GUIA PRÁTICO DE AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPIA EM REUMATOLOGIA

Questionários e Testes Funcionais mais utilizados na Fisioterapia em Reumatologia

CREFITO 1
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA PRIMEIRA REGIÃO

MATERIAL DESENVOLVIDO EM PARCERIA DO CREFITO-1 COM A CÂMARA TÉCNICA DE FISIOTERAPIA EM REUMATOLOGIA DO CREFITO-1 PARA AVANÇO DA ESPECIALIDADE DE FISIOTERAPIA EM REUMATOLOGIA

Autores:

Dr. Marcelo Cardoso de Souza CREFITO/1 92975-F
Coordenador da Câmara Técnica de Fisioterapia em Reumatologia do CREFITO-1;
Membro da Câmara Técnica de Fisioterapia em Reumatologia do COFFITO;
Associado ABRAFITO – Associação Brasileira de Fisioterapia Traumato-Ortopédica e Fisioterapia em Reumatologia;
Professor do Departamento de Fisioterapia da UFRN, Natal, RN.

Dr. Cristiano Carvalho CREFITO/1 261807 – F
Membro da Câmara Técnica de Fisioterapia em Reumatologia do COFFITO;
Associado ABRAFITO – Associação Brasileira de Fisioterapia Traumato-Ortopédica e Fisioterapia em Reumatologia;
Membro da Comissão Especial de Reumatologia da ABRAFITO;
Especialista em Fisioterapia em Reumatologia pela ABRAFITO/COFFITO;
Professor do Curso de Fisioterapia da UEPB, Campina Grande, PB.

Dr. Eleazar Marinho de Freitas Lucena CREFITO/1 172339 – F
Associado ABRAFITO – Associação Brasileira de Fisioterapia Traumato-Ortopédica e Fisioterapia em Reumatologia;
Professor do Curso de Fisioterapia da UFRN/FACISA, Santa Cruz, RN;
Professor do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da FACISA/UFRN;
Especialista em Fisioterapia em Reumatologia pela ABRAFITO/COFITO.

Dr. Clécio Gabriel de Souza CREFITO/1 174948 – F
Professor do Curso de Fisioterapia da UFRN/FACISA, Santa Cruz, RN;
Professor do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da UFRN.

Dr. Vinícius Batista Lima CREFITO/1 393086 - F
Mestre em Ciências da Reabilitação pela UFRN/FACISA, Santa Cruz, RN.

Dr. César Augusto Medeiros Silva CREFITO/1 335761 – F
Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da UFRN, Santa Cruz, RN

Diagramação: Larissa Ferreira
Assessora de comunicação do CREFITO-1

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 04

INTRODUÇÃO 05

GRUPO 1 QUESTIONÁRIOS GENÉRICOS MAIS UTILIZADOS PARA AVALIAR OS SEGUINTES DESFECHOS: 06

Avaliação da dor
Sensibilização Central
Fadiga
Cinesiofobia
Catastrofização
Preferência e tolerância ao exercício
Depressão
Sono
Função sexual
Qualidade de vida

GRUPO 2 QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO POR SEGMENTO CORPORAL: 10

Coluna cervical
Coluna lombar
Membros superiores
Ombro
Mãos
Membros inferiores
Quadril
Joelhos
Tornozelo e pé

GRUPO 3 QUESTIONÁRIOS ESPECÍFICOS POR DOENÇA REUMÁTICA: 17

Artrite reumatoide
Lúpus eritematoso sistêmico
Esclerose sistêmica
Fibromialgia
Espondiloartrites
Osteoartrite de quadril e/ou joelho
Osteoporose
Síndrome do túnel do carpo

GRUPO 4 TESTES FUNCIONAIS PARA OS MEMBROS INFERIORES 22

Escala Funcional Específica do Paciente
Recomendação clínica dos especialistas
Exemplos de Checklists de avaliação para algumas doenças reumáticas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 25

APRESENTAÇÃO

Este Guia Prático de Avaliação de Fisioterapia em Reumatologia foi desenvolvido para fisioterapeutas que atendem pessoas com doenças reumáticas e abrange formas de avaliação que englobam desde questionários genéricos e específicos para condições reumáticas como testes funcionais mais utilizados, para que os profissionais possam, com agilidade, consultar tópicos importantes sobre avaliação das principais doenças reumáticas presentes na população e nos ambulatórios e clínicas de fisioterapia.

Em 15 de março de 2025, na cidade de Recife-PE, o CREFITO-1 promoveu o I Encontro de Conselheiros, Delegados e Coordenadores de Câmaras Técnicas, Comissões e Grupos de Trabalho, com o lema "SOMOS TODOS CREFITO-1". A partir deste encontro, várias ações foram programadas por todas as especialidades reconhecidas pelo COFFITO.

Nós, profissionais e especialistas na área de Fisioterapia em Reumatologia, desenvolvemos este material didático para guiar, de maneira prática e objetiva, a avaliação das principais doenças reumáticas.

Desejamos que este Guia seja útil para você, fisioterapeuta, que atende pessoas com condições reumáticas no seu dia a dia.

INTRODUÇÃO

As doenças reumáticas afetam aproximadamente 7% da população brasileira, sendo uma das principais causas de afastamento do trabalho e de aposentadoria precoce. De acordo com a Sociedade Brasileira de Reumatologia, são conhecidas mais de 120 condições reumáticas distintas, as quais representam, no Brasil, uma das principais causas de dor crônica, incapacidade funcional, absenteísmo e aposentadoria precoce. Estima-se que mais de 15 milhões de brasileiros convivam com alguma dessas condições, com impacto significativo sobre a qualidade de vida e os sistemas de saúde. Em 2025, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), aprovou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas com Doenças Reumáticas (PNAISPDR), que visa nortear, entre outras coisas, o acesso desde a atenção primária à atenção especializada.

As doenças reumáticas com maior prevalência na população brasileira são: osteoartrite, artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico, espondiloartrites, fibromialgia e osteoporose. A maioria destas condições demandam intervenção fisioterapêutica continuada, com enfoque em analgesia, manutenção da amplitude de movimento, fortalecimento muscular, condicionamento físico, proteção articular, conservação de energia, educação em saúde e promoção da funcionalidade.

Assim, avaliar indivíduos com essas condições de forma clara e objetiva pode ser um desafio para o fisioterapeuta, dado a grande variedade de apresentações clínicas, sinais e sintomas destas doenças. O objetivo deste Guia Prático de Avaliação de Fisioterapia em Reumatologia é resumir de forma prática, itens importantes e indispensáveis para que sua avaliação fisioterapêutica seja realizada. Ele está dividido em 04 grupos de parâmetros de avaliação, desde aspectos gerais de saúde, principais segmentos corporais afetados, avaliação de doenças reumáticas específicas e testes funcionais. Ao final, o leitor encontrará exemplos de checklists de avaliação para as principais condições reumáticas e recomendações de uso.

GRUPO 1 QUESTIONÁRIOS GENÉRICOS MAIS UTILIZADOS PARA AVALIAR OS SEGUINTES DESFECHOS:

AVALIAÇÃO DA DOR			
Instrumento/autor	**Objetivo**	**Estrutura**	**Pontuação**
Escala Numérica de dor - END / Haefeli, Elfering; 2006[1]	Avalia a intensidade subjetiva da dor.	Escala que varia de 0 (Sem dor) a 10 (Maior dor possível).	É composta por 11 pontos, em que 0 é considerado nenhuma dor e 10 é a pior dor possível.
Inventário Breve de Dor / Ferreira et al., 2011[2]	Avalia a gravidade e interferência da dor nas funções diárias	Composta por dois domínios que abrangem a intensidade e localização da dor e a repercussão e eficácia dos tratamentos.	1-4 = dor leve 5-7 = moderada 8-10 = intensa
McGill Pain Questionnaire / Varoli, Pedrazzi; 2006[3]	Avalia a experiência subjetiva e multidimensional da dor, a partir da qualidade sensorial, afetiva e avaliativa.	Composta por um conjunto de palavras, que permitem a quantificação da dor através de pontuações como o Índice de Classificação da Dor (DPI) e o número de palavras escolhidas.	Sua pontuação varia de: 0 = sem dor 78 = dor intensa.
Pain Detect / Rio et al.,2022[4]	Rastreio de dor neuropática, para indivíduos com dor crônica.	Questionário autoaplicável, com sete itens de descrição sensorial, ponderados em (nunca a muito fortemente) e dois itens relacionados às características espaciais e temporais da dor.	Pontuação total de 19 ou mais é indicativa de provável dor neuropática.

SENSIBILIZAÇÃO CENTRAL			
Instrumento/autor	**Objetivo**	**Estrutura**	**Pontuação**
Inventário de Sensibilização Central / Caumo 2017[5]	Mede os sintomas somáticos e emocionais comuns à síndrome de sensibilização central (SSC).	Questionário de autorrelato dividido em duas partes: A – Sintomas comuns relacionados a SSC. B - Refere-se ao diagnóstico de outra condição relacionada a SSC: depressão, ansiedade, pânico, lesões no pescoço, enxaqueca, fibromialgia, síndrome do intestino irritável e das pernas inquietas, perturbação da articulação temporomandibular e sensibilidades químicas múltiplas.	Pontuação máxima de 100. Pontuações mais elevadas estão relacionadas a maior grau de sintomatologia autorrelatada.

FADIGA			
Instrumento/autor	**Objetivo**	**Estrutura**	**Pontuação**
Fatigue Severity Scale (FSS) / Valko et al., 2008[6]	Investiga a gravidade da fadiga em diferentes situações durante a última semana.	Instrumento de nove itens. A escala aborda os efeitos da fadiga no funcionamento diário, questionando sua relação com a motivação, atividade física, trabalho, família e vida social, e classificação do grau e facilidade com que os indivíduos se sentem fadigados.	A pontuação de cada item varia de 1 a 7, sendo que 1 indica forte discordância e 7 forte concordância. A pontuação final representa a média dos 9 itens.
Functional assessment of chronic illness therapy fatigue scale (FACIT-F) / Ishikawa et al., 2010[7] Correa et al., 2024[8]	Avalia a fadiga envolvendo aspectos físicos, funcionais, emocionais e suas consequências sociais.	Instrumento composto por 13 questões, cada uma com cinco alternativas de resposta, que são pontuadas numa escala de 0 (de forma alguma) a 4 (muito).	A pontuação total varia de 0 a 52 pontos e os escores mais altos sinalizam menor fadiga.
Questionário de Fadiga de Chalder / Cho et al., 2007[9]	Mede a gravidade da fadiga.	Composta por quatro opções de respostas em: nunca, raramente, às vezes e sempre, que correspondem respectivamente às categorias 0, 1, 2 e 3.	Pode ser utilizado o método bimodal, onde os escores zero e um equivalem-se a zero; e escores dois e três são substituídos por um, e a pontuação resultante varia de zero a 11. A pessoa que apresenta quadro de fadiga tem escore maior ou igual a quatro.

CINESIOFOBIA			
Instrumento/autor	**Objetivo**	**Estrutura**	**Pontuação**
Escala de Tampa para Cinesiofobia / Siqueira ,,2007[10]	Avalia o medo excessivo, irracional e debilitante do movimento e da atividade física, que resulta em sentimentos de vulnerabilidade à dor ou em medo de reincidência da lesão.	Questionário autoaplicável, composto de 17 itens que abordam a intensidade dos sintomas. Os escores variam de um a quatro pontos, sendo que a resposta "discordo totalmente" equivale a um ponto, "discordo parcialmente", a dois pontos, "concordo parcialmente", a três pontos e "concordo totalmente", a quatro pontos. Para obtenção do escore total final é necessária a inversão dos escores das questões 4, 8, 12 e 16.	O escore final pode ser de, no mínimo, 17 e, no máximo, 68 pontos, sendo que, quanto maior a pontuação, maior o grau de cinesiofobia.

CATASTROFIZAÇÃO			
Instrumento/autor	**Objetivo**	**Estrutura**	**Pontuação**
Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor (EPCD) / Junior, 2008 [11]	Avalia processos mentais direcionados a uma exagerada orientação negativa com relação a um estímulo nocivo.	9 itens escalonados em uma escala likert que varia de 0 a 5 pontos, associados às palavras: quase nunca e quase sempre nas extremidades.	O escore total é a soma dos itens dividido pelo número de itens respondidos, sendo que o escore mínimo pode ser 0 e o máximo 5.

PREFERÊNCIA E TOLERÂNCIA AO EXERCÍCIO			
Instrumento/autor	**Objetivo**	**Estrutura**	**Pontuação**
Questionário de Preferência e Tolerância da Intensidade de Exercício (PRETIE-Q) / Smirmaul, 2015 [12]	Criado para ajudar na definição da prescrição e intensidade de exercícios para melhorar a aderência	Consiste em duas escalas de 8 itens, chamadas de Preferência e Tolerância, sendo que cada item é acompanhado de uma escala de resposta de 5 pontos (1= Discordo totalmente 2 = Discordo 3 = Nem concordo nem discordo 4 = Concordo 5 = Concordo totalmente.	A escala de Preferência contém quatro itens que mensuram preferência por alta intensidade (itens 6, 10, 14, 16) e quatro que mensuram preferência por baixa intensidade (itens 2,4, 8, 12). A escala de tolerância contém quatro itens que mensuram alta tolerância (itens 5, 7, 11, 15) e quatro que mensuram baixa tolerância (itens 1, 3, 9, 13). Itens que indicam preferência por baixa intensidade (itens 2, 4, 8, 12) e itens que indicam baixa tolerância (itens 1, 3, 9, 13) são pontuados de forma reversa. Assim, o escore total possível de cada escala varia de 8 – 40.

DEPRESSÃO			
Instrumento/autor	**Objetivo**	**Estrutura**	**Pontuação**
Escala de Depressão de Beck / Gorenstein e Andrade 1996 [13]	Avalia a intensidade dos sintomas depressivos em adultos e adolescentes a partir dos 13 anos.	Questionário de 21 itens de autorrelato que avalia a presença e a gravidade dos sintomas depressivos em adultos e adolescentes. O teste atribui uma pontuação de 0 a 3 a cada item, gerando uma pontuação total entre 0 e 63. que é categorizada em níveis de gravidade: 0-9 (mínima), 10-18 (leve), 19-29 (moderada) e 30-63 (grave).	É categorizada em níveis de gravidade: 0-9 (depressão mínima), 10-18 (depressão leve), 19-29 (depressão moderada) e 30-63 (depressão grave).

SONO			
Instrumento/autor	**Objetivo**	**Estrutura**	**Pontuação**
Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg (PSQI) / Bertolazi, Menna-Barreto & Saldanha 2008[14]	Avalia a qualidade geral do sono e os distúrbios durante um mês.	É uma ferramenta autoaplicável composta por 19 itens que avalia o sono através de sete componentes: 1. Qualidade subjetiva do sono, 2. Latência do sono, 3. Duração do sono, 4. Eficiência habitual do sono, 5. Distúrbios do sono, 6. Uso de medicamentos para dormir, 7. Disfunção diurna.	Pontuações mais elevadas indicam uma pior qualidade de sono. Uma pontuação global superior a 5 é geralmente considerada como indicativo de má qualidade do sono e a necessidade de atenção médica.
Epworth Sleepiness Scale (ESS) / Bertolazi et al 2009[15]	Avalia a propensão de uma pessoa a adormecer em diferentes situações diurnas.	O questionário contém 8 situações comuns do dia a dia, nas quais o respondente avalia sua probabilidade de adormecer.	A pontuação global varia de 0 a 24, pontuações maiores que 10 sugerem um diagnóstico de sonolência diurna excessiva

FUNÇÃO SEXUAL			
Instrumento/autor	**Objetivo**	**Estrutura**	**Pontuação**
Female Sexual Function Index / Hentschel et al 2007[16]	Avalia a função sexual feminina	O questionário investiga o desempenho sexual da mulher nos últimos 30 dias através de 19 itens em relação ao desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor.	A soma dos escores ponderados de todos os domínios indicam um melhor funcionamento sexual, quanto mais alto for o escore final.

QUALIDADE DE VIDA			
Instrumento/autor	**Objetivo**	**Estrutura**	**Pontuação**
Short-form - SF-36 / Ciconelli et al 1997[17]	Avalia a qualidade de vida de modo global e percepção do estado de saúde.	Instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida, de fácil administração e compreensão. É um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em oito domínios: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental.	Varia de 0 (pior estado de saúde) a 100 (melhor estado de saúde)

GRUPO 2 QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO POR SEGMENTO CORPORAL:

COLUNA CERVICAL			
Instrumento/autor	**Objetivo**	**Estrutura**	**Pontuação**
Neck Disability Index (**NDI**) / Cook, 2006[18]	Mede a intensidade da dor autorrelatada (dor, cefaleias) e as limitações na realização de atividades diárias relacionadas ao trabalho (trabalhar, levantar pesos e concentração) e de atividades não relacionadas com o trabalho (cuidados pessoais, leitura, condução, sono e lazer)	10 questões variando de 0 a 6 pontos (levantar coisas, leitura, dor de cabeça, atenção, trabalho, dirigir).	10-28% (5-14 pontos) - incapacidade leve 30-48% (15- 24 pontos) - incapacidade moderada 50-68% (25 – 35 pontos) - incapacidade severa 72% ou mais (36 pontos ou mais) – incapacidade completa
Neck Pain and Disability Scale (**NPDS**) / Cook, 2006[19]	Avalia a intensidade da dor no pescoço e sua incapacidade associada.	É um questionário multidimensional, com 20 itens, que envolve quatro dimensões: problemas no pescoço, intensidade da dor, efeito da dor no pescoço na emoção e efeito nas atividades da vida.	0 (função normal) a 5 (a pior situação possível)

COLUNA LOMBAR			
Instrumento/autor	**Objetivo**	**Estrutura**	**Pontuação**
Roland Morris (**RM**) / Nusbaum, 2001[20]	Avalia a incapacidade na dor lombar e dificuldades em atividades habituais devido a dores nas costas.	24 itens com afirmativas para marcar se considerar pertinente.	Os scores variam de 0 a 24, sendo 0 ausência de incapacidade e 24 incapacidade severa, e resultados superiores a 14 incapacidade significativa.
Oswestry Disability Index (**ODI**) / Vigatto; Alexandre; Correa Filho, 2007[21]	Avalia a função da coluna lombar, incorporando medidas de dor e atividade física.,	10 seções com 0 a 5 pontos. A primeira seção avalia a intensidade da dor, e as 9 restantes abordam o efeito incapacitante da dor nas atividades diárias típicas: cuidados pessoais (higiene, vestir-se, etc.), levantar peso, caminhar, sentar-se, ficar em pé, dormir, vida sexual, vida social e viagens.	(Pontuação obtida/50) x 100= % (se todas forem respondidas) 0% a 20% - incapacidade mínima 21%a 40% - incapacidade moderada 41% a 60% - incapacidade intensa 61% a 80% - incapacidade grave 81% a 100% - restrito ao leito.
Start Back Screening Tool (**SBST-Br**) / Pilz et al., 2014[22]	Classifica o risco de mau prognóstico de pacientes com dor lombar e/ou lombociatalgia na presença de fatores físicos e psicossociais.	Os indivíduos são classificados como: alto risco (presença de alto nível de fatores psicossociais, com ou sem a presença de fatores físicos), médio risco (presença de fatores físicos e psicossociais, mas em níveis mais baixos que os pacientes classificados como de alto risco) e baixo risco de mau prognóstico (com presença de mínimos fatores físicos e psicossociais)	Para pontuação e classificação do questionário, o paciente tem as opções de resposta "Concordo" e "Discordo" nos oito primeiros itens, com a primeira opção valendo um ponto, e a segunda opção valendo zero. Já o nono item apresenta cinco opções de resposta: "Nada, Pouco, Moderada, Muito, Extremamente", sendo que as três primeiras opções são pontuadas como zero, e as duas últimas como um ponto cada. Se a pontuação total for entre 0-3 pontos, o paciente é classificado como de baixo risco. Para valores maiores que 3 na pontuação total, considera-se então a pontuação da subescala psicossocial, composta pelas questões 5-9. Se a pontuação dessa subescala for ≤3 pontos, o paciente é classificado como de médio risco e, se for >3 pontos, encaixa-se no grupo de alto risco
Fear Avoidance Beliefs Questionare (**FABQ**) / Abreu et al., 2008[23]	Identifica as crenças do indivíduo sobre o quanto a atividade física e trabalho afetam sua disfunção.	O FABQ é composto por um total de 16 itens que são classificados numa escala de likert de 7 pontos (0-6), em que 0 = discordo totalmente e 6 = concordo totalmente.	Existem duas subescalas no FABQ. A subescala de atividade física (FABQpa) é a primeira subescala (itens 1-5), enquanto a subescala de trabalho (itens 6-16) é a segunda subescala (FABQw).

MEMBROS SUPERIORES			
Instrumento/autor	**Objetivo**	**Estrutura**	**Pontuação**
Disabilities of the arm, shoulder and hand questionaire (**DASH**) / Franchignoni et al., 2014[24]	Avalia a incapacidade e sintomas em pessoas com distúrbios musculoesqueléticos do membro superior. Usado para sintomas bilaterais.	Os itens perguntam sobre: (1) o grau de dificuldade durante a semana anterior na realização de várias atividades físicas devido a problemas em um ombro, braço ou mão (21 itens); (2) a gravidade de cada um dos sintomas de dor, dor relacionada à atividade, formigamento, fraqueza e rigidez (5 itens) (3) o efeito do problema nas atividades sociais, no trabalho e no sono, e seu impacto psicológico (4 itens). Há 5 opções de resposta para cada item, de 1 (nenhuma dificuldade para executar, nenhum sintoma ou nenhum impacto) a 5 (incapaz de fazer, sintoma muito grave ou alto impacto).	As respostas aos 30 itens são somadas para formar uma pontuação bruta que é então convertida para uma escala de 0 a 100 com a seguinte fórmula: [(soma da pontuação/ n) − 1] × 25, onde n é o número de respostas concluídas. Uma pontuação mais alta reflete maior incapacidade. O QuickDASH é uma versão resumida do questionário DASH que usa 11 itens para medir o grau de dificuldade na execução de várias atividades físicas devido a um problema no ombro, braço ou mão (6 itens); a gravidade da dor e do formigamento (2 itens); e o efeito do problema nas atividades sociais, no trabalho e no sono (3 itens). Usa as mesmas opções de resposta do DASH. A pontuação bruta é convertida em uma escala de 0 a 100 com a mesma fórmula usada para calcular a pontuação do DASH.

OMBRO			
Instrumento/autor	**Objetivo**	**Estrutura**	**Pontuação**
Oxford Shoulder Score (**OSS**) / Lima et al., 2016[25]	Avalia a dor e a qualidade de vida em relação a doenças inflamatórias e degenerativas do ombro. É validada para o Brasil em pacientes com dor no ombro e Artrite Reumatoide	Contém 12 itens, em que cada um possui 5 possíveis respostas, com pontuação variando de 0 a 4. O questionário é curto, prático, confiável e válido, sendo sensível a mudanças clinicamente importantes. Não é apropriado para pacientes com instabilidade do ombro.	12 itens (4 a 0 pontos para cada item) A pontuação total pode variar de 0 (pior) a 48 (melhor).
Shoulder Pain and Disability Index (**Spadi**) / Martins et al., 2010[26]	Avalia a dor no ombro e habilidade do paciente para realizar AVD's. Usado para sintomas unilaterais.	Escala de incapacidade (8 itens) e de dor (5 itens) na última semana, e no braço mais acometido.	A pontuação de cada subescala é obtida somando todas as pontuações individuais da subescala e dividindo o resultado pela pontuação máxima da subescala. A pontuação normalizada é convertida numa escala de 0 a 100, em que 100 indica problemas graves e 0 indica ausência de problemas.
The Western Ontario Rotator Cuff Index (**WORC**) / Lopes et a., 2008[27]	Avalia a qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com doenças do manguito rotador.	Questionário de autoavaliação com 21 itens distribuídos em 5 domínios da vida e da saúde (Sintomas Físicos, Esportes/Lazer, Trabalho, Estilo de Vida e Emoções).	Todos os itens têm o mesmo peso, e cada um pode receber uma pontuação de 0 a 100. Cada domínio pode ser pontuado separadamente, e a pontuação total do questionário varia de 0 a 2100. Os autores da versão original do WORC recomendam que os dados sejam convertidos em uma pontuação percentual, invertendo-se a pontuação bruta e convertendo-a para uma escala de 0 a 100. Uma pontuação de 0% representa o pior resultado possível, enquanto 100% indica nenhuma redução na qualidade de vida relacionada à saúde.

MÃOS			
Instrumento/autor	**Objetivo**	**Estrutura**	**Pontuação**
AUStralian CANadian Osteoarthritis Hand Index (**AUSCAN**) / Freitas, 2010[28]	Avalia a dor, rigidez articular e função física em pacientes com osteoartrite nas articulações da mão	15 questões divididas em três escalas distintas. Likert (0=nenhuma, 1=leve, 2=moderada, 3= forte, 4=muito forte) ou EVA 10 mm (a esquerda = nenhuma, e a direita = extrema).	Escore é calculado para cada escala: dor = 20, rigidez= 4 e função física= 36, todas as dimensões= pontuação máxima 60.
Cochin Hand Functional Scale / Chiari, 2011[29]	Avalia o nível de incapacidade funcional nas mãos de pacientes com Artrite Reumatóide.	Este questionário consiste em 18 perguntas sobre atividades diárias comuns.	Quanto maior a soma total, pior a função.
Michigan Hand Outcomes Questionnaire (MHQ) / Meireles, 2014[30]	Mede a percepção dos indivíduos sobre suas mãos em termos de função, aparência, dor e satisfação. Este instrumento destina-se ao uso entre indivíduos com condições e lesões na mão e no punho, incluindo artrite.	Instrumento autoadministrado que possui 37 itens que avaliam seis domínios: função geral da mão, atividades da vida diária, desempenho no trabalho, dor, estética e satisfação do paciente com a função da mão.	Para cada domínio, os escores das perguntas são somados. A pontuação de dor e a pontuação de função podem ser calculadas separadamente. Um escore de 0 indica ausência de dor ou sintomas e um escore de 100 indica a situação mais extrema.
The Functional Index for Hand Osteoarthritis (**FIHOA**) / Azevedo, 2021[31]	Avalia osteoartrite de mão que pode ser aplicado tanto na prática clínica quanto em protocolos de pesquisa.	Contém 10 perguntas, incluindo uma específica para cada sexo. As respostas são escalonadas em uma escala Likert de quatro pontos (0 = possível sem dificuldade, 1 = possível com leve dificuldade, 2 = possível com grande dificuldade, 3 = impossível), para evitar qualquer centralização das respostas	A faixa de pontuação varia de 0 a 30.

MEMBROS INFERIORES			
Instrumento/autor	**Objetivo**	**Estrutura**	**Pontuação**
Lower Extremity Functional Scale (**LEFS-Brasil**) / Pereira et al., 2013[32]	Avalia o estado funcional de pacientes com qualquer lesão de membros inferiores	20 itens graduados em escala Likert (4 a 0 pontos) em categorias que variam de extremamente difícil para realizar até nenhuma dificuldade.	Pontuação entre 0 e 80, sendo pontuação mais altas correspondentes a menor comprometimento funcional.

QUADRIL			
Instrumento/autor	**Objetivo**	**Estrutura**	**Pontuação**
Harris Hip Score (**HHS**) / Guimarães et al., 2010[33]	Avalia os resultados da artroplastia total de quadril	Apresenta escala com o máximo de 100 pontos, incluindo avaliação da dor, função (AVD's e marcha), deformidade e mobilidade.	Pontuação total menor que 70 pontos é considerado resultado ruim, 70 a 80 razoável, 80 a 90 bom e 90 a 100 excelente

JOELHOS			
Instrumento/autor	**Objetivo**	**Estrutura**	**Pontuação**
Lequesne de Joelho e Quadril / Marx et al., 2006[34]	Avalia dor e capacidade funcional em indivíduos com Osteoartrite de joelho e quadril	11 questões sobre dor, desconforto e função 6 questões sobre dor e desconforto (sendo uma destas distintas para joelho e outra para quadril), uma sobre distância a caminhar e quatro distintas para quadril ou joelho sobre atividades da vida diária.	As pontuações variam de 0 a 24 (sem acometimento a extremamente grave)
Knee Outcome Survey- Activities of Daily Living Scale (**KOS-ADLS**) / Nigri et al., 2007[35]	Mensuração funcional imposta por afecções no joelho durante as atividades de vida diária.	14 itens divididos em: 1 a 6 mensuram os sintomas comumente expressados durante as AVD's. De 7 a 14 são relacionados a função durante AVD's. 3 questões subjetivas.	Pontuação máxima igual a 70 pontos, estes são transformados no ADLS score que é graduado de 0 a 100. Cada item é pontuado 0-5 com 5 indicando "sem dificuldade" e 0 representando "incapaz de executar". As pontuações de todos os itens são somadas, divididas por 70, depois multiplicadas por 100. Porcentagens mais altas refletem níveis mais altos de capacidade funcional.

TORNOZELO E PÉ			
Instrumento/autor	**Objetivo**	**Estrutura**	**Pontuação**
Identification of Functional Ankle Instability questionaire (**IdFAI**) / Martinez et al., 2018[36]	Avalia a estabilidade do tornozelo	História de instabilidade do tornozelo (itens 5, 6, 7 e 10), informação relacionada à entorse de tornozelo inicial (itens 1, 2, 3 e 4) e informações sobre a instabilidade durante as AVD's (itens 8 e 9).	0 a 37 pontos: sendo escore <10 não representativo de instabilidade funcional do tornozelo, e aqueles com escores 11 ou mais apresentam a condição.
Foot Function Index (**FFI**) / Stéfanl et al., 2017[37]	Avalia a funcionalidade do pé em pacientes com lesões musculoesqueléticas.	Soma da pontuação obtida de todos os itens respondidos pelo paciente/pontuação total possível do domínio × 100	A porcentagem final de todos os domínios deve ser somada e dividida por três. Quanto mais alta a porcentagem, maior é a alteração funcional apresentada pelo paciente.
Foot and Ankle Ability Measure (**FAAM**) / Moreira et al., 2016[38]	Avalia o desempenho físico de indivíduos em um amplo espectro de desordens musculoesqueléticas da perna, tornozelo e pé.	29 itens, divididos em duas subescalas: uma subescala para investigar a funcionalidade em atividades de vida diária, composta por 21 itens e outra subescala para avaliar a funcionalidade em atividades esportivas composta por 8 itens.	Os itens são pontuados de 0 a 5, no modelo da Escala de Likert, sendo que escores maiores representam melhor estado funcional. .
FHSQ-BR (*Brazilian version of the foot health status* questionnaire) / Ferreira et al., 2008[39]	Avalia os cuidados com os pés de pacientes com artrite reumatoide.	Medida de desfecho com 10 domínios com pontuações que variam de 0 a 100, do pior ao melhor, respectivamente.	Há 10 domínios com pontuações que variam de 0 a 100. Sendo que os escores maiores representam o melhor cuidado com os pés.

GRUPO 3 QUESTIONÁRIOS ESPECÍFICOS POR DOENÇA REUMÁTICA

ARTRITE REUMATOIDE			
Instrumento/autor	**Objetivo**	**Estrutura**	**Pontuação**
AIMS-2 (Arthritis Impact Measurement Scales-2) / Brandão, Ferraz e Zerbini (1998)[40]	Avalia o impacto da artrite na saúde física, mental e social dos indivíduos, considerando funcionalidade, dor, bem-estar e qualidade de vida.	Questionário autoadministrado composto de 78 itens divididos em 12 domínios: 1. Mobilidade 2. Caminhada e locomoção 3. Uso das mãos e braços 4. Atividades domésticas 5. Atividades sociais 6. Apoio social 7. Trabalho 8. Dor 9. Tensão 10. Humor 11. Satisfação com a saúde 12. Saúde em geral	Escala tipo Likert. Resultados padronizados variam de 0 a 10: • 0 = melhor estado de saúde/ funcionalidade • 10 = maior impacto negativo da artrite. Podem ser obtidos escores por domínio ou um escore total.
HAQ (Health Assessment *Questionnaire*) / Ferraz e Atra (1990)[41]	Avalia capacidade funcional em atividades da vida diária	20 itens em 8 domínios (vestir-se, levantar-se, comer, caminhar, higiene, alcance, preensão, atividades comuns)	A fórmula do HAQ é calculada a partir dos maiores escores de cada componente: somatório dos maiores escores de cada componente (o maior do componente 1, mais o maior do componente 2, mais o maior do componente 3, mais o maior do componente 4, maios o maior do componente 5, mais o maior do componente 6, mais o maior do componente 7, mais o maior do componente 8) dividido por 8. Valores mais altos indicam maior incapacidade funcional
CHAQ (Childhood Health Assessment Questionnaire) / Machado et al. (2001)[42]	Avalia capacidade funcional de crianças com doenças reumáticas, especialmente artrite idiopática juvenil, adaptada do HAQ	Questionário é composto por um índice de incapacidade funcional (com oito domínios, como vestir-se e caminhar) e um índice de desconforto (com escores de dor e bem-estar global), sendo crucial para medir a qualidade de vida das crianças afetadas pela doença	Escores mais altos = maior incapacidade funcional
Arthritis Self-Efficacy Scale (**ASES-8**) / da Silva, 2019[43]	Avalia a Autoeficácia para pacientes com artrite reumatoide.	A ASES-8 apresenta dois itens da subescala de dor da ASES, quatro itens da subescala de outros sintomas da ASES e dois novos itens relacionados à prevenção de dor e fadiga que interferem nas atividades diárias	As respostas para cada um dos itens variam de 1 (muito incerto) a 10 (muito certo), de modo que pontuações mais altas indicam maior confiança ou autoeficácia. A pontuação final é a média das pontuações dos oito itens

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO			
Instrumento/autor	**Objetivo**	**Estrutura**	**Pontuação**
SLEDAI (*Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity*) / Freire, Souto e Ciconelli 2011[44]	Avalia componentes clínicos e laboratoriais para medir a atividade da doença	Consiste em 24 variáveis clínicas e laboratoriais ponderadas, que resultam em uma pontuação total que indica a gravidade da doença	0: Sem atividade. 1-5: Atividade leve. 6-10: Atividade moderada. 11-19: Atividade alta. >20: Atividade muito alta.

ESCLEROSE SISTÊMICA			
Instrumento/autor	**Objetivo**	**Estrutura**	**Pontuação**
Systemic Sclerosis Questionnaire (**SySQ**) / Machado, 2014[45]	Avalia a qualidade de vida em esclerose sistêmica	Contém 32 perguntas divididas em quatro categorias (sintomas gerais, gastrointestinais, musculoesqueléticos e cardiopulmonares). A Escala de Likert graduada de 1 a 4 foi usada para pontuar os itens, devido a sua facilidade de compreensão, referindo-se à habilidade de realizar uma atividade (1 corresponde a sem dificuldade e 4 a incapaz), à intensidade dos sintomas (0 corresponde a ausente e 4 a muito intenso) e à frequência dos sintomas (1 corresponde a nunca e 4 a sempre).	Sintomas Gerais (G1 a G8) 0 - 24 Sintomas gastrintestinais (GI 1 A GI7) 0-21 Sintomas gastroesqueléticos (ME1 a ME11) 0-33 Sintomas cardiopulmonares (CP1 a CP6) 0-18
Scleroderma Health Assessment Questionnaire (**SHAQ**) / Orlandi, 2014[46]	Avalia o estado funcional na esclerose sistêmica	Composto por 20 itens distribuídos em oito domínios e possui cinco domínios adicionais que avaliam disfunções causadas pelos sintomas da esclerodermia sistêmica. Para isso, são utilizadas cinco escalas visuais analógicas (EVAs). As pontuações nas escalas são convertidas em subpontuações que variam de 0 a 3 pontos.	A pontuação geral do questionário é a soma de cada uma das cinco subpontuações da EVA e das pontuações dos oito domínios, dividida por 13.

FIBROMIALGIA			
Instrumento/autor	**Objetivo**	**Estrutura**	**Pontuação**
Questionário de Impacto da Fibromialgia Revisado (**FIQR**) / Lupi et al. (2017)[47]	Avalia o impacto da fibromialgia na vida do paciente.	Composto por 21 itens divididos em 3 domínios: Função (dificuldades em AVDs), Impacto geral, Sintomas (dor, fadiga, sono, rigidez, depressão, memória, sensibilidade)	Todas as questões são classificadas em uma escala numérica de 0 a 10. Escore total 0–100 (maior = pior impacto)
Fibromyalgia Rapid Screening Tool (**FiRST**) / De Sousa et al. (2022)[48]	Realiza uma triagem rápida para identificar indivíduos com suspeita de fibromialgia.	Composto por seis itens com opções de resposta (sim ou não) sobre as principais características relacionadas à FM, como dor generalizada, fadiga, características da dor, sensações anormais, sintomas somáticos e problemas de sono e cognitivos.	Pontuação: 1 ponto por resposta "sim"; escore ≥ 5 sugere fibromialgia.
Fibromyalgia Survey Questionnaire (**FSQ**) / Daltrozo, 2020[49]	Utilizado para fins de telemedicina, podendo ser realizado de forma confiável por meio de entrevista telefônica.	O FSQ é um instrumento de autoadministração e o diagnóstico de fibromialgia pode ser feito independentemente da concomitância de outros diagnósticos composto por duas escalas: índice de dor generalizada (IDG, 0–19 pontos), baseado no autorrelato de locais doloridos no corpo; e a escala de gravidade dos sintomas (EGS, 0–12 pontos), baseada no autorrelato da intensidade dos sintomas somáticos. A escala de gravidade da fibromialgia (FSS) pode ser calculada pela soma do WPI e do FSS (0–33 pontos).	O diagnóstico de fibromialgia pode ser feito se: 1) houver dor em pelo menos quatro das cinco regiões; 2) os sintomas estiverem presentes por pelo menos 3 meses; 3) o IDG for maior ou igual a sete e o EGS for maior ou igual a cinco, ou o IDG for de quatro a seis e o EGS for maior ou igual a nove
Fibromyalgia Knowledge Questionnaire (**FKQ**) / Suda et al. (2012)[50]	Avalia o conhecimento específico que pacientes têm sobre fibromialgia — causa da doença, sintomas, opções de tratamento, mecanismos de ação, etc. Permite também avaliar o efeito de programas educativos, comparações entre pacientes e profissionais de saúde	Composto por 18 questões. Os domínios do questionário FKQ: "Conhecimento Geral sobre a Fibromialgia" (Perguntas 1 a 5), "Medicamentos na Fibromialgia" (Perguntas 6 a 9), "Exercícios na Fibromialgia" (Perguntas 10 a 13) e "Proteção Articular e Conservação de Energia" (Perguntas 14 a 18).	A pontuação total corresponde à soma das respostas corretas.

ESPONDILOARTRITES			
Instrumento/autor	**Objetivo**	**Estrutura**	**Pontuação**
Health Assessment Questionnaire for the Spondyloarthropathies (**HAQ-S**)[51] / Shinjo et al., 2007	Avalia o estado funcional das espondiloartrites Adaptado do HAQ original para pacientes com EA (HAQ-S), onde foram adicionados mais cinco itens que abordam a capacidade de indivíduos com EA para dirigir um carro e realizar compras.	Cada questão tem escores de zero (sem qualquer dificuldade), um (com alguma dificuldade), dois (com muita dificuldade) e três (incapaz de realizar) e o resultado final de cada domínio é o mais alto obtido.	O escore final é resultado da média da soma dos escores dos dez domínios, podendo variar de zero a três.
Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (**BASFI**) / Cusmanich, 2012[52]	Avaliação da função ou índice funcional em espondiloartrite	Dez questões, sendo oito associadas a atividades relativas à capacidade funcional dos pacientes e duas que avaliam a capacidade de integração do paciente nas atividades de vida diária.	O índice final, que varia de zero a dez, é capaz de detectar exacerbação e remissão dos sintomas, considerando-se 0 como ausência de incapacidade, e 10 como incapacidade máxima.
Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (**BASDAI**) / Shinjo, 2006[53]	Avalia a atividade da doença.	6 perguntas que avaliam cinco sintomas: fadiga, dor na coluna, dor e inflamação articular (excluindo-se a coluna vertebral), áreas de dor a palpação e rigidez matinal. O resultado do questionário é dado pela soma dos valores das questões um a quatro, e a média das questões cinco e seis, sendo o resultado obtido dividido por 5.	O resultado final é dividido por cinco, podendo o total variar de zero a dez, e os resultados mais altos refletem maior atividade da doença
Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (**BASMI**) / Shinjo, 2006[54]	Avalia a mobilidade, através de medidas clássicas em pacientes com espondiloartrites.	São realizadas 5 medidas: tragus-parede, flexão lombar, rotação cervical, flexão lombar lateral, distância intermaleolar,	Cada uma é alocada em uma escala numérica de zero a dez e o escore final do BASMI corresponde à média aritmética dos cinco valores, podendo o resultado final variar de zero a dez.
Ankylosing Spondylitis: What do you know? / Orlandi, 2016[55]	Avalia o conhecimento do paciente sobre a doença.	O instrumento contém 14 questões, com 72 respostas possíveis, das quais apenas 25 estão corretas. É dividido em quatro áreas de conhecimento: conhecimento geral, etiologia, sintomas e exames de sangue; teste imunogênico (HLA-B27) e hereditariedade; tratamento medicamentoso e fisioterapia; e proteção articular e conservação de energia.	A pontuação final é calculada somando-se um ponto para cada resposta correta.

OSTEOARTRITE DE QUADRIL E/OU JOELHO			
Instrumento/autor	**Objetivo**	**Estrutura**	**Pontuação**
Western Ontario and McMaster Universities (**WOMAC**) / Ferreira et al., 2020[56]	Avalia a percepção do paciente com osteoartrite sobre a dor, rigidez e limitação funcional.	Dor (5 itens), rigidez articular (2 itens) e atividade física (17 itens). Nenhuma=0 (melhor estado), Pouca: 25, Moderada: 50, Intensa: 75, Muito intensa: 100 (pior estado).	Escore de cada domínio: valor total dividido pelo número de itens do domínio. O valor total deve ser dividido por 24. Quanto maior a pontuação, pior a percepção.

OSTEOPOROSE			
Instrumento/autor	**Objetivo**	**Estrutura**	**Pontuação**
OPAQ (*Osteoporosis Assessment Questionnaire*) / Cantarelli, 1997[57]	Avalia a qualidade de vida em pessoas com fraturas por osteoporose.	Compreende cinco questões que avaliam o bem-estar geral e outras 79 questões que são agrupadas em 18 domínios.	A pontuação é feita a partir da soma dos resultados. Quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida; quanto menor, pior.

SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO			
Instrumento/autor	**Objetivo**	**Estrutura**	**Pontuação**
Boston Carpal Tunnel Questionnaire (**BCTQ**) / Campos et al., 2003[58]	Avalia a gravidade dos sintomas e o impacto funcional da Síndrome do Túnel do Carpo.	11 questões pontuadas de 1 (sintoma leve) a 5 (sintomas mais graves). 8 atividades usuais, respostas de 1 a 5 pontos (nenhuma dificuldade a não consegue realizar o quesito citado)	A pontuação da escala é calculada pela média dos escores. Quanto maior o escore, pior é a gravidade dos sintomas.

GRUPO 4 TESTES FUNCIONAIS PARA OS MEMBROS INFERIORES

Instrumento	Como realizar	Interpretação
Teste de sentar e levantar em 30 segundos (TSL)	Da posição sentada, o participante levanta-se completamente, com os quadris e joelhos totalmente estendidos, e depois abaixa-se completamente, de modo que o bumbum toque totalmente o assento. Isso é repetido por 30 segundos. Ao sinal de início, acione o cronômetro.	Conte o número total de vezes que o participante ficou em pé na cadeira (para cima e para baixo equivale a um pé) em 30 segundos. Se o participante ficar em pé completamente em 30 segundos (ou seja, ficar em pé completamente ereto ou a caminho da posição sentada), esse último pé será contabilizado no total. • O participante pode parar e descansar se estiver cansado. O tempo continua passando. • Se a pessoa não conseguir ficar em pé nem uma vez, a pontuação do teste será zero
Teste de subir e descer escadas (StepUp)	Marcar o tempo (em segundos) necessário para subir e descer um lance de escadas. O número de degraus dependerá das situações ambientais individuais. Sempre que possível, recomenda-se o teste de 9 degraus com degrau de 20 cm de altura e corrimão	A cronometragem começa no sinal de início e termina quando o participante retorna com os dois pés ao nível do solo.
Teste de Caminhada Acelerada de 40m (T40m)	Os participantes são solicitados a caminhar o mais rápido, mas com a maior segurança possível, sem correr, ao longo de uma passarela de 10 m, e, em seguida, contornar um cone, retornar e repetir novamente para uma distância total de 40 m (4 voltas). O uso regular de auxílio para caminhada é permitido e registrado.	O tempo de uma tentativa de teste é registrado e expresso como velocidade m/s pela divisão da distância (40 m) pelo tempo (s).
Teste Timed Up and Go (TUG)	Tempo (segundos) gasto para se levantar de uma cadeira, caminhar 3 m, virar, caminhar de volta para a cadeira e então sentar-se usando calçados regulares e um auxílio para caminhada, se necessário.	A cronometragem começa no sinal de início e termina quando o participante se senta completamente com as costas apoiadas no encosto da cadeira. Dispositivos de auxílio para caminhar comuns são permitidos e registrados, se necessário. Duas tentativas são realizadas e a mais rápida das duas é registrada com precisão de décimos de segundo.
Teste de Caminhada de 6 minutos (TC6)	A distância máxima percorrida em um período de 6 minutos é registrada.	O teste começa no sinal de início e termina em 6 minutos. A distância percorrida ao longo dos 6 minutos é registrada em metros. Se for utilizado um dispositivo de auxílio à marcha, este será registrado.

ESCALA FUNCIONAL ESPECÍFICA DO PACIENTE

Avalia necessidade de medidas de desfecho específicas, válidas, confiáveis e sensíveis. Essas medidas são usadas para avaliar a mudança na condição de um paciente e, posteriormente, monitorar o benefício de um plano de tratamento.

1 Solicite ao paciente para indicar algumas atividades que ele considera importante no seu dia-a-dia, mas possui dificuldade/incapacidade para realizar.

2 Peça para dar uma nota de 0 a 10. O paciente classifica a dificuldade de cada atividade de 0 a 10, sendo 0 a incapacidade total e 10 a capacidade de realizar a atividade no mesmo nível de antes da lesão ou problema. Ou seja, quanto maior for a pontuação, maior a funcionalidade do paciente.

3 Anote a data ao lado.

4 Nas consultas seguintes, o paciente pode reavaliar as mesmas atividades ou escolher novas que se tornaram problemáticas, permitindo monitorar a evolução funcional e o impacto das intervenções terapêuticas.

Atividade	Pontuação pré-tratamento 0-10	Pontuação 3 meses 0-10	Pontuação 6 meses 0-10	Pontuação 12 meses 0-10
1-				
2-				
3-				

RECOMENDAÇÃO CLÍNICA DOS ESPECIALISTAS

Para uma avaliação fisioterapêutica em reumatologia ideal, recomenda-se minimamente considerar pelo menos:

02 instrumentos genéricos de avaliação, de acordo com a condição e sintomas (vide Grupo 1)	01 instrumento por segmento corporal afetado (vide Grupo 2)	01 instrumento específico da doença (vide Grupo 3)	01 teste funcional para principais queixas e desfechos da avaliação (vide Grupo 4)

EXEMPLOS DE CHECKLISTS DE AVALIAÇÃO PARA ALGUMAS DOENÇAS REUMÁTICAS:

Abaixo, encontra-se um checklist de uma bateria de questionários específicos e testes funcionais, recomendados, quando você, fisioterapeuta, tiver a necessidade de realizar alguma avaliação na presença das seguintes doenças reumáticas:

1 Artrite reumatoide (Peter et al., 2021)[59]

END para Dor e Fadiga
Escala de Borg ou PSE para esforços
HAQ
Arthritis Self-Efficacy Scale (ASES-8)
Teste de Caminhada de 6 Minutos

2 Espondiloartrite axial Shinjo., 2006[54]

Health Assessment Questionnaire for the Spondyloarthropathies (HAQ-S)
Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI)
Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI)
Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI)
Questionário Ankylosing Spondylitis: What do you know? = questionário que avalia o conhecimento sobre a doenças nas espondiloartrites.
Testes funcionais: TUG, Teste de sentar e levantar, Teste de caminhada de 6 minutos.

3 Osteoartrite de joelhos (Dantas; Salvini; McAlindon, 2021)[60]

WOMAC
Teste de sentar e levantar em 30 segundos
Teste de subir e descer escadas
Teste de Caminhada de 6 minutos
Teste Timed Up and Go

4 Fibromialgia (Lupi et al., 2017 [47]; Mannerkorpi; Svantesson; Broberg, 2006[61]; Mannerkorpi et al., 1999[62]; Pernambuco et al., 2017[63]; Salaffi et al., 2009[64]; Salvador et al., 2021[65]; Singh et al., 2024[66]; Toledo et al., 2016[67])

Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR)
Fibromyalgia Knowledge Questionnaire (FKQ)
Inventário Breve de Dor
END para Dor
Fadiga: END para fadiga;ou Fatigue Severity Scale (FSS); ou Questionário de Fadiga de Chalder
Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg (PSQI)
Escala Tampa de Cinesiofobia
Escala de Pensamentos Catastróficos Sobre a Dor
Escala de Auto-eficácia para Dor Crônica
Teste de Caminhada de 6 minutos
Teste de sentar e levantar em 30 segundos

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SCAN ME

ACOMPANHE

@crefito1

/crefito1

/crefito_1

/crefito1tv

crefito1.org.br

81 9 9183 3470

podcrefito1

podcrefito1

SIGA O CANAL DO CREFITO-1 NO WHATSAPP:

CREFITO 1

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 1ª REGIÃO - BA/SE/AL