



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

**CAPACIDADE FUNCIONAL ENTRE MULHERES COM FIBROMIALGIA E
SAUDÁVEIS**

LUIZ FELIPE TAVARES

**NATAL – RN
2016**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

**CAPACIDADE FUNCIONAL ENTRE MULHERES COM FIBROMIALGIA E
SAUDÁVEIS**

LUIZ FELIPE TAVARES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fisioterapia da UFRN, como pré requisito para obtenção de grau de FISIOTERAPEUTA.

Orientador: Prof. Dr. Wouber Héricson de Brito Vieira

Co-orientador: Ft. Esp. Daniel Germano Maciel

Natal-RN
2016

AVALIAÇÃO DA BANCA EXAMINADORA

TRABALHO APRESENTADO POR LUIZ FELIPE TAVARES
EM 14 DE DEZEMBRO DE 2016.

1º Examinador e Orientador: Prof. Dr. Wouber Héricksen de Brito Vieira –
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Nota atribuída: _____

2º Examinador: Prof Dr. Marcelo Cardoso de Souza – FACISA/UFRN

Nota atribuída: _____

3º Examinador: Prof Dra. Karyna Myrelly Oliveira Bezerra de Figueiredo Ribeiro -
UFRN

Nota atribuída: _____

APROVADO COM MÉDIA: 10,0

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua infinita misericórdia em guiar meu caminho até aqui.

À minha mãe, “Prof. Socorro”, que nunca mediu esforços para investir na minha educação e no meu crescimento pessoal e profissional.

À minha irmã, Pollyanna, pelo companheirismo, amizade, amor e cumplicidade.

Ao restante da minha família, que de longe ou de perto me transmitiram confiança e perseverança para chegar aqui.

Aos meus amigos-irmãos, de fé ou não, que acompanharam minha jornada de perto, estando comigo em todos os momentos.

Aos pacientes, pela confiança depositada e pelas palavras de gratidão.

Aos meus orientadores, pela ajuda e tamanha paciência nessa fase tão conturbada.

Aos que junto comigo saíram do Brasil para mergulhar de cabeça em uma experiência inesquecível.

Aos meus queridos amigos da minha turma original, 2011.2, pela paciência demonstrada ao longo da construção de nossas amizades.

E finalmente, aos “calouros”, que me receberam de braços abertos para juntos completarmos essa difícil e prazerosa jornada.

SUMÁRIO

Introdução	8
Materiais e Métodos	10
Resultados	14
Discussão	15
Conclusão	19
Referências	20
Anexo A	25
QUESTIONÁRIO PAR-Q E VOCÊ.....	25
Anexo B	26
QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA – VERSÃO CURTA.....	26
Anexo C	29
REGRAS DA REVISTA	29
Apêndice A	31
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	31
Apêndice B	34
FICHA DE AVALIAÇÃO	34

Artigo original

**CAPACIDADE FUNCIONAL ENTRE MULHERES COM FIBROMIALGIA E
SAUDÁVEIS**

**FUNCTIONAL CAPACITY OF HEALTHY WOMEN AND WITH
FIBROMYALGIA**

Luiz Felipe Tavares⁽¹⁾ (Graduando de Fisioterapia)

Wouber Héricksen de Brito Vieira⁽¹⁾ (Fisioterapeuta)

⁽¹⁾Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Departamento de Fisioterapia, Natal, RN, Brasil

Correspondência: Luiz Felipe Tavares, Av. Senador Salgado Filho, Campus Universitário, Departamento de Fisioterapia, Lagoa Nova, 59078970, Natal, RN, Brasil, (84) 99169-3557, felipeetav@gmail.com

RESUMO

Introdução: A fibromialgia é uma condição reumatológica caracterizada por um quadro clínico de dor crônica e difusa, fadiga e sono não-reparador que podem levar a alterações de humor e redução do nível de atividade física habitual. Em consequência disso, tem-se sugerido que haja uma diminuição da força muscular, componente primordial da aptidão física, e assim uma redução da capacidade funcional. Objetivo: Comparar a capacidade funcional de mulheres com fibromialgia e mulheres saudáveis. Métodos: Estudo observacional de corte transversal realizado com 40 mulheres do município de Natal/RN, recrutadas de forma não probabilística. As voluntárias foram alocadas em dois grupos distintos: Grupo Fibromialgia (GF) (n=20) e Grupo Saudáveis (GS) (n=20). Os indivíduos foram submetidos a avaliações da capacidade funcional utilizando o Teste Levantar e Caminhar (TUGT), o Teste da Cadeira, o Teste de Caminhada de 6 minutos (TC6) e o Banco de Wells. Resultados: O Grupo Fibromialgia teve desempenho menor em todos os testes, sendo estatisticamente significativo ($p < 0,05$) para o Teste da Cadeira (GF $14,15 \pm 2,08$; GS $16,95 \pm 1,93$), TC6 (GF $546,40 \pm 60,88$; GS $616,39 \pm 48,05$) e para o Pico de VO_2 (GF $17,52 \pm 1,40$; GS $19,12 \pm 1,11$). Conclusão: Mulheres com FM apresentam menor capacidade aeróbia (TC6) e força de membros inferiores (Teste da Cadeira) quando comparadas a mulheres saudáveis com o mesmo nível de atividade física relatado.

Palavras-Chave: Fibromialgia; Capacidade Funcional; Força Muscular

ABSTRACT

Background: Fibromyalgia is a rheumatologic condition described as a clinical condition of chronic and diffuse pain, fatigue and non-restorative sleep that can lead to mood changes and reduced level of physical activity. As a consequence, it has been suggested that there is a decrease in muscle strength, a prime component of physical fitness, and thus a reduction in functional capacity. Therefore, the aim of this study was to compare the functional capacity of women with fibromyalgia and healthy women. Methods: It was performed a cross-sectional study with 40 women from Natal / RN, recruited in non-probability sampling. The volunteers were allocated into two distinct groups: Fibromyalgia Group (GF) (n = 20) and Healthy Group (GS) (n = 20). The evaluations were carried out through the Timed Up and Go Test (TUGT), the Chair Stand Test, The 6-Minute Walk Test (6MWT), and the sit and reach test. Results: The Fibromyalgia Group had a lower performance in all tests, being statistically significant ($p < 0.05$) for the Chair Stand Test (GF 14.15 ± 2.08 , GS 16.95 ± 1.93), 6MWT (GF 546.40 ± 60.88 , GS 616.39 ± 48.05) and VO_2 Peak (GF 17.52 ± 1.40 , GS 19.12 ± 1.11). Conclusion: Women with FM have lower aerobic capacity (6MWT) and lower limb strength (Chair Stand Test) when compared to healthy women with the same level of physical activity reported.

Key words: Fibromyalgia; Functional Performance; Muscle strength

Introdução

A fibromialgia (FM) é uma condição reumatológica que atinge de 2 a 8% da população¹ e acomete predominantemente mulheres a partir dos 30 anos.² É caracterizada por dor crônica generalizada, limiar de dor reduzido^{1,3} e vem frequentemente acompanhada de sintomas como a depressão, ansiedade, distúrbios do sono e problemas cognitivos, que podem levar a alterações de humor e redução do nível de atividade física habitual⁴. Em consequência disso, tem-se sugerido que haja uma diminuição da força muscular, componente primordial da aptidão física⁵, e assim uma redução da capacidade funcional⁶. Em contrapartida, um nível de atividade física reduzido ou sedentarismo contribuem para o agravamento das manifestações observadas,⁷ o que pode conduzir a um ciclo vicioso e prejudicar a qualidade de vida.

Apesar de ser reconhecida há muito tempo, pesquisas sobre a fibromialgia têm crescido somente há três décadas e pouco ainda se sabe sobre sua etiologia e patogênese.² Estudos sugerem que os principais fatores causadores da FM estariam relacionados a um processamento atípico da dor, disfunções dos componentes nociceptivos do músculo esquelético e alterações no eixo hipotálamo-pituitária-adrenal.⁸ A nível molecular, uma possível explicação seria o desequilíbrio entre os neurotransmissores excitatórios e inibitórios da dor, causando diminuição do limiar de dor do indivíduo com fibromialgia.⁹

Por se tratar de uma patologia de origem complexa e multifatorial, o tratamento da FM é multidisciplinar e é composto de abordagens terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas¹⁰. Dentro do tratamento não farmacológico,

o exercício tem nível 1A de evidência¹ e se mostra efetivo na melhora da função geral e qualidade de vida^{11, 12, 13, 14, 15}. Porém, a presença de dor crônica em pacientes com fibromialgia gera uma grande dificuldade para iniciar e manter um programa de exercícios físicos¹⁶, por isso um planejamento adequado e uma boa prescrição são essenciais para que os exercícios não se tornem extenuantes e assim não exacerbem o quadro algico.¹⁷

Dessa forma, há uma grande necessidade de se realizar uma avaliação física completa e confiável. Nesse contexto, a avaliação da capacidade funcional pode ser empregada e é comumente composta basicamente por testes submáximos que visam avaliar as aptidões físicas e detectar os déficits funcionais presentes.¹⁸ Dentre as diversas formas de se avaliar a aptidão física, o Teste de Caminhada de 6 minutos (TC6), o Teste de Levantar e Caminhar (TUGT) e o Teste da Cadeira (Chair stand test) estão sendo amplamente utilizado nessa população^{3,6,18,19,20,21,22} e apresentam uma boa confiabilidade e reprodutibilidade²³

Embora estudos tenham sugerido uma redução na capacidade funcional de indivíduos com FM^{3, 14, 18, 20}, a maioria não tem utilizado mais de um desses testes em conjunto e por isso não há uma quantificação da diferença da capacidade funcional como um todo entre mulheres com FM e saudáveis. Baseado nisso, esse estudo contribuiria para elucidar essa questão favorecendo a prescrição de exercícios mais direcionadas a prática clínica. Portanto, o objetivo desse estudo foi comparar a capacidade funcional de mulheres com fibromialgia e mulheres saudáveis.

Materiais e Métodos

Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo observacional analítico de corte transversal e caráter comparativo que foi realizado no Departamento de Fisioterapia da UFRN no mês de novembro de 2016.

A pesquisa está regulamentada de acordo com as determinações da Declaração de Helsinki, e foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1.807.997) conforme as normas do Conselho Nacional de Saúde, resolução 466/12.

Participantes

A amostra foi constituída por 40 mulheres do município de Natal/RN, recrutadas de forma não probabilística por meio de divulgação eletrônica e contato pessoal. Em seguida, as voluntárias foram alocadas em dois grupos distintos: Grupo Fibromialgia (GF) composto por 20 mulheres com diagnóstico de FM e Grupo Saudáveis (GS), composto por 20 mulheres saudáveis que atenderam aos mesmos critérios de elegibilidade do grupo anterior, com exceção do diagnóstico da síndrome.

Para serem incluídas no estudo, as participantes foram submetidas a uma triagem e deveriam ter: (1) entre 30 e 55 anos de idade; (2) 1,50 e 1,80m de estatura; (3) massa corporal de 50 a 80kg; (4) IMC entre 18,5 e 29,9. Além disso, deveriam (5) apresentar ciclo ovulatório ativo e não poderiam apresentar: (6) condição musculoesquelética que os impedissem de realizar os testes propostos; (7) hipertensão arterial não controlada; (8) doença cardiovascular

e/ou pulmonar; (9) condição reumática inflamatória; (9) doença psiquiátrica; (10) gravidez e (11) tumores malignos. Além disso, as fibromiálgicas deveriam estar há pelo menos 6 meses sem realizar nenhum exercício físico e os indivíduos saudáveis deveriam responder “não” a todas as perguntas do *Par-q e você* (Anexo A), além de serem irregularmente ativas ou sedentárias segundo a forma curta do *IPAQ* (Anexo B). Foram adotados como critério de exclusão: (1) recusa do voluntário em responder algum dos questionamentos propostos nos instrumentos de avaliação e (2) não realização de pelo menos um dos testes funcionais.

Medidas de Avaliação

Os indivíduos foram instruídos a não tomar medicamentos depressores do SNC e analgésicos no dia da avaliação, não fazer atividade vigorosa até o dia anterior, utilizar vestimenta confortável e adequada a prática de exercício e se alimentar até duas horas antes. No primeiro momento, as participantes receberam esclarecimentos sobre a pesquisa e foi garantido o sigilo de identidade, reservando-lhes o direito de desistência. Foram então instruídas a lerem e se concordassem com a proposta, assinarem ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Logo em seguida, foi iniciada a coleta de dados por meio de uma ficha de avaliação (Apêndice B) visando obter informações referentes à história da doença atual (no caso do GF), queixa principal, comorbidades, antecedentes pessoais e patológicos.

Em seguida, os indivíduos foram submetidos a avaliação da capacidade funcional utilizando os seguintes testes nessa ordem: Para verificar agilidade e equilíbrio dinâmico, o Teste Levantar e Caminhar (*Timed Up and Go Test* -

TUGT); Para averiguar a força dos membros inferiores, o Teste da Cadeira (Sentar/Levantar da Cadeira de 30 segundos); Para avaliação da capacidade aeróbica, o Teste de Caminhada de 6 minutos (TC6) e o Banco de Wells como medida para flexibilidade da cadeia posterior de membros inferiores (Figura 1).

O primeiro (*TUGT*) iniciou-se com as participantes em uma posição sentada e ereta na cadeira, mãos sobre as coxas e os pés apoiados no chão. Foi lembrado de que era um teste de tempo, cujo objetivo seria caminhar o mais rápido possível (sem correr). Ao sinal indicado, as voluntárias se levantavam da cadeira, caminhavam uma distância de três metros até atingir um marcador à frente e davam a volta, retornando à cadeira e sentando o mais rápido possível. O escore foi dado pelo tempo gasto no percurso, em segundos.²⁴

Em seguida, as participantes realizaram o “*Teste da Cadeira*” que tinha início com as participantes sentadas em uma cadeira com as costas eretas, os pés no chão e os braços cruzados na frente do tórax. As mesmas foram encorajadas a levantar e sentar na cadeira o máximo de vezes possível durante 30 segundos. O escore foi dado pelo número de vezes que esse ciclo foi repetido. Antes do início da contagem, os sujeitos realizaram três repetições (pré-teste) para verificar possíveis falhas de execução e, em seguida, foi feito o teste durante os 30 segundos^{24,25}.

A capacidade aeróbia foi verificada por meio do Teste de Caminhada de 6 minutos (TC6) que foi realizado em um corredor de 30m de comprimento. Ao sinal indicativo, as participantes caminhavam o mais rápido possível (sem correr) em volta do percurso quantas vezes elas podiam dentro do limite de tempo. Durante o teste, as participantes poderiam parar e descansar se necessário, e depois voltar a caminhar^{24,25}. Com base na distância percorrida no espaço de

tempo de seis minutos foi feita uma estimativa do pico do consumo de oxigênio (VO_{2pico}) por meio da fórmula: Média do pico do VO_2 (ml/kg/min) = $4,948 + 0,023 \times$ média distância (m) com um erro padrão de estimativa de $1,1 \text{ ml/kg/min}^{26}$.

Por fim, foi realizada a avaliação da flexibilidade global da cadeia posterior por meio do Banco de Wells. O banco mede 35 cm de altura e largura, 40 cm de comprimento com uma régua padrão na parte superior ultrapassando em 15 cm a superfície de apoio dos pés. As participantes sentaram de frente para o banco de Wells, com a coluna apoiada na parede, as pernas totalmente estendidas e pés apoiados na base do banco. As voluntárias foram instruídas a inclinar lentamente o corpo para frente e tentar alcançar o máximo de distância possível deslizando as mãos sobrepostas na superfície do banco, sustentando a posição por dois segundos²⁷.

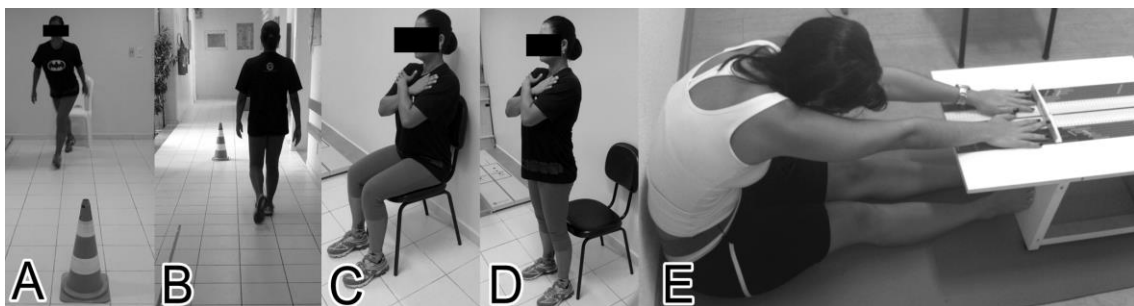


Figura 1. Testes funcionais: (A) TUGT (B) TC6 (C) e (D) Teste da Cadeira e (E) Banco de Wells.

Análise Estatística

Inicialmente foi realizada a análise descritiva para caracterização da amostra e os resultados foram apresentados em forma de média e desvio padrão. Em seguida foi utilizado o teste Shapiro Wilk para verificar a normalidade dos dados e logo após, foi realizado o teste *t independente* para comparação dos grupos adotando um intervalo de confiança de 95% e um nível de

significância de 0,05. Todas as análises foram realizadas pelo programa estatístico SPSS 22.0 for Windows.

Resultados

A tabela 1 apresenta a caracterização da amostra com os valores da idade, massa corporal, estatura e índice de massa corpórea (IMC). Nota-se que não houve diferença significativa entre os grupos, o que significa que partiram de condições iguais.

Tabela 1 – Caracterização da amostra

	GF (n=20) média ± desvio-padrão	GS (n=20) média ± desvio-padrão	Valor p
Idade (anos)	40,55 ±6,19	38,70 ±7,30	0,393
Massa Corporal (kg)	62,42 ±7,80	63,75 ±7,56	0,587
Estatura (m)	1,60 ±0,05	1,61 ±0,06	0,648
IMC (Kg/m ²)	24,38 ±2,60	24,70 ±3,29	0,739

IC 95%

A tabela 2 expõe a média e o desvio padrão dos resultados dos testes funcionais em ambos os grupos avaliados. Os resultados mostraram diferença significativa para o desempenho no TC6 ($p < 0,000$), Pico de VO_2 ($p < 0,000$) e Teste da Cadeira ($p < 0,000$).

Tabela 2 – Valores de média e desvio padrão das variáveis relacionadas a capacidade funcional de ambos os grupos.

	GF (n = 20) média ± desvio-padrão	GS (n = 20) média ± desvio-padrão	Valor p
Levantar e Caminhar (s)	6,18 ± 0,52	5,87 ± 0,58	0,085
Teste da Cadeira	14,15 ± 2,08	16,95 ± 1,93	0,001*
TC6M (m)	546,40 ± 60,88	616,39 ± 48,05	0,001*
Pico de VO ₂ **	17,52 ± 1,40	19,12 ± 1,11	0,001*
Flexibilidade (cm)	22,90 ± 8,06	27,42 ± 7,23	0,069

*p valor < 0,05; **VO₂: consumo máximo de oxigênio atingido.

Discussão

Em pacientes com FM, a utilização de testes funcionais práticos e fáceis de aplicar e os seus resultados se mostram necessários para poder traçar intervenções mais adequadas a essa população.

O presente estudo demonstrou que mulheres com FM, quando comparadas com indivíduos saudáveis de mesma idade, IMC e nível de atividade física (NAF), apresentam redução na força muscular de membros inferiores, verificado por meio do Teste da Cadeira ($p < 0,000$), e de capacidade aeróbia, por meio do TC6 ($p < 0,000$) e do Pico de VO₂ ($p < 0,000$). Os resultados deste estudo apontaram ainda, menor desempenho do GF, não significativo, nos testes de agilidade e equilíbrio dinâmico, com uma diminuição de 5,01% no GF e na flexibilidade, com uma diminuição de 16,48% no GF, indicando uma diminuição da capacidade funcional de mulheres com fibromialgia, em todos os testes.

Uma hipótese para este resultado de diminuição da capacidade funcional é a presença de cinesiofobia ou “lesão pelo movimento”, que é um mecanismo

protetor presente em portadores da FM para prevenir a dor ao realizar movimentos que fujam da zona de conforto²⁹. O medo de lesão causada pelo movimento pode levar os indivíduos com fibromialgia a um estilo de vida sedentário e, conseqüentemente, a um menor desempenho funcional, levando-os a não realização dos testes em sua capacidade máxima, como forma de prevenir a intensificação de dores. A dor, por sua vez, é uma característica debilitante e pode ser considerada como uma das principais causas de incapacidade, podendo comprometer a qualidade de vida destes indivíduos e suas atividades instrumentais de vida diária (AIVD).

Nessa perspectiva, uma aptidão física necessária para realização da maioria das AIVD é a força de membros inferiores. Este estudo demonstrou que há uma diminuição de resistência e força muscular de membros inferiores ($p < 0,000$), em mulheres com FM, verificado através do Teste da Cadeira, sendo o desempenho do GF 16,51% menor do que o GS. Resultados semelhantes foram encontrado em outros estudos^{19,20,22,23}. A relação entre estes resultados e a dor causada pela fibromialgia pode ser esclarecida pelo fato de que as pacientes que experimentam dor crônica são mais propensas a reduzir a força muscular, potência e conseqüentemente a capacidade funcional. Segundo Okumus et al., a dor crônica causa grande impacto na qualidade de vida e reduz a força muscular de mulheres com fibromialgia. Por outro lado, a falta de motivação e a dor como um inibidor no recrutamento de unidades motoras, além de promover má oxigenação e redução no conteúdo muscular dos fosfatos de alta energia são motivos para redução da força muscular, também apontados por Jacobsen et al.^{30,31}.

A dor e a má oxigenação também influenciam diretamente na distância caminhada no TC6, que foi 11,35% menor para o GF e similar aos resultados encontrados em outros estudos^{3,18,20,23}. Uma hipótese para o menor desempenho no TC6 do GF é a redução da força muscular dos músculos respiratórios presente em indivíduos com FM³², que conseqüentemente leva a uma menor capacidade aeróbia, servindo como possível explicação para os resultados encontrados. Em outros estudos, a distância percorrida pelos indivíduos com FM foi comparada e relaciona-se com o achado do presente estudo. Panton et al.²³, comparando mulheres saudáveis, mulheres idosas saudáveis e mulheres com FM, verificaram valores de distâncias percorridas de $603,5 \pm 134,2\text{m}$, $507,8 \pm 102,1\text{m}$ e $486,8 \pm 82,5\text{m}$, respectivamente, entre estes três grupos, mostrando que mulheres com FM geralmente percorrem distâncias menores quando comparadas com outros grupos. Além disso, a redução da capacidade funcional e aeróbia apresentada no TC6 também pode ser explicada pela redução da força muscular dos membros inferiores, que foi também evidenciado neste estudo.

Os resultados encontrados neste estudo para o Pico de VO_2 apontam diminuição significativa de capacidade aeróbia para o GF de 8,36%, apesar de o TC6 não ser utilizado como padrão ouro para essa avaliação. Entretanto, estudo realizado com os mesmos critérios de idade, massa corporal e IMC e utilizando a ergoespirometria para medição dos gases, também achou diferença significativa entre o GF e o Grupo Controle³³, confirmando o baixo nível de aptidão cardiorrespiratória em pacientes com FM em relação a indivíduos sedentários normais. Outro estudo, apenas com indivíduos com FM e utilizando a ergoespirometria apresentou média de $\text{VO}_{2\text{Máx}}$ de $19,23 \text{ ml/kg/min}$ ³⁴,

semelhante aos resultados encontrados no atual estudo de 17,52 ml/kg/min, levando em consideração um erro padrão de estimativa de 1,1 ml/kg/min e que não foi utilizado um medidor preciso. Neste mesmo estudo³⁴, os indivíduos sedentários com FM apresentaram média de $VO_{2Máx}$ de 22,39 ml/kg/min após a realização de exercícios aeróbicos em casa, sugerindo que o baixo NAF, intensificado pela dor, fadiga e outros distúrbios, está diretamente relacionado com a capacidade aeróbia de indivíduos com FM.

O presente estudo demonstrou ainda que as mulheres saudáveis (GS) não apresentaram estatisticamente melhor flexibilidade de cadeia posterior de membros inferiores do que as mulheres com fibromialgia. Isso pode ser explicado pelo fato de que um possível déficit de flexibilidade não é característico da FM. O mesmo aconteceu para a agilidade e equilíbrio dinâmico, avaliados pelo teste de Levantar e Caminhar. Um estudo tem sugerido que estes resultados estatisticamente não significativos estão mais ligados ao NAF do que aos próprios sintomas da FM²², indicando, portanto, que os grupos GS e GF obteriam resultados semelhantes. Além disso, estudos tem acordado que são necessários novas pesquisas para quantificar a flexibilidade de mulheres com fibromialgia e conhecer os reais benefícios do alongamento para essa população³⁵.

Diante do exposto, é evidente a importância da realização de exercícios terapêuticos de diferentes modalidades para melhora da capacidade funcional de pacientes com FM. Porém, destaca-se a necessidade de estudos longitudinais devidamente controlados e randomizados com um bom tamanho amostral e o emprego de testes para membros superiores para que a avaliação da capacidade funcional seja ampliada e mais completa, para conhecer os

demais déficits dessa população, visando traçar um plano terapêutico específico, especializado e multidisciplinar.

Conclusão

Mulheres com FM apresentam menor capacidade funcional quando comparadas a mulheres saudáveis com o mesmo nível de atividade física relatado, representado nesse estudo por meio do TC6 (capacidade aeróbia) e pelo Teste da Cadeira (força dos membros inferiores).

Referências

1. Clauw, D. J. Fibromyalgia: A Clinical Review. *Jama*, v. 311, n. 15, p. 1547–1555, 2014.
2. Heymann, R. E. et al. Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 50, n. 1, p. 56–66, 2010.
3. Breda, C., Rodacki, A. Nível de atividade física e desempenho físico no teste de caminhada de 6 minutos em mulheres com fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatologia*. 53 (3): 276 – 281, 2013
4. Bernard, A., Prince, A., Edsall, P. Quality of life issues for fibromyalgia patients. *Arthritis care and research*. Vol. 13, No. 1, February 2000.
5. Da costa, D. et al. Determinants of health status in fibromyalgia: a comparative study with systemic lupus erythematosus. *J. Rheumatol.* 27, 365–372. 2000
6. Okumus, M et al. Muscle performance in patients with fibromyalgia. *Singapore Med. J.* 47, 752–756. 2006.
7. Munguía-izquierdo D, Legaz-arrese A. Determinants of sleep quality in middle-aged women with fibromyalgia syndrome. *J Sleep Res* ;21(1):73-9, 2011.
8. Abeles, A. M. et al. Narrative review: The pathophysiology of fibromyalgia. *Annals of Internal Medicine*, v. 146, n. 10, p. 726–734, 2007
9. Russell, I. J.; Larson, A. A. Neurophysiopathogenesis of Fibromyalgia Syndrome: A Unified Hypothesis. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, v. 35, n. 2, p. 421–435, 2009
10. Ruaro, J. A. et al. Low-level laser therapy to treat fibromyalgia. *Lasers in Medical Science*, v. 29, p. 1815–1819, 2014

11. Busch, A. J. et al. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 4, p. 1–76, 2007.
12. Gavi, M. B. R. O. et al. Strengthening exercises improve symptoms and quality of life but do not change autonomic modulation in fibromyalgia: a randomized clinical trial. *PloS one*, v. 9, n. 3, p. e90767, 2014
13. Giannotti, E. et al. Medium-/long-term effects of a specific exercise protocol combined with patient education on spine mobility, chronic fatigue, pain, aerobic fitness and level of disability in fibromyalgia. *BioMed Research International*, p. 1–9, 2014.
14. Latorre, P. et al. Effect of a 24-week physical training programme (in water and on land) on pain, functional capacity, body composition and quality of life in women with fibromyalgia. *Clinical and experimental rheumatology*, v. 6, n. 79, p. 72–80, 2013.
15. Sañudo, B. et al. Effects of a prolonged exercise program on key health outcomes in women with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Journal of rehabilitation medicine*, v. 43, n. 6, p. 521–526, 2011
16. Jones KD, Clark SR, Bennett RM. Prescribing exercise for people with fibromyalgia. *AACN Clin Issues.*;13:277-93, 2002.

17. Provenza JR, et al. Fibromialgia. *Rev Bras Reumatol.*;44:443-9, 2004
18. Mannerkorpi K, Svantesson U, Broberg C. Relationships between performance-based tests and patients' ratings of activity limitations, self-efficacy, and pain in fibromyalgia. *Arch Phys Med Rehabil*;87(2):259-64, 2006
19. Soriano-maldonado, A. et al. Association of Physical Fitness With Pain in Women With Fibromyalgia : The al- Andalus Project. *Arthritis Care & Research*, v. 67, n. 11, p. 1561–1570, 2015
20. Mannerkorpi K, et al. Tests of functional limitations in fibromyalgia syndrome: a reliability study. *Arthritis Care Res.* 12(3):193-9. 1999.
21. Homann, D., Stefanello, J., Timossi, L., Leite, N. Impaired functional capacity and exacerbation of pain and exertion during the 6-minute walk test in women with fibromyalgia. *Rev Bras Fisioter, São Carlos*, v. 15, n. 6, p. 474-80, nov./dez. 2011.
22. Suelen M. Góes et al. Functional capacity, muscle strength and falls in women with fibromyalgia. *Clinical Biomechanics*, v. 27, p. 578-583. 2012.
23. Panton, L. B. et al. A Comparison of Physical Functional. *Physical Therapy*, v. 86, n. 11, p. 1479–1488, 2006
24. Carbonell-baeza, A. et al. Reliability and feasibility of physical fitness tests in female fibromyalgia patients. *International journal of sports medicine*, v. 36, n. 2, p. 157–62, fev. 2015
25. Rikli, R. E.; Jones, C. J. Functional fitness normative scores for community-residing older adults, ages 60-94. *Journal of Aging and Physical Activity*, v. 7, n. 2, p. 162–181, 1999
26. Ross, R. M. et al. The six minute walk test accurately estimates mean peak oxygen uptake. *BMC pulmonary medicine*, v. 10, n. 31, p. 1–9, 2010

27. Wells, K. F.; Dillon, E. K. The Sit and Reach—A Test of Back and Leg Flexibility. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, v. 23, n. 1, p. 115–118, 1952
28. Dutra, M; Cabral ALL, Carvalho G. Tradução para o português e validação do teste timed up and go. *Rev INTERFACES*. 3(9):81; 2016.
29. Verbunt, J.A., et al. Disability and quality of life in patients with fibromyalgia. *Health Qual. Life Outcome* 6. 2008
30. Lund N, Bengtsson A, Thorborg P. Muscle tissue oxygen pressure in primary fibromyalgia. *Scand J Rheumatol*; 15(2):165-73; 1986.
31. Bengtsson A, Henriksson KG, Larsson J. Reduced high-energy phosphate levels in the painful muscles of patients with primary fibromyalgia. *Arthritis Rheum*; 29(7):817-21; 1986
32. Sahin G, et al. Handgrip strength, pulmonary function tests, and pulmonary muscle strength in fibromyalgia syndrome: is there any relationship? *Southn Med J*; 97(1):25-9; 2004
33. Valim V, Oliveira LM, Suda AL, Silva LE, Faro M, Barros Neto TL, et al. Peak oxygen uptake and ventilatory anaerobic threshold in fibromyalgia. *J Rheumatol.*;29(2):353–7; 2002.
34. Harden RN, Song S, Fasen J, Mdt C, Vo A, Revivo G. Home-Based Aerobic Conditioning for Management of Symptoms of Fibromyalgia: A Pilot Study. *Pain Med*; 13:835–42; 2012. Available from: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=523b74a2-1989-4567-80ba-aa1d2a550123%40sessionmgr111&vid=14&hid=116>
35. S. De Lorena, M. de Lima, A. Ranzolin et al. Efeitos dos exercícios de alongamento muscular no tratamento da fibromialgia: Uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Reumatologia*; 55 167-163, 2015.

36. American Thoracic Society. ATS Statement: Guidelines for the Six-Minute Walk Test. *Am J Respir Crit Care Med.* 166(1):111-7, 2002.
37. Wolfe, F. et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care and Research*, v. 62, n. 5, p. 600–610, 2010.
38. Jacobsen S, Wildschiodtz G, Danneskiold-Samsøe B. Isokinetic and isometric strength combined with transcutaneous electrical muscle stimulation in primary fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol*; 18(9):1390-3. 1991

Anexo A

Questionário PAR-Q e você

PAR Q & VOCÊ

O PAR Q foi elaborado para auxiliar você a se auto-ajudar. Os exercícios praticados regularmente estão associados a muitos benefícios de saúde. Completar o PAR Q representa o primeiro passo racional a ser tomado, caso você esteja interessado a aumentar a quantidade de atividade física em sua vida.

Para a maioria dos indivíduos, a atividade física não deve trazer qualquer problema ou prejuízo. O PAR Q foi elaborado para ajudar a identificar o pequeno número de adultos, para quem a prática de exercícios pode ser inadequada ou aqueles que devem buscar aconselhamento médico acerca do tipo de atividade que seria mais apropriado para eles.

O bom senso é a melhor tática a ser adotada para responder a estas perguntas. Por favor, leia-as com atenção e marque SIM ou NÃO nos parênteses correspondentes que antecedem cada pergunta, caso esta se aplique a você.

- | SIM | NÃO | |
|------------|------------|---|
| () | () | O seu médico já lhe disse alguma vez que você apresenta um problema cardíaco? |
| () | () | Você apresenta dores no peito com frequência? |
| () | () | Você apresenta episódios frequentes de tonteira ou sensação de desmaio? |
| () | () | Seu médico já lhe disse alguma vez que sua pressão sanguínea era muito alta? |
| () | () | Seu médico já lhe disse alguma vez que você apresenta algum problema ósseo ou articular como uma artrite, que tenha sido agravado pela prática de exercícios, ou que possa ser por eles agravado? |
| () | () | Existe alguma boa razão física, não mencionada aqui, para que você não siga um programa de atividade física, se desejar fazê-lo? |
| () | () | Você tem mais de 65 anos e não está acostumado a se exercitar vigorosamente? |

Se você respondeu "sim" a uma ou mais perguntas

Se você não consultou seu médico recentemente, consulte-o por telefone ou pessoalmente, ANTES de intensificar suas atividades físicas e/ou de ser avaliado para uma programa de condicionamento físico. Diga a seu médico que perguntas você respondeu com um "sim" ao **Par-Q**, ou mostre a ele a cópia deste questionário.

Após a avaliação médica, procure aconselhar-se com ele acerca de suas condições para:

- Atividade física irrestrita, começando a partir dos baixos níveis de intensidade com aumento progressivo
 - Atividade física limitada ou supervisionada que satisfaça suas necessidades específicas, pelo menos numa base inicial.
- Verifique em sua continuidade os programas ou serviços especiais.

Se você respondeu "não" a todas as perguntas

Se você respondeu corretamente ao Par-Q, você tem uma razoável garantia de apresentar as condições adequadas para:

- UM PROGRAMA DE EXERCÍCIOS ADEQUADOS - com um aumento gradual da intensidade visando um bom desempenho no condicionamento físico, ao mesmo tempo em que minimiza ou elimina o desconforto associado.
- UMA AVALIAÇÃO FÍSICA - É sempre indicada uma avaliação dos níveis de aptidão física para uma prescrição adequada de um programa de exercícios.

Anexo B

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA – VERSÃO CURTA

Nome: _____

Data: _____/_____/_____ Idade : _____ Sexo: F () M ()

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação à pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na ÚLTIMA semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação!

Para responder as questões lembre-se que:

* *Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal*

* *Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal*

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.

1a. Em quantos dias da última semana você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

dias _____ por SEMANA () Nenhum

1b. Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?

horas: _____ Minutos: _____

2a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA)

dias _____ por SEMANA () Nenhum

2b. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?


horas: _____ Minutos: _____

3a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração.

dias _____ por SEMANA () Nenhum

3b. Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

horas: _____ Minutos: _____



CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA IPAQ

1. MUITO ATIVO: aquele que cumpriu as recomendações de:

- a) VIGOROSA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão
- b) VIGOROSA: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão + MODERADA e/ou CAMINHADA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão.

2. ATIVO: aquele que cumpriu as recomendações de:

- a) VIGOROSA: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão; **ou**
- b) MODERADA ou CAMINHADA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão; ou
- c) Qualquer atividade somada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 150 minutos/sem (caminhada + moderada + vigorosa).

3. IRREGULARMENTE ATIVO: aquele que realiza atividade física porém insuficiente para ser classificado como ativo pois não cumpre as recomendações quanto à frequência ou duração. Para realizar essa classificação soma-se a frequência e a duração dos diferentes tipos de atividades (caminhada + moderada + vigorosa). Este grupo foi dividido em dois sub-grupos de acordo com o cumprimento ou não de alguns dos critérios de recomendação:

IRREGULARMENTE ATIVO A: aquele que atinge pelo menos um dos critérios da recomendação quanto à frequência ou quanto à duração da atividade:

a) Frequência: 5 dias /semana **ou**

b) Duração: 150 min / semana

IRREGULARMENTE ATIVO B: aquele que não atingiu nenhum dos critérios da recomendação quanto à frequência nem quanto à duração.

4. SEDENTÁRIO: aquele que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana.

Anexo C

Regras da Revista

REVISTA BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA Forma e preparação de manuscritos

APRESENTAÇÃO DO MANUSCRITO

O manuscrito pode ser submetido em português ou inglês, em espaço duplo, com margens de 2,5 cm. No texto não devem ser empregadas abreviaturas não convencionais, gírias (jargões) médicas ou redação tipo telegráfica. A citação de medicamentos e produtos farmacêuticos deve ser feita utilizando-se apenas a nomenclatura farmacológica, sem menção do nome comercial.

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

*Manuscript**, *Title Page**, *Cover Letter* e *Author Agreement** devem ser enviados em arquivos individuais. Tabelas e figuras devem ser numeradas conforme citadas no texto e enviadas em arquivos separados, com títulos e legendas correspondentes. (*arquivos obrigatórios)

Página do título

Deve conter: a) título do artigo; b) nome completo dos autores e sua titulação mais importante; c) departamento(s) e instituição(ões) onde se originou o trabalho; d) nome, endereço completo e e-mail válido do autor responsável para correspondência; e) conflito de interesse e agências financiadoras relevantes; f) título resumido com no máximo 60 caracteres.

Artigo Original

Deve conter: página do título, página de resumo com palavras-chave, introdução, material e métodos ou pacientes e métodos, resultados e discussão, agradecimentos, referências, tabelas, figuras e legendas das figuras. Não deve exceder 5.000 palavras, incluindo-se as referências e excluindo-se a página do título, resumo, tabelas e legendas. Pode exibir até seis figuras ou tabelas e até 50 referências.

Página de resumo

Deve conter: a) objetivo, métodos, resultados e conclusões, não excedendo 250 palavras; b) três a cinco palavras-chave.

Introdução

A finalidade dessa seção é definir o propósito e as razões para a realização do trabalho. Não se recomenda extensa revisão da literatura.

Pacientes e métodos ou Material e métodos

Deve incluir informações suficientes que permitam a reprodução do trabalho e, quando pertinente, a aprovação pelo Comitê de Ética institucional. Os métodos empregados na análise estatística devem sempre ser citados.

Resultados

Devem ser claros e concisos. Tabelas e gráficos não devem duplicar informações.

Discussão

Deve ser concisa, interpretando os resultados no contexto da literatura atual. É conveniente não ultrapassar a metade do número de páginas do trabalho completo.

Agradecimentos

Apenas às pessoas que contribuíram, por exemplo, com técnicas, discussão e envio de pacientes. Auxílio financeiro deve ser referido na página do título.

Referências

Devem ser citadas no texto em algarismos arábicos, sobrescritos e depois da pontuação, sem parênteses ou colchetes. A numeração deve ser sequencial, de acordo com a ordem de citação no texto. Nas referências com mais de seis autores, devem ser citados os seis primeiros, seguidos pela expressão *et al.* Sugere-se a utilização dos programas Reference Manager ou Endnote, seguindo-se o estilo Vancouver. Exemplos de referência para diferentes formatos são apresentados a seguir. Os autores devem consultar o NLM's Citing Medicine para mais informações sobre os formatos das referências.

Tabelas e Figuras

Cada tabela ou figura deverá ser numerada em algarismo arábico e enviada em arquivo separado (.jpg, .tif, .png, .xls, .doc) com 300 dpi no mínimo. Título e legenda devem estar no mesmo arquivo da figura ou tabela a que se referem. Tabelas e ilustrações devem ser autoexplicativas, com informações suficientes para sua compreensão sem que se tenha de recorrer ao trabalho. Fotomicrografias devem incluir a escala apropriada.

*Disponível em <http://www.scielo.br/revistas/rbr/pinstruc.htm>

Apêndice A



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa: “**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE MULHERES COM FIBROMIALGIA**”, que tem como pesquisador responsável Prof. Wouber Hérickson de Brito Vieira.

Esta pesquisa pretende verificar a capacidade funcional de mulheres com fibromialgia em comparação a um grupo de mulheres saudáveis. Esta está relacionada a medida do grau de preservação da capacidade do indivíduo para realizar atividades de vida diária.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é avaliar a capacidade funcional de mulheres com fibromialgia por meio de diferentes testes e relacioná-los com a capacidade de indivíduos saudáveis sem fibromialgia, afim de quantificar de forma mais abrangente a capacidade funcional de indivíduos com fibromialgia.

Sua participação não é obrigatória. Caso você decida participar, você será submetida a realização de três testes funcionais e de um teste para flexibilidade, além de relatar por meio de duas escalas os locais e níveis de dores antes e após a avaliação. Além disso, pode acontecer um desconforto durante a avaliação da capacidade funcional por meio dos testes que serão utilizados.

Em caso de algum problema que você possa ter relacionado com a pesquisa, você terá direito a assistência gratuita que será prestada pelo pesquisador, encaminhando ao serviço de saúde mais próximo. Durante a realização da avaliação a previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco que você corre é semelhante àquele sentido num exame físico ou psicológico de rotina. Pode ser que após a realização da avaliação dos testes funcionais as dores se exacerbem um pouco, semelhantes a quando se realiza um treino em academia e no outro dia a pessoa se acorda dolorida. Se isso vier a acontecer, é recomendado que evite fazer atividades que exijam dos músculos doloridos e/ou realize alguns auto alongamentos que iremos te ensinar após a avaliação.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Luiz Felipe Tavares pelo telefone (84) 99169-3557.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar.

Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você.

Se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, telefone 3215-3135.

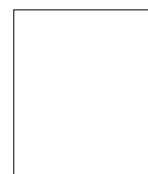
Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável Wouber Hérckson de Brito Vieira.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa **“AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE MULHERES COM FIBROMIALGIA”**, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal ___/___/___.

Assinatura do participante da pesquisa



Impressão
datiloscópica do
participante

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo **“AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE MULHERES COM FIBROMIALGIA”**, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal ___/___/___.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Apêndice B

FICHA DE AVALIAÇÃO

Identificação – Indivíduo 01

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: _____

Altura: _____ Peso: _____ IMC _____

Endereço: _____

Telefones: _____ E-mail: _____

Queixa Principal:

H.D.A.: _____

Sintomas:

Antecedentes Pessoais e Patológicos:

Teste	Resultado
TUGT	
Chair Stand Test	
TC6	
Flexibilidade	