

ORIENTAÇÃO

NÚMERO: 014/2019

DATA: 07/08/2019

ASSUNTO: Programas de Reabilitação Respiratória nos Cuidados de Saúde Primários

PALAVRAS-CHAVE: Reabilitação Respiratória, referenciação, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, outras doenças respiratórias crónicas, Cuidados de Saúde Primários

PARA: Médicos do Sistema Nacional de Saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.min-saude.pt)

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, emite-se a seguinte:

ORIENTAÇÃO TÉCNICA

1. A Reabilitação Respiratória (RR) está recomendada a todos os doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) dos grupos B, C e D (Tabela 1), sendo a prática de atividade física regular recomendada para todos os doentes sem exceção¹ (incluindo a doentes do grupo A).

Tabela 1 – Categorias da DPOC segundo os critérios GOLD¹

	Classificação DPOC (grupos GOLD)	
≥ 2 exacerbações ou ≥ 1 exacerbação com hospitalização	C	D
0 exacerbações ou 1 exacerbação sem hospitalização	A	B
	mMRC 0-1 CAT < 10	mMRC ≥ 2 CAT ≥ 10

Legenda: GOLD – *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*; mMRC – Questionário de dispneia *Medical Research Council* modificado; CAT – *COPD Assessment Test*

2. Para os doentes dos grupos B, C e D, estão indicados Programas de Reabilitação Respiratória (PRR), cujo local para a sua realização depende da gravidade e complexidade da doença respiratória conforme o Fluxograma e Anexo I.
3. De acordo com a classificação GOLD (Tabela 1), os doentes com DPOC do:
 - a) Grupo B: devem integrar PRR nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Contudo, no caso de apresentarem comorbilidades graves (Anexo I, ponto 2.3), devem integrar PRR hospitalares;

- b) Grupos C e D: devem ser avaliados por pneumologista/fisiatra do PRR hospitalar e, de acordo com o risco clínico (Anexo I), devem ser integrados nos PRR hospitalares, nos PRR dos CSP ou em centros de reabilitação especializados na área respiratória.
4. De forma análoga à DPOC, outras doenças respiratórias crónicas também devem ser alocadas a PRR a nível dos CSP ou hospitalares, de acordo com a sua gravidade (Tabela 2). Apesar da evidência científica sobre os benefícios da RR ser maior em doentes com DPOC, os doentes com outras doenças respiratórias crónicas podem beneficiar de PRR². São exemplos dessas entidades clínicas:
- Asma brônquica;
 - Bronquiectasias;
 - Fibrose quística;
 - Doença intersticial pulmonar;
 - Doenças neuromusculares com impacto respiratório;
 - Deformidades da parede torácica;
 - Síndrome de obesidade-hipoventilação;
 - Cancro do pulmão;
 - Hipertensão arterial pulmonar.

Tabela 2 – Local de implementação dos PRR, de acordo com a gravidade da doença

Gravidade da doença respiratória crónica		Local da RR
Doença de gravidade ligeira a moderada e sem comorbilidades complexas	<ul style="list-style-type: none"> SpO₂ ≥ 90 % em repouso SpO₂ > 85% na prova de marcha de 6 minutos 	PRR nos CSP
Doença grave com ou sem comorbilidades complexas	<ul style="list-style-type: none"> SpO₂ ≤ 85% na prova de marcha de 6 minutos com ou sem prescrição recente de oxigenoterapia Risco cardiovascular moderado a elevado Pré e pós-operatório de cirurgia de redução de volume pulmonar ou de transplante pulmonar Risco infeccioso (individual ou do grupo) 	PRR hospitalares ou em Centros de Reabilitação especializados

Legenda: SpO₂ – saturação periférica de oxigénio

5. Os doentes com indicação para realizar PRR deverão ser referenciados com a seguinte informação:
- História clínica (anamnese e exame físico);
 - Espirometria com prova de broncodilatação;

- c) Oximetria em repouso;
 - d) ECG;
 - e) Radiografia do tórax.
6. Nos doentes mais complexos ou com comorbilidades significativas, a avaliação deverá ser complementada com outros estudos que se considerem adequados, como por exemplo, o ecocardiograma.
 7. Nas situações em que for possível implementar PRR nos CSP, estes devem integrar um conjunto de requisitos relativos à Coordenação do programa, à caracterização dos componentes do PRR, das suas equipas, do local, dos equipamentos e avaliação dos resultados.
 8. Atendendo a que a presente orientação incentiva a implementação de PRR nos CSP, aumentando a acessibilidade destes doentes no âmbito do SNS, considera-se que a Coordenação do Programa deve ser assegurada pelo médico de Medicina Geral e Familiar (MGF), que se deve articular com o pneumologista ou o fisiatra responsável pelos PRR do hospital da área de referência.
 9. Em cada Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) que possua PRR, o médico de MGF que coordena o programa deve ter formação específica na área da RR. Deve igualmente ser estabelecido um contacto privilegiado com a equipa do hospital de referência em RR, mediante consultoria multidisciplinar, de modo a garantir a devida segurança e supervisão dos PRR.
 10. A equipa de RR nos CSP deve ser multi e interdisciplinar, podendo contar com médicos especialistas em MGF, pneumologistas, fisiatras, fisioterapeutas, enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (EEER), técnicos de cardiopneumologia, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros, desde que habilitados para os PRR¹².
 11. A equipa deve ser composta no mínimo pelo médico de MGF, fisioterapeuta e EEER e articular-se-á com o Pneumologista/Fisiatra responsável pelos PRR do hospital de referência. Outros profissionais poderão complementar a equipa de RR.
 12. Todos os profissionais que compõem a equipa devem possuir formação teórica pré e pós-graduada reconhecida em Portugal e experiência prática na área da RR^{12,13}, visando a responsabilização na sua área de competência. A equipa de RR tem de ter formação em suporte básico de vida, sendo obrigatória a existência de um plano de emergência.
 13. Os PRR nos CSP podem ser implementados¹⁴⁻¹⁶:
 - a) Nos ACES ou nas suas várias unidades funcionais em espaço apropriado com cerca de 30m² ou mais e condições adequadas de acessibilidade, ventilação e luz natural;
 - b) No domicílio do doente.
 14. Os PRR nos CSP têm de incluir no mínimo, um módulo de treino de exercício estruturado e supervisionado e um módulo de educação e de apoio psicossocial:
 - a) Módulo de treino de exercício
 - i. As sessões de treino de exercício podem ser operacionalizadas em cenários diversos, desde um ginásio equipado com ergómetros e máquinas de musculação, até um módulo de marcha combinado com treino de força com pesos livres.

- ii. A segurança clínica dos doentes é prioritária, pelo que todos os doentes apenas iniciam o treino de exercício após uma avaliação, recorrendo a uma prova máxima (prova de esforço máxima, com supervisão médica) ou uma avaliação submáxima (por exemplo, a prova de marcha de seis minutos). A terapêutica médica deve ser otimizada e o seu cumprimento/adesão pelo doente deve ser assegurado.
- iii. O módulo de treino de exercício deverá incluir a monitorização da oximetria de pulso, assegurando uma saturação periférica de oxigénio (SpO₂) superior a 90% e uma sensação subjetiva de esforço na escala de Borg modificada entre 4 e 6 ⁽²⁾. A monitorização da pressão arterial e da frequência cardíaca e a manutenção destes parâmetros dentro dos intervalos fisiológicos são igualmente requisitos de segurança.
- iv. As sessões iniciam-se e terminam com períodos de 10 minutos de aquecimento e retorno à calma, e integram vários tipos de treino de exercício com objetivos específicos e parâmetros recomendados (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização dos componentes do módulo de treino de exercício ²⁻⁹

Treino	Objetivos	Parâmetros
Exercício Aeróbio	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilização de grandes grupos musculares • Melhoria da capacidade cardiorrespiratória • Dessensibilização à dispneia e fadiga muscular • Adoção de um padrão respiratório eficiente no esforço • Melhoria na realização das atividades da vida diária 	<p><u>Modo</u> Treino contínuo ou intervalado de marcha (em terreno plano ou em tapete rolante) ou bicicleta estática</p> <p><u>Intensidade</u> 75 a 80% da velocidade na prova de marcha de seis minutos ou > 60% da potência máxima no teste do cicloergómetro ou do tapete rolante</p> <p><u>Duração</u> 20-60 min</p> <p><u>Frequência</u> 3-5 vezes/semana</p>
Exercício de Força Muscular	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da força nos principais grupos musculares dos membros inferiores e superiores • Aumento da massa isenta de gordura • Melhoria na realização das atividades da vida diária 	<p><u>Modo</u> Treino em circuito ou tarefas funcionais com pesos livres, bandas elásticas ou outro equipamento</p> <p><u>Intensidade</u> 60-70% de 1 Resistência Máxima (RM) ou 100% de 8-12 RM</p> <p><u>Duração</u> 1-3 séries de 8-12 repetições</p> <p><u>Frequência</u> 2-3 vezes/semana</p>

Exercício de Flexibilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da amplitude de movimentos • Otimização da eficiência ventilatória 	<u>Modo</u> Alongamentos <u>Frequência</u> 2-3 vezes/semana
Exercício de Equilíbrio	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria do equilíbrio estático e dinâmico • Melhoria da coordenação psicomotora • Diminuição do risco de quedas 	<u>Modo</u> Treino de equilíbrio, transferências de peso e marcha <u>Frequência</u> 2-3 vezes/semana

- v. Os PRR devem ter a duração mínima de 8-12 semanas, com pelo menos 2 sessões supervisionadas por semana (rácio máximo profissional/doente 1:8) e devidamente registadas num formato que inclua de forma integrada as intervenções dos vários grupos profissionais¹⁰.
- vi. O objetivo é promover a prática de atividade física e a adoção de comportamentos promotores de saúde na vida diária dos doentes com DPOC ou outras doenças respiratórias e a sua manutenção a longo prazo, diminuindo comportamentos sedentários e a morbilidade e mortalidade associadas.
- b) Módulo educacional e de apoio psicossocial
- i. Os módulos educacionais de autogestão visam capacitar a pessoa com DPOC ou outras doenças respiratórias e a sua família para lidar com a doença no dia-a-dia e, em colaboração com os profissionais de saúde, permitir-lhes uma adaptação funcional e saudável à mesma^{3,11}.
- ii. São objetivos destes módulos:
- Promover conhecimentos que permitam compreender melhor a sua doença respiratória e aumentar as competências do doente e da família para uma melhor gestão da mesma;
 - Promover a adesão à terapêutica e a estilos de vida saudáveis de forma a prevenir o agravamento da doença;
 - Capacitar o doente e família com estratégias para prevenir e lidar com o *stress* que resulta do impacto da doença;
 - Facilitar a comunicação com os serviços de saúde e de ação social disponíveis na comunidade.
- iii. Os módulos educacionais podem ser estruturados de diversas formas, sugerindo-se que se convide o doente e seus cuidadores a participarem segundo o seguinte formato:
- 6 a 8 sessões, com duração entre 60 a 90 minutos e com 5 a 10 participantes no máximo;
 - Efetuadas por diferentes profissionais (médicos de MGF, pneumologistas, fisiatras, fisioterapeutas, enfermeiros de reabilitação, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros) com experiência na condução de ensino em grupo;

- (iii) Efetuadas preferencialmente em salas que permitam o recurso a materiais audiovisuais, *flipchart* e marcadores. Para cada sessão poderá haver necessidade de materiais específicos como placebos dos vários inaladores ou folhetos/módulos informativos sobre os temas abordados que permitam ao doente e família consultar no domicílio.
 - iv. Devem fazer parte destas sessões os seguintes temas, sem prejuízo de outros aspetos que se considerem relevantes:
 - (i) O que é a DPOC ou outra doença respiratória; fatores de risco (tabaco) e impacto da doença
 - (ii) Gestão dos sintomas respiratórios (técnicas de controlo respiratório, higiene brônquica, controlo das exacerbações)
 - (iii) Medicação, técnica inalatória e oxigenoterapia
 - (iv) Gestão de *stress* e ansiedade
 - (v) Estilos de vida saudável (exercício físico, alimentação, sono e vida sexual)
 - (vi) Plano de ação (todos os doentes devem ser estimulados a conhecer e utilizar o seu plano de ação)
 - v. Os módulos de ensino do programa *Living Well With COPD* traduzidos para português estarão disponíveis nos *sites* da DGS, das Sociedades Portuguesa de Pneumologia e de Medicina Física e Reabilitação, do Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar e de outras organizações profissionais envolvidas na RR, associações de doentes e noutros locais que venham a ser considerados importantes para a disseminação da RR em Portugal.
15. Equipamentos e materiais alocados aos PRR dos CSP:
- a) Obrigatórios:
 - i. Acesso telefónico;
 - ii. Plano de emergência e carro de emergência nos CSP;
 - iii. Oxigénio;
 - iv. Oxímetros, esfigmomanómetro, cardiofrequencímetros, balança, estadiómetro e escala de Borg modificada.
 - b) Recomendados:
 - i. Folhetos informativos e outros materiais para as sessões educacionais;
 - ii. Cadeiras;
 - iii. Degraus;
 - iv. Pesos, halteres, bandas elásticas e/ou equipamentos para treino de força muscular;
 - v. Ergómetros (por exemplo: bicicleta, passadeira, remo, elítica);
 - vi. 2 cones para prova de marcha;
 - vii. Cronómetros.
16. Para cada doente, deve ser elaborado pela equipa de reabilitação um relatório sucinto, datado e assinado, de acordo com a Tabela 5.

Tabela 5 – Informações que devem constar no relatório de alta do PRR

História clínica, indicação para PRR e problemas identificados	Ver pontos 1 e 6 e Fundamentação - ponto B
Programa realizado	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição das componentes de exercício e de ensino • Duração e frequência do PRR
Resultados obtidos	<p>Apresentação dos resultados e valorização do seu significado clínico, de acordo com as avaliações efetuadas no início e no final do PRR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispneia (mMRC) ^{17,18} * • Qualidade de vida (CAT e/ou escala visual analógica vertical de 0 a 100) ^{19,20} * • Capacidade para realizar as atividades da vida diária (LCADL) ^{21,22} * • Ansiedade/depressão (HADS) ^{23,24} * • Capacidade para o exercício funcional (Prova de Marcha de 6 minutos e Teste de Sentar e Levantar em 1 minuto) ²⁵⁻²⁷ ** • Prova de esforço cardiopulmonar ^{2,28} ** • Atividade física (pedómetros, acelerómetros ou questionários/diários de atividade física) ²⁹
Plano de Ação	Deve orientar o doente para a manutenção da atividade física na comunidade, para a autogestão da doença e identificação e controlo das exacerbações

* A utilização de alguns questionários e escalas está sujeita a autorização prévia pelos seus autores, caso o objetivo seja a apresentação ou publicação de trabalhos científicos (consultar referências bibliográficas e Anexos).

** Consultar Referências Bibliográficas e Anexos

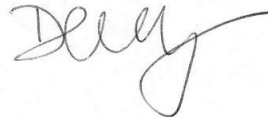
17. Para valorização dos resultados obtidos com o PRR, apresentam-se na Tabela 6 as diferenças mínimas com significado clínico (DMSC).

Tabela 6 – Avaliação dos resultados do PRR

	Diferença mínima com significado clínico	Autor
Prova de marcha de 6 minutos	25 a 33 metros (30 metros)	Singh 2014 ³⁰
Teste de sentar e levantar (1 minuto)	3 repetições	Vaidya 2016 ²⁷
Qualidade de vida relacionada com a saúde (CAT)	2 unidades	Kon 2014 ³¹
Atividades da vida diária (LCADL)	4 unidades	Bisca 2014 ³²
Ansiedade/Depressão (HADS)	1,5 unidades	Puhan 2008 ³³
Atividade física	600-1100 passos por dia	Demeyer 2016 ³⁴

18. Devem ser efetuadas e registadas as avaliações realizadas no início e no final dos PRR, com o objetivo de quantificar os resultados obtidos (Tabelas 5 e 6), bem como uma reavaliação aos 12 meses.

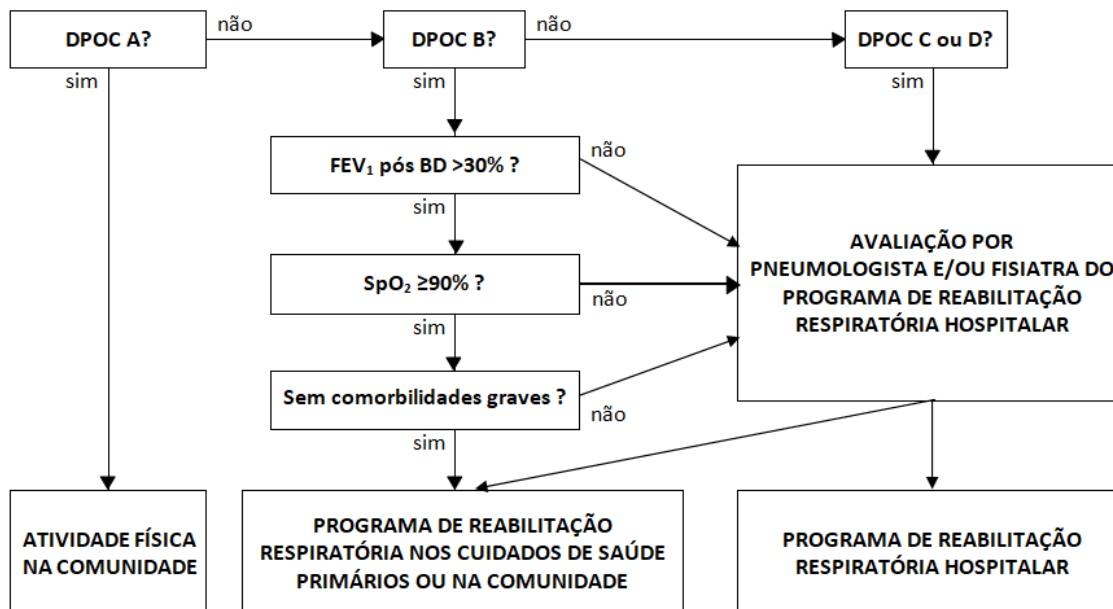
Pela Diretora-Geral da Saúde



Diogo Cruz
Subdiretor-Geral da Saúde

FLUXOGRAMA

Fluxograma de decisão para realização da RR



INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR

Âmbito

- A. A RR é uma intervenção terapêutica não farmacológica de comprovada evidência científica³⁵ e recomendada internacionalmente nos doentes com patologia respiratória crónica².
- B. Apesar desta evidência, existe a necessidade de melhorar a oferta, a equidade do acesso e a capacidade de resposta destes programas, quer em meio hospitalar, quer ao nível dos Cuidados de Saúde Primários e da Comunidade³⁶. A existência de doentes respiratórios crónicos com indicações claras para RR, mas sem acesso a estes tratamentos, não está em conformidade com as boas práticas clínicas, de acordo com as sociedades científicas internacionais³⁶.
- C. A 12 de maio de 2016 foi publicado pelo Ministério da Saúde no Diário da República, 2.ª série — N.º 92, o Despacho nº 6300/2016 no qual ficou determinado que: *“1 - As Administrações Regionais de Saúde assegurem que, até final do ano de 2017, todos os ACeS possuam: (...) c) Acesso a tratamentos de reabilitação respiratória, de acordo com as necessidades dos utentes e a sua distribuição geográfica”*³⁷.
- D. Visando o cumprimento deste despacho ministerial, publica-se a presente Orientação Técnica relativa à referenciação dos doentes respiratórios crónicos para os PRR, no intuito de clarificar:
 - a) As indicações e contra-indicações para RR;
 - b) A seleção dos candidatos aos PRR;
 - c) Os exames complementares a requisitar na avaliação inicial;
 - d) O local onde realizar o PRR;
 - e) Os requisitos mínimos para implementar um PRR nos CSP.

Definições

- A. A RR é uma intervenção multi e interdisciplinar baseada numa avaliação global do doente, incluindo a gravidade e complexidade da doença e suas comorbilidades², à qual se segue uma série de terapias individualizadas que incluem, mas não estão limitadas a, treino de exercício, educação e alterações do comportamento, desenhadas para melhorar a condição física e psicológica da pessoa com doença respiratória crónica e promover, a longo prazo, a adesão a estilos de vida saudáveis. É, por isso, uma intervenção interdisciplinar envolvendo vários profissionais (médico, fisioterapeuta, enfermeiro, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista, assistente social, entre outros), sendo dirigida aos doentes com patologia respiratória crónica.
- B. A RR tem por objetivos:
 - a) A melhoria da condição física e psicológica dos portadores de doenças respiratórias crónicas;
 - b) A redução dos sintomas;
 - c) A melhoria da capacidade para a realização das tarefas diárias;

- d) A melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde;
 - e) A promoção da maior autonomia e participação em todas as vertentes da sua vida laboral e/ou social e a adoção de estilos de vida saudáveis.
- C. Na RR as intervenções são centradas nas necessidades individuais do doente e incluem módulos de treino de exercício, educação e de apoio psicossocial do doente e seus cuidadores, com vista à autogestão da doença e à adoção a longo prazo de comportamentos promotores da saúde; incluem ainda as técnicas de fisioterapia respiratória e de reeducação funcional respiratória, a intervenção nutricional, psicológica, social, entre outras, de acordo com as limitações identificadas.
- D. Os PRR estabelecem a reabilitação respiratória de acordo com um método estruturado, que inclui a definição de objetivos personalizados, tendo em consideração as características individuais de cada doente, da sua patologia e comorbilidades associadas¹.

FUNDAMENTAÇÃO

A. São conhecidos os benefícios da RR e sua evidência científica associada (Tabela 7).

Tabela 7 - Benefícios da RR ^{1,36,38}

<p>Nos doentes estáveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Reduz as hospitalizações * Reduz os recursos inesperados aos cuidados de saúde * Reduz os sintomas de dispneia e desconforto dos membros inferiores * Melhora a força muscular e a tolerância ao exercício * Melhora a qualidade de vida relacionada com a saúde * Melhora a capacidade funcional (ex. atividades da vida diária) * Melhora a função emocional * Aumenta a autoeficácia e o conhecimento * Aumenta a autogestão colaborativa 	<p>Evidência A</p>
<p>Nos doentes com exacerbações recentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Reduz as readmissões hospitalares * Melhora a qualidade de vida relacionada com a saúde * Melhora a tolerância ao exercício 	<p>Evidência B</p>

B. A RR está indicada em doentes respiratórios crónicos que apresentem alguns dos aspetos seguintes:

- a) Dispneia, fadiga e outros sintomas respiratórios crónicos;
- b) Diminuição da qualidade de vida relacionada com a saúde;
- c) Redução da capacidade funcional;
- d) Redução do desempenho ocupacional;
- e) Dificuldade na realização das atividades da vida diária;
- f) Dificuldade no cumprimento da terapêutica médica;
- g) Problemas psicossociais inerentes à doença respiratória;
- h) Défice nutricional;
- i) Recurso excessivo aos serviços de saúde: consultas não programadas, idas ao serviço de urgência ou hospitalizações;
- j) Insuficiência respiratória crónica e necessidade de iniciar oxigenoterapia de longa duração ou ventilação não invasiva;
- k) Necessidade de otimização do *status* funcional pré e pós intervenção cirúrgica: resseção pulmonar, redução de volume ou transplante pulmonar.

C. Contraindicações para a RR

- a) Previsível não adesão ao PRR por diversos fatores;

- b) Comorbilidades que limitam a prática de exercício: cardiopatia isquémica/ angina instável, estenose aórtica grave, cardiomiopatia hipertrófica, arritmia não controlada, insuficiência cardíaca congestiva descompensada, diabetes mellitus não controlada, disfunção cognitiva grave ou doença psiquiátrica com interferência na memória e na adesão;
- c) Contraindicações relativas: hipertensão pulmonar grave, disfunção hepática grave, cancro com metástases.

GRUPO DE ELABORAÇÃO DA ORIENTAÇÃO TÉCNICA

Equipa Técnica: Departamento da Qualidade na Saúde, Direção-Geral da Saúde.

Comissão Científica: Prof^a. Doutora Cristina Bárbara, Diretora do Programa Prioritário para as Doenças Respiratórias; Dr^a. Paula Simão, Assistente Graduada Sénior, Unidade Local de Saúde de Matosinhos (coordenadora científica); Prof^a. Doutora Fátima Rodrigues (coordenadora científica), Assistente Graduada de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte; Dr. Rui Costa, Coordenador do Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar; Dr^a. Catarina Aguiar Branco, Assistente Graduada de Fisiatria, Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, Presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação; Dr^a. Paula Almeida, Assistente Graduada de Fisiatria, Unidade Local de Saúde de Matosinhos; Mestre Catarina Santos, Fisioterapeuta, Instituto de Saúde Ambiental, Faculdade de Medicina de Lisboa; Prof^a Doutora Alda Marques, Fisioterapeuta, Universidade de Aveiro; Dr. Paulo Abreu, Fisioterapeuta, Associação Portuguesa de Fisioterapeutas; Mestre Luís Gaspar, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Centro Hospitalar Universitário de S. João; Mestre Sónia Casado, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Unidade Local de Saúde do Nordeste; Mestre Carmo Cordeiro, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, ACES, Loures/Odivelas.

Foram auscultadas a Ordem dos Médicos e Ordem dos Enfermeiros.

SIGLAS / ACRÓNIMOS

ACeS	Agrupamentos de Centros de Saúde
ATS	<i>American Thoracic Society</i>
AVD	Atividades da Vida Diária
bpm	Batimentos por minuto
CAT	<i>COPD Assessment Test™</i>
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DPOC (COPD)	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (<i>Chronic Obstructive Pulmonary Disease</i>)
ECG	Eletrocardiograma
EEER	Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação
ERS	<i>European Respiratory Society</i>
EuroQOL	<i>European Quality of Life</i>
GOLD	<i>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease</i>
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
LCADL	<i>London Chest Activity of Daily Living</i> (Escala de Atividades da Vida Diária)
MGF	Medicina Geral e Familiar
mmHg	Milímetros de mercúrio
mMRC	<i>modified Medical Research Council (Dyspnea Scale)</i>
PNDR	Programa Nacional para as Doenças Respiratórias
PRR	Programa de Reabilitação Respiratória
RR	Reabilitação Respiratória
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SpO ₂	Saturação de oxigénio no sangue periférico
USF	Unidades de Saúde Familiar

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD 2017.* Disponível em www.goldcopd.org.
2. Spruit M, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, et al. on behalf of the ATS/ERS Task Force on Pulmonary Rehabilitation. An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Key Concepts and Advances in Pulmonary Rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med* 2013;188(8):e13–e64.
3. Marques A, Figueiredo D, Jácome C, Cruz J. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). E agora? Orientação para um Programa de Reabilitação Respiratória. Lusodidacta, Loures 2016, ISBN: 978-989-8075-67-3.
4. Durstine JL, Moore GE, Painter PL, Roberts SO. Exercise management for Persons with Chronic Diseases and Disabilities. 3rd ed, American College of Sports Medicine 2009.
5. Lee A, Holland A. Time to adapt exercise training regimens in pulmonary rehabilitation – a review of the literature. *International Journal of COPD* 2014; 9: 1275-1288.
6. Effing T, Zielhuis G, Kerstjens H, van der Valk P, van der Palen J, et al. Community based physiotherapeutic exercise in COPD self-management: A randomized controlled trial. *Resp Med* 2011;105:418-426.
7. Fastenau A, Muris J, Bie R, Hendriks E, Asijee G, et al. Efficacy of a physical exercise training programme COPD in primary care: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2014, 14: 788.
8. Beauchamp M, Janaudis-Ferreira T, Parreira V, Romano Ji, Woon, L, et al. A Randomized Controlled Trial of Balance Training During Pulmonary Rehabilitation for Individuals with COPD. *Chest* 2013; 144(6):1803-1810.
9. Garvey C, Bayles MP, Hamm LF, Hill K, Holland A, et al. Pulmonary Rehabilitation Exercise Prescription in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Review of Selected Guidelines. *J Cardiop Rehab and Prev* 2016;36:75-83.
10. BTS Quality Standards for Pulmonary Rehabilitation in Adults, vol 6, nº 2, May 2014. ISSN 2040-2023.
11. Bourbeau J, et al. Living well with COPD. Montreal Chest Institute, McGill University. 2nd Ed 2005. Acessível em www.livingwellwithcopd.com.
12. European Respiratory Society 2013. Chapter 34: Allied respiratory professionals. In G. Gibson, R. Loddenkemper, Y. Sibill IB. Lundbäck (Eds.) *The European Lung White Book* 382-391; Sheffield: European Respiratory Society.
13. Classificação Portuguesa das Profissões 2010. Instituto Nacional de Estatística, I.P. (Ed). Edição 2011.
14. van Wetering CR, Hoogendoorn M, Mol S, Rutten-van Mölken M, Schols A. Short- and long-term efficacy of a community-based COPD management programme in less advanced COPD: a randomised controlled trial. *Thorax* 2010;65:7-13.
15. Liu X-L, Tan J-Y, Wang T, Zhang Q, Zhang M, et al. Effectiveness of Home-Based Pulmonary Rehabilitation for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Rehabilitation Nursing* 2014;39:36-59.
16. Effing T, Zielhuis G, Kerstjens H, van der Valk P, van der Palen J. Community based physiotherapeutic exercise in COPD self-management: a randomized controlled trial. *Respiratory Medicine* 2011; 105: 418-426.

17. Bestall JC, Paul EA, Garrod R, Garnham R, Jones PW, Wedzicha JA. Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 1999;54(7):581-6.
18. Celli BR, Cote CG, Marin JM, Casanova C, Montes de Oca M, et al. The Body-Mass Index, Airflow Obstruction, Dyspnea, and Exercise Capacity Index in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med* 2004;350(10):1005-1012.
19. COPD Assessment Test. © 2009 GlaxoSmithKline.
20. EuroQol Group. EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 1990;16:199-208.
21. Garrod R, Bestall JC, Paul EA, Wedzicha JA, Jones PW. Development and validation of a standardized measure of activity of daily living in patients with severe COPD: the London Chest Activity of Daily Living scale (LCADL). *Respir Med* 2000;94(6):589-596.
22. Pitta F, Probst VS, Kovelis D, Segretti NO, Leoni AM, et al. Validação da versão em português da escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Rev Port Pneumol* 2008,14(1):27-47.
23. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983 Jun;67(6):361-70.
24. Pais-Ribeiro J, Silva I, Ferreira T, Martins A, Meneses R & Baltar M. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine* 2007,12(2),225-237.
25. ATS Statement: Guidelines for the Six-Minute Walk Test. *Am J Respir Crit Care Med* 2002;166:111-117.
26. Strassmann A, Steurer-Stey C, Dalla Lana K, Zoller M, Turk AJ, et al. Population-based reference values for the 1-min sit-to-stand test. *Int J Public Health* 2013;58(6):949-53.
27. Vaidya T, de Bisschop C, Beaumont M, Ouksel H, Jean V, et al. On behalf of IRSR RéhaEffort cohort group. Is the 1-minute sit-to-stand test a good tool for the evaluation of the impact of pulmonary rehabilitation? Determination of the minimal important difference in COPD. *Int J COPD* 2016(11):2609-2616.
28. ATS/ACCP Statement on Cardiopulmonary Exercise Testing. *Am J Respir Crit Care Med* 2003;167:211-277.
29. Demeyer H, Burtin C, Van Remoortel H, Hornikx M, Langer D, et al. Standardizing the analysis of physical activity in patients with COPD following a pulmonary rehabilitation program. *Chest* 2014 Aug;146(2):318-327.
30. Singh SJ, Puhan MA, Andrianopoulos V, Hernandez NA, Mitchell KE, et al. 2014. An official systematic review of the European Respiratory Society/American Thoracic Society: measurement properties of field walking tests in chronic respiratory disease. *Eur Respir J*, 44, 1447-78.
31. Kon SS, Canavan JL, Jones SE, Nolan CM, Clark AL, et al. Minimum clinically important difference for the COPD Assessment Test: a prospective analysis. *Lancet Respir Med* 2014 Mar;2(3):195-203. doi: 10.1016/S2213-2600(14)70001-3. Epub 2014 Feb 4
32. Bisca GW, Proença M, Salomão A, Hernandez NA, Pitta F. Minimal detectable change of the London chest activity of daily living scale in patients with COPD. *J Cardiopulm Rehabil Prev.* 2014 May-Jun;34(3):213-6. doi: 10.1097/HCR.0000000000000047.
33. Puhan MA, Frey M, Buchi S & Schunemann HJ. The minimal important difference of the hospital anxiety and depression scale in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Health Qual Life Outcomes* 2008;6:46.

34. Demeyer H, Burtin C, Hornikx M, Camillo C, Van Remoortel H, et al. The minimal important difference in physical activity in patients with COPD, PLoS One. 2016;11(4):e0154587.
35. McCarthy B, Casey D, Devane D, Murphy K, Murphy E, Lacasse Y. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 2. Art. No.: CD003793. DOI:10.1002/14651858.CD003793.pub3.
36. Rochester CL, Vogiatzis I, Holland A, Lareau SC, Marciniuk DD, et al, on behalf of the ATS/ERS Task Force on Policy in Pulmonary Rehabilitation. An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Policy Statement: Enhancing Implementation, Use, and Delivery of Pulmonary Rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med 2015;192(11):1373–1386.
37. Diário da República, 2.ª série — N.º 92, Despacho nº 6300/2016, de 12 de maio de 2016.
38. Puhan MA, Gimeno-Santos E, Cates CJ, Troosters T. Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Dec 8;12:CD005305. doi: 10.1002/14651858.CD005305.pub4.

Anexo I

Fluxograma de decisão para realização da RR

1. Tem DPOC categoria A?

Se SIM, Atividade Física na comunidade

2. Tem DPOC categoria B?

- Se SIM, avança para **2.1**
- Se NÃO, avança para **4**

2.1. Tem FEV₁ (pós BD) > a 30%?

- Se SIM, avança para **2.2**
- Se NÃO, avança para **4**

2.2. Tem SpO₂ ≥ 90% em repouso?

- Se SIM, avança para **2.3**
- Se NÃO, avança para **4**

2.3. Tem comorbilidades graves como:

- Cardiopatia isquémica/angina instável
- Insuficiência cardíaca congestiva descompensada
- Cardiomiopatia hipertrófica
- Estenose aórtica
- Arritmia não controlada
- Diabetes não controlada
- Disfunção cognitiva grave ou doença psiquiátrica
- Hipertensão pulmonar grave
- Disfunção hepática grave
- Cancro com metástases
- Se NÃO, avança para **2.4**
- Se SIM, avança para **4**

2.4. PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA (PRR) NOS CSP

3. OUTRAS SITUAÇÕES RESPIRATÓRIAS CRÓNICAS

- DPOC categoria C ou D
- Asma grave
- Bronquiectasias
- Fibrose quística
- Doença do Interstício Pulmonar (DIP)
- Doença Neuromuscular (DNM)

- Deformidades da caixa torácica
- Síndrome de obesidade-hipoventilação (SOH)
- Cancro do pulmão
- Hipertensão pulmonar (HTP)
- Se SIM, avança para **4**

4. AVALIAÇÃO POR PNEUMOLOGISTA E/OU FISIATRA DO PROGRAMA REABILITAÇÃO HOSPITALAR

- Clínica
- MCDTs: Prova de Esforço Cardiorrespiratória; TC torácica; Pletismografia; Difusão; Gasometria; etc.

Os doentes avaliados em **4** podem efetuar PRRH (**5**) ou PRR nos CSP de acordo com o risco clínico.

5. PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA HOSPITALAR (PRRH)

Anexo II

Questionário de Dispneia

(modified MRC Dyspnea Questionnaire)

Data ___ / ___ / ___

Assinale com uma cruz (assim ☒), o quadrado correspondente à afirmação que melhor descreve a sua sensação de falta de ar.	
GRAU 0 Sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício intenso. <i>"Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso".</i>	<input type="checkbox"/>
GRAU 1 Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado. <i>"Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado".</i>	<input type="checkbox"/>
GRAU 2 Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando anda no seu passo normal. <i>"Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal".</i>	<input type="checkbox"/>
GRAU 3 Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos. <i>"Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passados alguns minutos".</i>	<input type="checkbox"/>
GRAU 4 Demasiado cansado/a ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir. <i>"Estou sem fôlego para sair de casa"</i>	<input type="checkbox"/>

*Bestall JC, et al. Thorax 1999;54(7):581-6.
Celli BR, et al. N Engl J Med 2004;350(10):1005-1012.*

Anexo III Escala Visual Analógica Vertical

Data ___ / ___ / ___

Gostaríamos que indicasse nesta escala qual é hoje, na sua opinião, o seu estado de saúde

O melhor estado de saúde imaginável

100	
9	0
8	0
7	0
6	0
5	0
4	0
3	0
2	0
1	0
0	

O pior estado de saúde imaginável

EuroQol Group. Health Policy 1990;16:199-208.

Anexo IV Prova de Marcha de 6 minutos

Instruções padronizadas:

O objetivo deste teste é que caminhe a maior distância possível durante seis minutos. Irá caminhar ao longo do corredor entre as marcas o maior número de vezes que conseguir em seis minutos. Não deve falar durante o teste, exceto caso sinta algo fora do normal e que deve comunicar. Irei informá-lo(a) a cada minuto alcançado e aos seis minutos dir-lhe-ei que pare onde se encontra. Seis minutos é bastante tempo de marcha, portanto irá esforçar-se durante o teste. Pode desacelerar, parar e descansar se necessário, mas retome a marcha assim que se sentir capaz. Lembre-se que o objetivo é que caminhe a maior distância possível durante os seis minutos, mas sem correr. Tem alguma questão?

Guião padronizado durante o teste:

1:00 “Está a ir bem. Tem mais cinco minutos para andar”

2:00 “Continue o bom trabalho. Tem mais quatro minutos para andar”

3:00 “Está a ir muito bem. Está a meio da prova”

4:00 “Continue o bom trabalho. Tem mais dois minutos para andar”

5:00 “Está a ir bem. Tem mais um minuto para andar”

6:00 “Por favor pare onde está”

Informações importantes a registar:

- Distância total percorrida
- Data, local e hora
- Peso, altura e índice de massa corporal
- Avaliações pré-teste, pós-teste e pós-recuperação: frequência cardíaca, saturação periférica de oxigénio, pressão arterial e sensações subjetivas de dispneia, fadiga muscular e angor (escala de Borg)
- Pausas: número, distância, duração, razão de paragem, saturações periféricas pré e pós
- Oxigenoterapia: débito, interface, fonte de O₂, forma de transporte
- Auxiliar de marcha
- Outras observações pertinentes
- O aumento de pelo menos 30 metros representa a diferença mínima clinicamente significativa de benefício físico após um PRR.

Registo da Prova de Marcha dos 6 minutos

	Teste 1		Teste 2	
	Início	Fim	Início	Fim
Dispneia (EBM)				
Fadiga muscular (EBM)				
Frequência cardíaca (bpm)				
SpO₂ (%)				
Frequência respiratória (cpm)				
Pressão arterial (mmHg)	___/___	___/___	___/___	___/___
Distância percorrida (m)	_____		_____	

EBM – Escala de Borg Modificada

Corredor do teste _____ (m) Frequência cardíaca máx (bpm) _____ SpO₂ mín (%): _____

Parou ou descansou durante a prova? Não [] Sim []

Se sim, qual o motivo _____; N° de vezes _____; Tempo de paragem _____

Observações: _____

ATS Statement: Guidelines for the Six-Minute Walk Test. Am J Respir Crit Care Med 2002;166:111-117.

Anexo V

Teste de sentar e levantar em 1 minuto

O teste de sentar e levantar em 1 minuto providencia uma medida da força dos membros inferiores. Esta medida está diretamente relacionada com a capacidade para realizar as atividades básicas do dia-a-dia.

I – Procedimentos Gerais

a) Frequência

- No início e no final do PRR.

b) Preparação da Prova

- O avaliador deve explicar e exemplificar todos os procedimentos inerentes à realização do teste e garantir que o doente não tem dúvidas;
- O doente deve ter a possibilidade de se familiarizar com o exercício ou exercícios em que vai ser testado;
- O avaliador deve garantir que não há contraindicações à realização do teste, tais como:
 - Febre ou doença sistémica aguda;
 - Dor no peito ou angina instável;
 - Em repouso PA sistólica > 180 mmHg e/ou diastólica > 90 mmHg;
 - Em repouso PA sistólica < 90 mmHg e/ou diastólica < 60 mmHg;
 - Em repouso frequência cardíaca < 50 bpm ou > 100 bpm;
 - Agravamento dos sintomas de dispneia/falta de ar, palpitações, dor no peito ou tontura;
 - Alterações do foro ortopédico que contraindiquem a aplicação do teste.

c) Equipamento

- Cadeira com apoio de costas e assento com cerca de 46 cm, sem apoio de braços
- Cronómetro
- Esfigmomanómetro
- Oxímetro
- Escala de Borg modificada

d) Orientações específicas para o teste de sentar e levantar em 1 minuto

- Caso o(a) doente reúna condições para realizar a prova, deve ser feito no início e no final o registo da frequência cardíaca, saturação de oxigénio, pressão arterial, fadiga dos membros inferiores e sensação de dispneia (Borg);
- Durante o teste deve ser monitorizada a frequência cardíaca e a saturação periférica de oxigénio;

- Enquanto controla o desempenho do participante para assegurar o maior rigor, o avaliador conta as elevações corretas. Podem ser realizadas chamadas de atenção verbais (ou gestuais) para corrigir um desempenho deficiente.

Instruções ao participante:

1. Sente-se no meio da cadeira;
2. Os braços devem estar dispostos ao longo do corpo ou apoiados nas coxas;
3. Mantenha os pés bem assentes no chão;
4. Mantenha as costas direitas;
5. Ao meu sinal, levante-se até à posição de pé e depois sente-se novamente;
6. Repita estes movimentos, tão rápido quanto possível, durante um minuto.

Prática/ ensaio:

Após uma demonstração realizada pelo avaliador, um dos dois ensaios pode ser efetuado pelo participante visando uma execução correta. De imediato segue-se a aplicação do teste.

e) Segurança:

- Garantir que a cadeira não desliza para trás posicionando-a contra uma parede;
- Se um indivíduo não conseguir levantar-se da cadeira nem uma vez, deixe que este faça apoio nas coxas, no assento da cadeira ou numa cadeira com apoio de braços;
- A pontuação neste caso será zero, mas regista-se o número de vezes que o doente realiza o movimento como um teste adaptado. Devem ser registadas as adaptações realizadas;
- O examinador deve estar preparado para segurar o doente, caso este sinta perda de equilíbrio;
- Durante o decorrer do teste, o participante pode parar para descansar se sentir necessidade. O tempo continua a decorrer.

f) Resultados:

A pontuação obtida pelo número total de execuções corretas num intervalo de 1 minuto. Se o participante estiver a meio da elevação no final do minuto, esta deve contar como uma elevação.

Estes resultados representam a normalidade da pontuação (exemplo: entre os percentis 25% e 75% da população em geral). O aumento de pelo menos 3 agachamentos representa a diferença mínima clinicamente significativa de benefício físico após um PRR.

Interpretação dos resultados:

Idade (anos)	Nº de agachamentos - Homens			Nº de agachamentos - Mulheres		
	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
20-24	41	50	57	39	47	55
25-29	40	48	56	40	47	54
30-34	40	47	56	37	45	51
35-39	38	47	58	37	42	50
40-44	37	45	53	35	41	48
45-49	35	44	52	35	41	50
50-54	35	42	53	33	39	47
55-59	33	41	48	30	36	43
60 - 64	31	37	46	28	34	40
65 - 69	29	35	44	27	33	40
70 - 74	27	32	40	25	30	36
75 - 79	25	30	37	22	27	30
80 - 84	20	25	30	18	23	28
85 - 90	16	22	28	16	21	26
90 - 95	14	19	24	8	15	22

FOLHA DE REGISTO

TESTE DE SENTAR E LEVANTAR EM 1 MINUTO

Nome: _____

Idade: _____

Data: _____

Hora: _____

Medicação: _____

Tempo decorrido desde a última dose de broncodilatador: _____

	Levantar e sentar de uma cadeira
Nº de repetições	

Strassmann A, et al. Int J Public Health 2013;58(6):949-53.

Vaidya T, et al. Int J COPD 2016(11):2609-2616.

Anexo VI

Escala de Atividades da Vida Diária (LCADL)

Instruções de preenchimento:

Por favor, leia o questionário cuidadosamente e **escreva o número** correspondente à frase que melhor expressa a sua atitude face às várias atividades a seguir descritas. Este questionário é feito para descobrir se há atividades que já não pode fazer por causa da sua falta de ar, e quão sem ar fica, ao fazer as coisas que ainda consegue fazer.

0 – Eu não a faria de qualquer modo (Se não faz a atividade porque ela não lhe é importante, ou nunca fez essa atividade)

1 – Eu não fico com falta de ar (Se a atividade é fácil para si)

2 – Eu fico com falta de ar moderada (Se a atividade lhe causa um pouco de falta de ar)

3 – Eu fico com muita falta de ar (Se a atividade lhe causa muita falta de ar)

4 – Eu não posso mais fazer isso (Se deixou de fazer a atividade por causa da sua falta de ar e não tem mais ninguém para a fazer por si)

5 – Eu preciso que outra pessoa faça isso (se alguém faz isso por si ou o(a) ajuda porque sente muita falta de ar, por exemplo: alguém faz as compras por si)

Por favor, diga-nos o quanto de falta de ar tem sentido estes últimos dias enquanto faz as seguintes atividades:

Cuidado Pessoal		Tarefas domésticas	
Enxugar-se	<input type="checkbox"/>	Fazer a cama	<input type="checkbox"/>
Vestir a parte superior do corpo	<input type="checkbox"/>	Mudar os lençóis da cama	<input type="checkbox"/>
Calçar sapatos/meias	<input type="checkbox"/>	Lavar janelas / cortinas	<input type="checkbox"/>
Lavar a cabeça	<input type="checkbox"/>	Limpeza / limpar o pó	<input type="checkbox"/>
		Lavar a louça	<input type="checkbox"/>
		Aspirar / varrer	<input type="checkbox"/>
Lazer		Atividade física	
Andar pela casa	<input type="checkbox"/>	Subir escadas	<input type="checkbox"/>
Sair para convívio	<input type="checkbox"/>	Inclinar-se para a frente	<input type="checkbox"/>
Conversar	<input type="checkbox"/>		

De que maneira a sua falta de ar o(a) prejudica nas atividades do dia-a-dia? Por favor coloque um visto (V) na resposta apropriada:

Muito _____ Um pouco _____ Não prejudica _____

Garrod R, et al. Respir Med 2000;94(6):589-596.
Pitta F, et al. Rev Port Pneumol 2008,14(1):27-47.

Anexo VII

Escala de Ansiedade e Depressão

(Hospital Anxiety and Depression Scale)

Os médicos reconhecem que as emoções desempenham um papel importante na maioria das doenças. Se o seu médico souber o que sente, poderá ajudá-lo mais.

Este questionário está concebido de modo a auxiliar o seu médico a saber como você se sente. Desconsidere os números impressos ao lado das perguntas. Leia todas as frases e sublinhe a resposta que corresponde melhor ao que tem sentido **na ÚLTIMA SEMANA. Não demore muito tempo a pensar nas respostas:** a sua reação imediata a cada frase será provavelmente mais exata do que uma resposta muito refletida.

A		Sinto-me tenso/a ou ansioso/a:	Sinto-me como se estivesse mais lento/a:	D
3		A maior parte do tempo	Quase sempre	3
2		Muito frequentemente	Muito frequentemente	2
1		De vez em quando, ocasionalmente	De vez em quando	1
0		Nunca	Nunca	0
	D	Ainda tenho prazer nas coisas em que costumava ter:	Sinto uma sensação de medo como se tivesse um "frio" no estômago:	A
	0	Decididamente tanto como antes	Nunca	0
	1	Não tanto como antes	De vez em quando	1
	2	Apenas um pouco	Frequentemente	2
	3	Quase nada	Muito frequentemente	3
A		Tenho uma espécie de sensação de medo como se algo terrível estivesse prestes a acontecer:	Perdi o interesse na minha aparência:	D
3		Nitidamente e muito forte	Totalmente	3
2		Sim, mas não muito forte	Muitas vezes não tenho tanto cuidado quanto devia	2
1		Um pouco, mas não me preocupa	Por vezes talvez não tenha tanto cuidado quanto devia	1
0		Não, nada	Tenho o mesmo cuidado de sempre	0
	D	Consigo rir e ver o lado cómico das coisas	Sinto-me agitado/a, como se não conseguisse estar quieto/a	A
	0	Tanto como sempre consegui	Muitíssimo	3
	1	Agora não tanto como antes	Bastante	2
	2	Nitidamente menos agora	Não muito	1
	3	Nada	Nada	0
A		Passam-me pela cabeça pensamentos preocupantes	Sinto um prazer antecipado pelas coisas	D
3		A maior parte do tempo	Tanto como sempre senti	0
2		Muito frequentemente	Bastante menos que anteriormente	1
1		Não muito frequentemente	Muito menos que anteriormente	2
0		Raramente	Quase nada	3

	D	Sinto-me alegre:	Tenho sensações de pânico repentinas:	A	
	3	Nunca	Muito frequentemente	3	
	2	Não frequentemente	Frequentemente	2	
	1	De vez em quando	Não muito frequentemente	1	
	0	A maior parte do tempo	Nunca	0	
A		Consigo sentar-me com calma e sentir-me descontraído/a:	Consigo desfrutar de um bom livro ou um programa de rádio ou TV:		D
	0	Sempre	Frequentemente		0
	1	Normalmente	De vez em quando		1
	2	Não frequentemente	Não frequentemente		2
	3	Nunca	Muito raramente		3

*Zigmond AS, Snaith RP. Acta Psychiatr Scand. 1983 Jun;67(6):361-70.
Pais-Ribeiro J, et al. Psychology, Health & Medicine 2007,12(2),225-237.*