitalidade, também aumenta moderadamente com a idade, verificando-se que as pessoas sentem mais energia e força para viver quando a doença é diagnosticada em idades mais avançadas.

As relações de associação negativas encontradas, entre o aumento da idade do diagnóstico e as componentes função física e do desempenho físico, vão de encontro aos resultados do estudo de Davis et al. (2005).

Estudos realizados por Pinheiro (2000) e Antunes et al. (2005) demonstraram que a prática de exercício físico reporta benefícios ao nível de diversas componentes da qualidade de vida. No presente estudo, estes benefícios foram verificados, pois encontraram-se diferenças nas pontuações médias das componentes entre os praticantes e os não praticantes.

Neste estudo provou-se que os doentes que praticavam exercício físico apresentavam valores médios superiores nas componentes função física, desempenho físico e saúde mental, comparando com os pacientes que não praticavam. Estas diferenças podem ser explicadas, segundo Pinheiro (2000, p. 60), pelo facto do exercício físico, ao ser estruturado, planeado e repetitivo, ser benéfico ao nível da força muscular, amplitude articular, propriocepção, postura corporal e, conseqüentemente melhorar performances funcionais.

Também se apuraram benefícios ao nível do desempenho emocional e da vitalidade que, segundo Pinheiro (2000, p. 62), podem ser explicados devido ao facto do exercício físico possibilitar o aumento da motivação e eficácia, elevação da auto-estima, redução dos níveis de ansiedade e depressão, todos eles factores fundamentais na intervenção terapêutica reabilitadora e no prognóstico dos doentes com EA.

A componente dor corporal apresentou benefícios com o exercício físico. Também Pinheiro (2000, p. 61), nas suas investigações, demonstrou que o exercício físico pode contribuir para o controlo da estimulação nociceptiva, quer pelo bloqueio a nível medular (“gate-control”), quer pela libertação de substâncias que limitam a actividade de neurotransmissores envolvidos nas mensagens dolorosas ao nível medular.

De facto, após a verificação das diferenças nas médias, concluiu-se que estas são estatisticamente significativas nas dimensões função física, desempenho físico e emocional, dor corporal, vitalidade e na componente saúde mental. Tudo isto permite afirmar que o exercício físico regular e apropriado assume-se como uma das opções mais válidas, cujos benefícios têm sido demonstrados em inúmeros estudos, como os de Sweeney et al. (2002), de Lim et al. (2005), Ince et al. (2006) e de Fernandez-de-Las-Perras (2005), ao nível dos sintomas mais comuns desta patologia, nomeadamente na redução da dor e da rigidez articular, melhoria ou manutenção da amplitude articular, incremento da força muscular e melhoria da condição física, com repercussões positivas na funcionalidade e na percepção holística do estado de saúde.

## CONCLUSÃO

A espondilite anquilosante constitui uma das doenças com mais implicações psico-familiares e socioprofissionais, na medida em que influencia ao nível de absentismo laboral e das reformas precoces. Pensa-se que é necessário transmitir aos doentes que, se realmente estiverem dispostos a trabalhar/praticar exercício físico, podem conseguir uma redução da dor e melhorias substanciais nos seus níveis de actividade e qualidade de vida.

Com as análises referentes aos dados obtidos, cujo principal objectivo foi verificar a relação entre a prática de exercício físico e a qualidade de vida em relação com a saúde dos doentes com Espondilite anquilosante, conclui-se que:

- A qualidade de vida em relação com a saúde, apesar das diferenças não serem estatisticamente significativas, é diferente entre o género, sendo que o feminino apresenta valores inferiores ao masculino na maioria das componentes;
- As variáveis idade, idade do diagnóstico e tempo de estabelecimento do diagnóstico influenciam na percepção do estado de saúde dos doentes;
- O exercício físico apresenta-se como uma modalidade terapêutica e promotor da qualidade de vida;
- A qualidade de vida dos doentes com Espondilite Anquilosante apresenta-se diminuída quando comparada com a população saudável;
- Os resultados são válidos apenas para a população estudada, não sendo possível extrapolá-los devido à não representatividade da amostra;
- Os objectivos do estudo foram alcançados. Contudo, a ânsia, não apenas da intervenção prática com os conhecimentos adquiridos durante o curso, mas também da realização de uma investigação com uma amostra mais numerosa (porque certamente

algumas das questões que subsistem poderiam ser alvo de testes, caso o tamanho da amostra fosse maior) é o sentimento com que se conclui este trabalho de investigação;

Assim sendo, após todo este percurso académico e a realização desta investigação, um mundo de interrogações subsiste e um enorme campo de pesquisa se abre diante dos olhos da investigadora!

## **BIBLIOGRAFIA**

Afonso, M. (1999). Aspectos imagiológicos e clínicos da espondilite anquilosante, *Acta Reumatologia Portuguesa*, XXIV (90, Jan. /Fev.), pp. 10-14.

Almeida, L., Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga, Edições Psiquilíbrios.

Altan L., Bingol, U., Aslan, M., Yurtkuran, M. (2006). The effect of balneotherapy on patients with Ankylosing Spondylitis. *Scandinavian Journal of rheumatology*, 35 (4), pp. 283-289. [Em linha], Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=pubmed> [consultado em 08-08-2006].

Antunes, R., Martelo, D., Marques, E. (2005). Espondilite anquilosante: da doença inflamatória á reabilitação, *Arquivos de Fisiatria*, 12 (45, Jan. /Fev. /Mar), pp. 13-24.

Ariza-Ariza, R., Hernandez-Cruz, B., Navarro-Sarabia, F. (2003). Physical function and health-related quality of life of Spanish patients with Ankylosing Spondylitis, *Arthritis and Rheumatism*, 49 (4), pp.483-487. [Em linha], Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=pubmed> [consultado em 06-08-2006].

Bostan, E., Borman, P., Bodur, H., Barca, N. (2003). Functional disability and quality of life in patients with Ankylosing Spondylitis, *Rheumatology International*, 23(3), pp.121-126. [Em linha], Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=pubmed> [consultado em 16-08-2006].

Branco, P., Tomás, R., Cláudio, S. (2006). *Reabilitação aquática – hidrocinesiterapia*. Porto, Editora Medesign.

Cardoso, J. (2000). Doenças metabólicas e exercício físico. *In: Pinto, A. (1ª edição). Saúde e exercício.* Coimbra, Editora Quarteto, pp. 75-95.

Cervo, A., Bervian, P. (2002). *Metodologia Científica.* São Paulo, Edições Prentice Hall.

Chorus, S., Miedema, S., Boonen, A., Van der Linden, S. (2003). Quality of life and work in patients with rheumatoid arthritis and Ankylosing Spondylitis of working age, *Annals of the rheumatic disease*, 62(12), pp.1178-1184. [Em linha], Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=pubmed> [consultado em 12-08-2006].

Coutinho, V. (2000). O exercício físico e a clínica geral. *In: Pinto, A. (1º edição). Saúde e exercício físico.* Coimbra. Editora quarteto, pp.106-116.

Dagfinrud, H., Mengshoel, M., Hagen, B., Loge, H., Kvien, K. (2004). Health States of patients with Ankylosing Spondylitis: a comparison with the general population, *Annals of the rheumatic disease*, 63(12), pp.1605-1610.

Davis, C., Van der Heijde, D., Dougados M., Woolley, M. (2005). Reductions in health quality of life in patients with Ankylosing Spondylitis and improvements with etanercept therapy, *Arthritis and rheumatism*, 53(4), pp.494-501. [Em linha], Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=pubmed> [consultado em 06-07-2006].

Dequeker, J., Vlam, K. (2006). The History of Ankylosing Spondylitis. *In: Royen, B., Dijkmans, B., (1º edição). Ankylosing Spondylitis: Diagnosis and Management.* New York, Editora Taylor & Francis, pp. 1-22.

Dziedzic, K. (2000). Espondilitis Anquilosante. *In: David, C., Lloyd, J. Rehabilitación Reumatológica.* Madrid. Editora Harcourt, pp. 119-139.

Fernandez-de-Las-Penas, C., Alonso-Blanco, C., Morales-Cabezas, M., Miangolarra-Page JC. (2005). Two exercise interventions for the management of patients with Ankylosing Spondylitis: a randomized controlled trial, *American journal of physician medicine and rehabilitation*, 84(6), pp.407-419. [Em linha], Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=pubmed> [consultado em 08-06-2006].

Ferreira, P. (2000). Criação da versão portuguesa do SF-36 – Parte I – Adaptação cultural e linguística, *Acta Médica Portuguesa*, 13, pp.55-66.

Ferreira, P. (2000). Criação da versão portuguesa do SF-36 – Parte II – Testes de validação, *Acta Médica Portuguesa*, 13, pp.119-127.

Ferreira, P., Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas, *Revista portuguesa de saúde pública*, 2 (2, Jul-dez), pp.15-30.

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação – da concepção à realização*. Loures, Edições Lusociência.

Haibel, H., Niewerth, M., Brandt, J., Rudwaleit M., Listing J., Sieper, J., Braun, J. (2004). Measurement of quality of life in patients with active Ankylosing Spondylitis being treated with infliximab - a comparison of SF-36 and SF-12, *Zeitschrift für Rheumatologie*, 63(5), pp. 393-401. [Em linha], Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=pubmed> [consultado em 16-07-2006].

Ince, G., Sarpel, T., Durgun, B., Erdogan, S. (2006). Effects of a multimodal exercise program for people with Ankylosing Spondylitis, *Physical Therapy*, 86(7), pp.924-935.

Lim, J., Moon, I., Lee, S. (2005). Effects of home-based daily exercise therapy on joint mobility, daily activity, pain, and depression in patients with Ankylosing Spondylitis, *Rheumatology International*, 25(3), pp.225-229.

Lim, J., Lee, S., Lim, S. (2005). Exercise, pain, perceived family support, and quality of life in Korean patients with Ankylosing Spondylitis, *Psychological reports*, 96(1), pp. 3-8. [Em linha], Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=pubmed> [consultado em 23-07-2006].

Maillefert, J., Roux, C. (2006). Bone mineral density and osteoporosis in Ankylosing spondylitis. In: Royen B., Dijkmans, B., (1º edição). *Ankylosing Spondylitis: Diagnosis and Management*. New York, Editora Taylor & Francis, pp. 99-121.

McGonagle, D., Tan, A., Wakefield, R., Emery, P. (2006). Imaging in Ankylosing Spondylitis. In: Royen B., Dijkmans, B., (1º edição). *Ankylosing Spondylitis: Diagnosis and Management*. New York, Editora Taylor & Francis, pp. 71-81.

Mediavilla, M., Ferreira, J. (1998). Espondilite Anquilosante, *Pathos (Formação médica contínua)*, XIV (3), pp. 33-51.

Miceli-Richard, C., Dougados, M. (2006). Medical Treatment for Ankylosing Spondylitis: An Overview. In: Royen B., Dijkmans, B., (1º edição). *Ankylosing Spondylitis: Diagnosis and Management*. New York, Editora Taylor & Francis, pp. 163-168.

Pestana, M., Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais – a complementaridade do SPSS*. Lisboa, Edições Sílabo.

Pinheiro, J. (2000). O exercício físico como reabilitação. In: Pinto, A. (1º edição). *Saúde e exercício físico*. Coimbra. Editora quarteto, pp.57-63.

Polit, D., Hungler, B. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud*. México, Edições McGraw-Hill.

Queiroz, M. (1998). *Reumatologia Clínica*. Lisboa, Edições Lidel.

Queiroz, M. (2002). Espondilartrite Anquilosante. *In: Queiroz, M. Reumatologia – Clínica e terapêutica das doenças reumáticas I*. Lisboa. Edições Lidel, pp. 230-239.

Queiroz, M. (2004). *Exercícios para doentes reumáticos*. Lisboa, Edições Lidel.

Ribeiro, J. (1997). A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas. *In: Ribeiro, J. Actas – Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde*. Braga. Editado pelo Instituto superior de psicologia aplicada, pp.253-272.

Rocha, F. (2002). *Espondilite Anquilosante – os factos*. Alcabideche, direcção da ANEA.

Rocha, F. (2002). *Manual da Espondilite Anquilosante*. Lisboa, Secretariado Nacional para a reabilitação e integração das pessoas com deficiência.

Roussouly, P., Gollogly, S., Sailhan, F. (2006). Sagittal Balance of Spine in Ankylosing Spondylitis. *In: Royen B., Dijkmans, B., (1º edição). Ankylosing Spondylitis: Diagnosis and Management*. New York, Editora Taylor & Francis, p.134.

Santos, S. (2002). Comportamento Adaptativo, qualidade de vida e “self-Advocacy”, *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 9 (1), p.56.

Sérgio, M. (2005). Motricidade Humana – qual o futuro?, *Motricidade*, 1(4), pp. 271-283.

Severino, A. (2003). *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo, Editora Cortez.

Sieper, J., Braun, J. (2006). Biologic Therapies in Spondyloarthritides – The Current State. *In: Royen B., Dijkmans, B., (1º edição). Ankylosing Spondylitis: Diagnosis and Management*. New York, Editora Taylor & Francis, p. 170.

Silva, J. (2004). *Reumatologia Prática*. Coimbra, Edições Diagnóstico.

Silva, M. (2005). As enteses como alvo nas Espondiloartropatias, *Jornal do Instituto Português de Reumatologia*, 4 (3/ out-nov), p.171.

Simões, M. (1999). Terapêutica das Espondiloartropatias, *Pathos (Formação médica contínua)*, XV (2/ Fev.), p. 22.

Skare, T. (1999). Espondiloartropatias seronegativas – conceitos gerais. In: Skare, T. *Reumatologia – Princípios e prática*. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan, p.173.

Sweeney, S., Taylor, G., Calin, A. (2002). The effect of home based exercise intervention package on outcome in Ankylosing Spondylitis: a randomized controlled trial. *Journal of Rheumatology*, 29 (4), pp.763-766.

Taugog, J., Lipsky, P. (1998). Espondilite Anquilosante, artrite reactiva, espondiloartropatia indiferenciada. In: Fauci, Braunwald, (14ª edição). *Medicina Interna – Harrison*. Rio de Janeiro. Editora Mc Graw Hill, p.2023.

Timms, A., Wordsworth, B., Brown, M. (2006). Epidemiology, Pathogenesis, and Genetics of Ankylosing Spondylitis. In: Royen B., Dijkmans, B. (1º edição). *Ankylosing Spondylitis: Diagnosis and Management*. New York, Editora Taylor & Francis, p.23.

Van der Horst-Bruinsma, I. (2006). Clinical Aspects of Ankylosing Spondylitis. In: Royen B., Dijkmans, B. (1º edição). *Ankylosing Spondylitis: Diagnosis and Management*. New York, Editora Taylor & Francis, pp. 45-70.

Van Tubergen, A. (2006). Physiotherapy Interventions for Ankylosing Spondylitis. In: Royen B., Dijkmans, B. (1º edição). *Ankylosing Spondylitis: Diagnosis and Management*. New York, Editora Taylor & Francis, pp. 187-195.

Van Tubergen, A., Coenen, J., Landewe, R., Spoorenberg, A., Chorus, A., Boonen, A., Van der Linden, S., Van der Heijde, D. (2002). Assessment of fatigue in patients with Ankylosing spondylitis: a psychometric analysis, *Arthritis and rheumatism*, 47(1), pp.8-16.

Ward, M. (1998). Quality of life in patients with Ankylosing Spondylitis, *Rheumatology disease clinical North American*, 24 (4), pp. 815-827.

# Anexos

**Anexo I**

**Plano de exercício para os doentes com Espondilite Anquilosante realizarem em casa**

**Anexo II**

**Instrumento de colheita de dados**

---

## QUESTIONÁRIO

Nº \_\_\_\_\_

---

**1. Género:**

a) Feminino

b) Masculino

**2. Idade:** \_\_\_\_\_

**3. Idade dos primeiros sintomas** \_\_\_\_\_

**4. Idade do diagnóstico** \_\_\_\_\_

**5. Profissão:** \_\_\_\_\_

**6. Estado civil**

a) Solteiro

b) Casado

c) Viúvo

d) Divorciado /Separado

e) União de facto

**7. Faz reabilitação?**

a) Não  (se escolheu esta opção passar à questão 8)

b) Sim

**1) Frequência** (Escolher a opção (s) correcta (s))

a) Periodicamente

b) Ocasionalmente

**2) Finalidade** (Escolher a opção (s) correcta (s))

- a) Prevenção
- b) Tratamento dos sintomas

**3) Sabe identificar que tipo de reabilitação faz?**

- Não
- Sim  Ginásio
- Hidroterapia
- Outro

**8. Pratica exercício físico regularmente?**

- a) Não  (se escolheu esta opção passar à parte II do questionário)
- b) Sim

**8.1 Há quanto tempo?**

- Desde o diagnóstico
- Outro  Especifique \_\_\_\_\_

**8.2 Tipo /modalidade** (Escolher a opção (s) correcta (s))

- a) Natação/ Hidroginástica
- b) Voleibol
- c) Ginástica
- d) Bicicleta
- e) Caminhadas
- c) Plano semanal de exercícios diários
- d) Outro  Qual? \_\_\_\_\_

**8.3 Quantas vezes por semana?** \_\_\_\_\_

**8.4 Quanto tempo em média por sessão?** \_\_\_\_\_

**8.5 A que hora do dia?** (Escolher a opção (s) correcta (s))

- a) Manhã
- b) Tarde
- c) Noite

**8.6 Porque Motivo?** (Escolher a opção (s) correcta (s))

- a) Sinto-me melhor
- b) Aconselhamento médico
- c) Melhorar o meu estado de saúde
- d) Para retardar a evolução da doença
- e) Conviver com amigos
- f) Outro (s)  Qual (s)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Anexo III**

**Carta pedido de autorização do instrumento SF36v2**

**Exmo. Sr. Director do Centro de  
Estudos e Investigação em Saúde da  
Universidade de Coimbra**

Ponte de Lima, 25 Janeiro de 2006

Exmo. Sr. Director do CEIS-UC:

Eu, Rosa Maria Dantas Costa, aluna do 5º ano da licenciatura de Motricidade Humana, da Universidade Fernando Pessoa – pólo Orgânico de ponte de Lima, encontro-me a realizar a monografia de final de curso intitulada “ **Espondilite Anquilosante: o exercício físico como reabilitação e promotor da qualidade de vida.**”

O objectivo do estudo é o de avaliar os hábitos da prática de exercício físico e a qualidade de vida dos pacientes para posteriormente estabelecer e verificar se existe relação entre as duas variáveis. Contudo, para a realização deste estudo, necessito da aplicação de um questionário para avaliar a Qualidade de vida (SF-36) e tomei conhecimento que foi validado para a população portuguesa pelo Exmo. Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira.

Assim, venho por este meio pedir ao Exmo. Director do CEIS-UC autorização para utilizar o questionário SF-36 no meu estudo, comprometendo-me a não alterar o questionário, a utilizá-lo de acordo com os procedimentos propostos, cumprir todos os procedimentos para o uso do mesmo e os dados obtidos com o questionário assim como os resultados finais do estudo podem ser fornecidos caso seja interesse de V. Exa.

Sem outro assunto e na expectativa de uma resposta favorável por parte de V.Exa, agradeço a atenção dispensada, despeço-me com os melhores cumprimentos.

Atentamente,

---

Rosa Maria Dantas Costa

**Anexo III**

**Autorização do autor do instrumento SF36v2**

Correio :: Inbox: FW: Pedido de autorização do sf-36 v2 - Microsoft Internet Explorer

Ficheiro Editar Ver Favoritos Ferramentas Ajuda

Retroceder Avançar Parar Recarregar Home Procurar Favoritos

Endereço <https://webmail.ufp.pt/horde/imp/message.php?index=146#> Ir para Hiperligações

**Inbox: FW: Pedido de autorização do sf-36 v2 (2 de 15)**

Marcar como: Mover Copiar Esta mensagem para Back to Inbox

Delete Reply Forward Redirect View Thread Message Source Save as Print

Data: Tue, 21 Feb 2006 09:47:18 -0000 [21-02-2006 09:47:18 WET]

De: CEISUC <ceisuc@fe.uc.pt>

Para: 10989@ufp.pt

Assunto: FW: Pedido de autorização do sf-36 v2

Parte(s):  
2 SF-36 v2 Port.pdf [application/pdf] 22 KB  
3 Autorização SF-36 Email F.doc [application/msword] 40 KB  
Download All Attachments (in .zip file)

Cabeçalhos: Mostrar todos os cabeçalhos

1 unnamed [text/plain] 2,21 KB

-----Original Message-----  
From: Conselho Directivo da FEUC [mailto:pedrof@fe.uc.pt]  
Sent: segunda-feira, 23 de Janeiro de 2006 14:31  
To: 'CEISUC'  
Cc: 'CEISUC'  
Subject: RE: Pedido de autorização do sf-36 v2

\*\*\*\*\*  
Pedro Lopes Ferreira  
Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra  
Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra  
Av Dias da Silva 165  
3004-512 Coimbra  
\*\*\*\*\*

-----Original Message-----  
From: CEISUC [mailto:ceisuc@fe.uc.pt]  
Sent: segunda-feira, 23 de Janeiro de 2006 14:00  
To: pedrof@fe.uc.pt  
Subject: FW: Pedido de autorização do sf-36 v2

-----Original Message-----  
From: 10989@ufp.pt [mailto:10989@ufp.pt]  
Sent: segunda-feira, 23 de Janeiro de 2006 11:54  
To: ceisuc@fe.uc.pt  
Subject: Pedido de autorização do sf-36 v2

Internet

Iniciar UFP - Universidad... Correio :: Inbox: ... Documento1 - Micr... PT 13:49

**Anexo V**

**Carta de explicação do estudo e Consentimento informado**

# **CARTA DE EXPLICAÇÃO DO ESTUDO**

## **Título**

---

Espondilite Anquilosante: o exercício físico como reabilitação e promotor da qualidade de vida dos doentes com Espondilite Anquilosante do Núcleo Regional de Ponte de Lima da Associação Nacional de Espondilite Anquilosante.

## **Investigadora**

---

Aluna do 5.º ano de Licenciatura em Motricidade Humana da Universidade Fernando Pessoa da Unidade orgânica de Ponte de Lima. Telemóvel: 967215740.

## **Objectivo**

---

Este estudo tem por base a realização de uma monografia, integrada no plano curricular do curso de Motricidade Humana.

O objectivo do estudo compreende explorar e analisar a relação existente entre a prática de exercício físico e a qualidade de vida dos pacientes com Espondilite Anquilosante do Núcleo Regional de Ponte de Lima.

Pretendo realizar este estudo sobre a prática de exercício físico e a qualidade de vida, porque pretendo saber até que ponto estes dois aspectos se interrelacionam e também para determinar, entre os pacientes, os benefícios que estes adquirem ao nível da qualidade de vida aquando da prática de exercício físico.

## **Método**

---

Para realizar o estudo, efectuei o pedido de autorização ao Núcleo Regional de Ponte de Lima da ANEA, para que todos os pacientes inscritos no núcleo participassem no estudo. Solícito a

ajuda de todos os pacientes para preencher um questionário sobre o tema em questão. Posteriormente, e, após analisar os dados, irei comunicar os resultados numa monografia.

## **Confidencialidade**

---

Todos os dados colhidos durante o estudo serão tratados de forma confidencial. Todo o material será conservado sob minha inteira responsabilidade.

O anonimato dos pacientes manter-se-á ao longo de todo o estudo, o que compreende igualmente a etapa de divulgação dos resultados. Sendo assim, nenhum dos participantes será reconhecido nem por mim, a investigadora, nem pelo leitor do relatório final (a monografia). Nos questionários não pretendo a identidade da pessoa, visto que este aspecto não tem interesse para o estudo.

Assumo, desde já, que todos os princípios éticos serão integralmente respeitados escrupulosamente.

## **Participação**

---

A escolha em participar ou não no estudo é voluntária. Solicito que partilhe a sua experiência, respondendo ao questionário e desse modo colabore na concretização deste trabalho de Investigação.

O questionário será anónimo e as respostas confidenciais, por isso, por favor não assine em qualquer parte do questionário e responda com veracidade.

Agradeço a sua gentil colaboração

---

(Rosa Maria Dantas Costa)

---

## Consentimento informado

---

**Investigadora:** Rosa Maria Dantas Costa, aluna do 5.º ano de Licenciatura em Motricidade Humana da Universidade Fernando Pessoa - Unidade orgânica de Ponte de Lima. Telemóvel 967215740

Reconheço que os procedimentos da investigação descritos na carta anexa me foram explicados e que me responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões.

Informaram-me também que tenho o direito de colocar, agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo.

Asseguraram-me que a informação que disponibilizo será guardada de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada identificando algum dos participantes.

Pelo presente documento, eu disponho-me a participar, no estudo de investigação.

Nome \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Para qualquer questão, contactar a investigadora.

**Anexo VI**

**Resultado dos testes para verificar a normalidade da amostra**

## TESTES DA NORMALIDADE

Resultado do teste da normalidade das componentes da qualidade de vida.

**Tests of Normality**

	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	
FF1	,930	19	,177
DF1	,951	19	,403
DC1	,914	19	,088
SG1	,962	19	,613
VT1	,901	19	,051
FS1	,801	19	,510
DE1	,909	19	,072
SM1	,872	19	,549

Resultado do teste da normalidade das variáveis género e prática de exercício físico.

**Tests of Normality**

	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.
Exercício físico	,641	19	,000
Género	,641	19	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Resultado do teste da normalidade das variáveis idade, idade dos primeiros sintomas, idade do diagnóstico e tempo até ao diagnóstico.

**Tests of Normality**

	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	
Idade	,919	17	,141
Idade do diagnóstico	,897	17	,061
Tempdiag	,653	17	,153
Idade dos primeiros sintomas	,932	17	,234

**Anexo VII**

**Resultados do teste Mann-Whitney**

## TESTE DE MANN-WHITNEY

Resultado do teste Man-Whitney para as diferenças das médias entre o género masculino e o feminino.

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	FF1	DF1	DC1	SG1	VT1	FS1	DE1	SM1
Mann-Whitney U	36,500	36,500	22,500	34,500	40,500	30,000	42,000	40,000
Wilcoxon W	91,500	91,500	67,500	89,500	85,500	75,000	97,000	85,000
Z	-,698	-,701	-1,860	-,870	-,376	-1,378	-,250	-,419
Asymp. Sig. (2-tailed)	,485	,484	,063	,384	,707	,168	,802	,675
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,497 <sup>a</sup>	,497 <sup>a</sup>	,065 <sup>a</sup>	,400 <sup>a</sup>	,720 <sup>a</sup>	,243 <sup>a</sup>	,842 <sup>a</sup>	,720 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Género

Resultado do teste Man-Whitney para as diferenças das médias entre os que praticam e os que não praticam exercício físico.

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	FF1	DF1	DC1	SG1	VT1	FS1	DE1	SM1
Mann-Whitney U	10,500	5,000	18,000	38,500	20,000	37,500	7,500	5,000
Wilcoxon W	55,500	50,000	73,000	83,500	75,000	92,500	52,500	50,000
Z	-2,832	-3,296	-2,232	-,539	-2,091	-,689	-3,128	-3,351
Asymp. Sig. (2-tailed)	,005	,001	,026	,590	,036	,491	,002	,001
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,003 <sup>a</sup>	,000 <sup>a</sup>	,028 <sup>a</sup>	,604 <sup>a</sup>	,043 <sup>a</sup>	,549 <sup>a</sup>	,001 <sup>a</sup>	,000 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Pratica exercício regularmente?

**Anexo VIII**

**Resultados das correlações R de Pearson**



Resultados das correlações entre as variáveis idade, idade dos primeiros sintomas, idade do diagnóstico, tempo de estabelecimento do diagnóstico e as componentes da qualidade de vida.

Correlations

		FS1	SM1	FF1	DF1	DC1	SG1	VT1	DE1	Idade	Idade dos primeiros sintomas	Idade do diagnóstico	Tempdiag
FS1	Pearson Correlation	1	-.238	-.206	-.124	,320	-.125	,052	-.120	,209	-.206	,312	,529*
	Sig. (2-tailed)	.	,325	,397	,612	,182	,610	,832	,624	,390	,428	,207	,029
	N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	17	18	17
SM1	Pearson Correlation	-.238	1	,446	,484*	-.249	,100	-.118	,644**	-.142	,099	-.254	-.324
	Sig. (2-tailed)	,325	.	,055	,036	,304	,683	,632	,003	,561	,706	,309	,205
	N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	17	18	17
FF1	Pearson Correlation	-.206	,446	1	,681**	-.620**	,296	-.209	,611**	-.582**	-.264	-.655**	-.531*
	Sig. (2-tailed)	,397	,055	.	,001	,005	,219	,390	,005	,009	,307	,003	,028
	N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	17	18	17
DF1	Pearson Correlation	-.124	,484*	,681**	1	-.764**	,099	-.530*	,759**	-.379	-.037	-.544*	-.570*
	Sig. (2-tailed)	,612	,036	,001	.	,000	,685	,020	,000	,110	,888	,020	,017
	N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	17	18	17
DC1	Pearson Correlation	,320	-.249	-.620**	-.764**	1	,012	,663**	-.520*	,530*	,183	,700**	,658**
	Sig. (2-tailed)	,182	,304	,005	,000	.	,961	,002	,023	,020	,481	,001	,004
	N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	17	18	17
SG1	Pearson Correlation	-.125	,100	,296	,099	,012	1	,285	,041	-.124	-.265	-.147	,042
	Sig. (2-tailed)	,610	,683	,219	,685	,961	.	,237	,869	,612	,304	,560	,873
	N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	17	18	17
VT1	Pearson Correlation	,052	-.118	-.209	-.530*	,663**	,285	1	-.418	,349	,152	,557*	,497*
	Sig. (2-tailed)	,832	,632	,390	,020	,002	,237	.	,075	,143	,561	,016	,042
	N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	17	18	17
DE1	Pearson Correlation	-.120	,644**	,611**	,759**	-.520*	,041	-.418	1	-.299	-.082	-.464	-.445
	Sig. (2-tailed)	,624	,003	,005	,000	,023	,869	,075	.	,214	,754	,053	,073
	N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	17	18	17
Idade	Pearson Correlation	,209	-.142	-.582**	-.379	,530*	-.124	,349	-.299	1	,740**	,809**	,349
	Sig. (2-tailed)	,390	,561	,009	,110	,020	,612	,143	,214	.	,001	,000	,170
	N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	17	18	17
Idade dos primeiros sintomas	Pearson Correlation	-.206	,099	-.264	-.037	,183	-.265	,152	-.082	,740**	1	,524*	-.173
	Sig. (2-tailed)	,428	,706	,307	,888	,481	,304	,561	,754	,001	.	,031	,507
	N	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
Idade do diagnóstico	Pearson Correlation	,312	-.254	-.655**	-.544*	,700**	-.147	,557*	-.464	,809**	,524*	1	,748**
	Sig. (2-tailed)	,207	,309	,003	,020	,001	,560	,016	,053	,000	,031	.	,001
	N	18	18	18	18	18	18	18	18	18	17	18	17
Tempo até diagnóstico	Pearson Correlation	,529*	-.324	-.531*	-.570*	,658**	,042	,497*	-.445	,349	-.173	,748**	1
	Sig. (2-tailed)	,029	,205	,028	,017	,004	,873	,042	,073	,170	,507	,001	.
	N	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

