



# AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS QUE UTILIZAM O SERVIÇO DE FISIOTERAPIA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

*Quality of life assessment of individuals attending the physical therapy service at the basic health units*

Cecília Ferreira de Aquino<sup>a</sup>, Viviane Gontijo Augusto<sup>b</sup>, Daniela Silva Moreira<sup>c</sup>, Solange Ribeiro<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Fisioterapeuta, Mestre em Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Professora do Curso de Fisioterapia da Fundação Educacional de Divinópolis (FUNEDI/UEMG), Divinópolis, MG - Brasil, e-mail: cferaquino@yahoo.com.br

<sup>b</sup> Fisioterapeuta, Mestre em Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Professora do Curso de Fisioterapia da Fundação Educacional de Divinópolis (FUNEDI/UEMG), Divinópolis, MG - Brasil, e-mail: augustoviviane@ig.com.br

<sup>c</sup> Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Fundação Educacional de Divinópolis (FUNEDI/UEMG), Divinópolis, MG - Brasil, e-mail: danielas\_moreira@yahoo.com.br

<sup>d</sup> Fisioterapeuta, Mestre em Fisioterapia pelo Centro Universitário Triângulo (UNITRI), Coordenadora do Curso de Fisioterapia da Fundação Educacional de Divinópolis (FUNEDI/UEMG), Divinópolis, MG - Brasil, e-mail: solangerib@yahoo.com.br

---

## Resumo

**INTRODUÇÃO:** A Fisioterapia é uma profissão da área da saúde capaz de desenvolver ações educativas para a promoção de saúde que interferem nos aspectos físicos, emocionais e sociais que influenciam na qualidade de vida dos indivíduos. **OBJETIVO:** Avaliar a eficácia do atendimento fisioterapêutico em grupo realizado em unidades básicas de saúde na melhora da qualidade de vida de seus usuários. **METODOLOGIA:** Foram avaliados 20 usuários que participam de atividades físicas e educativas em grupos coordenados por fisioterapeutas em quatro unidades básicas de saúde de Divinópolis (MG). Como instrumento de medida de qualidade de vida foi utilizado o questionário genérico SF-36, o qual possui 36 itens agrupados em 8 dimensões. A avaliação da qualidade de vida foi efetuada antes e após seis meses de realização das atividades em grupo. Para comparar as pontuações do SF-36 em cada domínio, obtidas nas avaliações inicial e final, foi utilizado o teste t para amostras pareadas. O nível de significância foi estabelecido em  $\alpha = 0.05$ . **RESULTADO:** Os indivíduos avaliados apresentaram melhora dos domínios capacidade funcional ( $p = 0,002$ ) e estado geral de saúde ( $p = 0,048$ ). Entretanto, não houve melhora dos domínios dor, vitalidade, saúde mental e aspectos físicos, sociais e emocionais ( $p \geq 0.410$ ). **CONCLUSÃO:** A assistência fisioterápica na atenção primária à saúde é eficaz para melhorar os aspectos de capacidade funcional e estado geral de saúde, que interferem na qualidade de vida do indivíduo.

**Palavras-chave:** Promoção de saúde. Qualidade de vida. Fisioterapia.

## Abstract

**INTRODUCTION:** Physical therapy is a health profession able to develop educational actions for health promotion. These actions affect the physical, emotional and social aspects that influence in the quality of life of the individuals. **OBJECTIVE:** To evaluate the efficacy of the physical therapy assistance performed in group at the basic health units to improve the quality of life of the users. **METHODS:** Twenty users performing physical and educational activities in groups coordinated by physical therapists at four basic health units of Divinópolis (MG) were evaluated. The SF-36 generic questionnaire was used as an instrument of measurement of the quality of life. This questionnaire has thirty-six items grouped in eight dimensions. The quality of life was assessed before and after six months of the performance of the group activities. The paired t-test was used to compare the scores of the SF-36 in each domain. The level of significance was set at  $\alpha=0.05$ . **RESULTS:** The evaluated individuals presented an improvement in the domains of functional capacity ( $p=0,002$ ) and general health state ( $p=0,048$ ). However, there was not any improvement in the domains of pain, vitality, mental health and physical, social and emotional aspects ( $p \leq 0,410$ ). **CONCLUSION:** The physical therapy assistance in primary health care is efficacious to improve the aspects of functional capacity and general health state. These aspects affect the quality of life of the individual.

**Keywords:** Health promotion. Quality of life. Physical therapy.

## INTRODUÇÃO

A Fisioterapia é uma profissão originalmente da área da saúde, que desenvolve ações transformadoras nos níveis de prevenção de doenças, promoção, preservação e reabilitação da saúde do indivíduo (1-3). Entretanto, existe uma valorização excessiva do papel curativo e reabilitador do fisioterapeuta, voltada para as práticas ambulatoriais e hospitalares, em detrimento da sua capacidade de atuar no desenvolvimento de ações educativas para a promoção de saúde e prevenção de doenças na comunidade (4-6).

O propósito das ações da fisioterapia para a promoção de saúde e prevenção de doenças em unidades básicas de saúde é educar os pacientes para que possam prevenir ou cuidar de possíveis complicações decorrentes de sua patologia, tornando-os os principais responsáveis pelo controle de sua saúde, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida do usuário (7). Entretanto, a qualidade de vida é um conceito intensamente marcado pela subjetividade, envolvendo todos os componentes essenciais da condição humana, quer seja físico, psicológico, social ou cultural (8).

Vários estudos têm utilizado questionários padronizados para avaliar a qualidade de vida (8-10). Tais questionários podem elucidar questões que os pacientes não expõem, reconhecendo aspectos que devem ser trabalhados com maior ênfase. Os questionários de qualidade de vida podem ser utilizados para possibilitar uma avaliação mais objetiva dessa combinação de fatores subjetivos. O uso dos questionários na prática clínica permite identificar os aspectos mais influenciados por determinada condição de saúde e avaliar a efetividade da estratégia de intervenção utilizada no tratamento dos pacientes (11-13).

O Medical Outcome Study 36-item Short Form (MOS SF-36) é o questionário de medidas genéricas de qualidade de vida mais utilizado (14), sendo bastante sensível à melhora do indivíduo (10, 15). O MOS SF-36 é composto por 36 itens, agrupados em 8 dimensões de saúde: capacidade funcional, limitações causadas por problemas físicos e limitações por distúrbios emocionais, socialização, dor corporal, estado geral de saúde, saúde mental e vitalidade, e tem o propósito de examinar a percepção do estado de saúde pelo próprio paciente. O questionário foi elaborado com a finalidade de transformar medidas subjetivas em dados objetivos que poderiam ser analisados de forma específica, global e reprodutível (15). Quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida do indivíduo (16). Portanto, mudanças na qualidade de vida podem ser avaliadas através de uma maior ou menor pontuação no questionário em decorrência de determinados tratamentos e programas de assistência para grupos de portadores de agravos diversos.

No âmbito da saúde coletiva e das políticas públicas é possível identificar um interesse crescente pela avaliação da qualidade de vida dos usuários dos serviços. Assim, observa-se a necessidade de obter informações sobre a qualidade de vida de indivíduos que participam de atividades físicas e educativas em grupos coordenados por fisioterapeutas, com o propósito de prevenir doenças e promover saúde (17). Tais informações devem ser incluídas como indicadores para avaliação do impacto da atuação destes profissionais nesse promissor campo de atuação da Fisioterapia.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia do atendimento fisioterapêutico em grupo realizado em unidades básicas de saúde na melhora da qualidade de vida de seus usuários.

## **METODOLOGIA**

### **Amostra**

A amostra foi composta por 20 usuários que iniciaram sua participação em um projeto denominado “Qualidade de Vida” em abril de 2007. Este projeto existe desde 2005 e no ano de 2007 foram abertas apenas 20 vagas, sendo este, portanto, o tamanho da amostra utilizada no presente estudo. O “Qualidade de Vida” foi criado e desenvolvido por um grupo de professores e estagiários do curso de Fisioterapia de uma instituição de ensino da cidade de Divinópolis, MG. O projeto funciona em quatro unidades básicas de saúde (UBS), que são campos de estágio na atenção primária à saúde, e se fundamenta na prática de atividade física e orientações educativas sobre saúde para usuários atendidos em grupo. A assistência é feita em locais adequados próximos das UBS (quadras esportivas, escolas, salões), sendo que um fisioterapeuta, auxiliado por um grupo de oito alunos, coordena dois grupos por UBS, com 40 usuários em cada grupo. O atendimento fisioterapêutico é feito duas vezes por semana, com duração de uma hora, sendo realizados, além das atividades educativas em saúde, exercícios de alongamento, fortalecimento, exercícios aeróbicos e relaxamento no final de cada sessão. No início e no fim da atividade física, é feito o monitoramento da pressão arterial sistêmica e da frequência cardíaca de todos os participantes.

Para participar do estudo foram considerados como critérios de inclusão: usuários de ambos os sexos, com idade acima de 21 anos, e que não apresentavam déficit cognitivo. Os critérios de exclusão foram: faltar a três sessões de atendimento consecutivas, apresentar um índice de faltas superior a 25% dos atendimentos no período de 6 meses ou abandonar o projeto.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Educacional de Divinópolis/Universidade Estadual de Minas Gerais (parecer nº 13/2007).

### **Procedimento**

Os usuários que iniciaram sua participação no projeto foram comunicados a respeito da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, concordando em participar do estudo. Após a concordância do usuário, foi feita uma entrevista para a obtenção de informações referentes à idade, ocupação, estado civil, escolaridade e uso de medicamentos. Em seguida, foi realizada a aplicação do questionário SF-36, sendo um único examinador responsável pela aplicação do instrumento. O questionário foi lido pelo examinador de forma clara e objetiva, deixando o usuário livre para responder cada questão de acordo com sua própria interpretação.

Como instrumento de medida da qualidade de vida, foi utilizado exclusivamente o questionário genérico SF-36. O SF-36 contém 36 itens, dos quais 35 encontram-se agrupados em oito dimensões (capacidade funcional, dor, aspectos físicos, aspectos emocionais, aspectos sociais, saúde mental, vitalidade e estado geral de saúde) e um último item que avalia a mudança de saúde no tempo. Para cada dimensão, os itens do SF-36 são codificados, agrupados e transformados em uma escala de zero (pior estado de saúde) a 100 (melhor estado de saúde). O questionário foi traduzido para a língua portuguesa e adaptado para a cultura brasileira (18) e a sua aplicação durou em média 15 minutos.

O questionário foi novamente aplicado após seis meses de participação do usuário no projeto, para avaliar possíveis mudanças nos escores. Acredita-se que este é o tempo mínimo necessário para que o indivíduo possa relatar possíveis benefícios das atividades realizadas. A reavaliação da qualidade de vida foi feita pelo mesmo examinador, seguindo os mesmos procedimentos. A confiabilidade teste-reteste do examinador foi avaliada através do Coeficiente de Correlação Intra-classe (ICC), obtendo-se valores que variaram de 0.798 (aspectos sociais) a 0.983 (saúde mental) para os oito domínios do questionário.

### Análise estatística

A descrição da amostra deste estudo foi feita por meio de medidas de tendência central e dispersão (média e desvio-padrão), frequência e porcentagem, nas variáveis: idade, sexo, ocupação, escolaridade, estado civil e uso de medicamentos.

Foi realizada uma análise estatística inferencial utilizando o teste t de Student para amostras pareadas, com o objetivo de comparar as pontuações do SF-36 em cada domínio, antes e após seis meses de realização das atividades físicas e educativas em grupo. O nível de significância foi estabelecido em  $\alpha = 0.05$  (5%).

A análise dos dados foi realizada através do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 13.0.

## RESULTADOS

### Descrição da amostra

Os dados referentes à descrição dos usuários que participaram do estudo estão apresentados na Tabela 1.

TABELA 1 - Médias (desvios-padrão) dos dados relacionados à idade e frequências (porcentagens) das características referentes a sexo, ocupação, estado civil, escolaridade e uso de medicamentos.

| Características     | Características |           |
|---------------------|-----------------|-----------|
|                     | Feminino        | Masculino |
| Sexo                | 17 (85,0%)      | 3 (15,0%) |
| Idade (anos)        | 58,31* (9,22)   |           |
| Ocupação            | Aposentado      | Do lar    |
|                     | 3 (15,0%)       | 9 (45,0%) |
| Estado Civil        | Casado          | Viúvo     |
|                     | 15 (75,0%)      | 2 (10,0%) |
| Escolaridade        | Outros          | Outros    |
|                     | 3 (15,0%)       | 3 (15,0%) |
| Uso de Medicamentos | EFI             | EFC       |
|                     | 15 (75,0%)      | 3 (15,0%) |
| Uso de Medicamentos | Outros          | Outros    |
|                     | 2 (10,0%)       | 2 (10,0%) |
| Uso de Medicamentos | Sim             | Não       |
|                     | 20 (100,0%)     | 0 (0%)    |

EFI = Ensino Fundamental Incompleto; EFC = Ensino Fundamental Completo

## Qualidade de Vida

O teste t pareado demonstrou diferença significativa pré e pós intervenção na pontuação obtida no Questionário SF-36 somente nos itens capacidade funcional ( $t = -3.501$ ;  $p = 0.002$ ) e estado geral de saúde ( $t = -2.110$ ;  $p = 0,048$ ). Nos demais itens, não foram observadas diferenças significativas entre as duas avaliações, como está demonstrado na Tabela 2.

TABELA 2 - Pontuação obtida nos oito domínios do questionário SF-36 nas avaliações antes e após a intervenção da Fisioterapia nas unidades básicas de saúde

| Domínios              | Avaliação Pré | Avaliação Pós | Comparação pré x pós |
|-----------------------|---------------|---------------|----------------------|
|                       | Média (D.P)   | Média (D.P)   | Valor p              |
| Capacidade Funcional  | 73,50 (21,09) | 83,50 (14,60) | 0,002*               |
| Aspecto Físico        | 71,25 (43,88) | 77,50 (37,95) | 0,638                |
| Dor                   | 59,50 (20,69) | 64,25 (27,48) | 0,477                |
| Estado Geral de Saúde | 71,90 (15,39) | 79,55 (15,89) | 0,048*               |
| Vitalidade            | 64,00 (18,46) | 66,00 (21,06) | 0,742                |
| Aspecto Social        | 78,87 (23,31) | 73,75 (23,95) | 0,456                |
| Aspecto Emocional     | 75,00 (40,29) | 85,00 (33,29) | 0,410                |
| Saúde Mental          | 65,80 (17,57) | 68,00 (21,98) | 0,577                |
| Escore Total          | 69,97 (17,05) | 72,81 (17,83) | 0,451                |

\*  $p < 0,05$

## DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado com o objetivo de avaliar a eficácia do atendimento fisioterapêutico realizado em unidades básicas de saúde na melhora da qualidade de vida dos usuários. De acordo com os resultados obtidos, os indivíduos que participam de atividades físicas e educativas em grupos coordenados por fisioterapeutas apresentaram melhora dos domínios capacidade funcional e estado geral de saúde. Entretanto, não houve melhora dos domínios dor, aspectos físicos, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

A melhora na capacidade de realizar as atividades cotidianas pode ser explicada pelo fato do objetivo principal do projeto ser o desenvolvimento de atividades físicas direcionadas para a função dos indivíduos. Esse resultado está de acordo com Auad et al. (19), que reportaram melhora da capacidade funcional de indivíduos praticantes de atividade física, quando comparados a indivíduos sedentários. A atividade física também é capaz de minimizar os declínios da capacidade funcional em idosos, favorecendo uma maior independência e, conseqüentemente, uma melhor condição de saúde nessa população (20, 21). Dessa forma, os exercícios aeróbicos, de alongamento e fortalecimento muscular, realizados com o propósito de trabalhar os requisitos necessários para execução de atividades funcionais (subir e descer degraus, sentar e levantar, agachar, correr etc) podem ter influenciado no desempenho diário dos usuários para a realização destas atividades. Além dos exercícios físicos, o projeto também envolve orientações sobre a maneira adequada de realização das atividades de vida diária para que haja uma menor sobrecarga física e um melhor desempenho funcional. Assim, o trabalho da fisioterapia na atenção primária, envolvendo exercícios físicos e orientações relevantes para a funcionalidade do indivíduo, demonstra ser capaz de melhorar a capacidade funcional dos usuários deste serviço.

O domínio estado geral de saúde, que engloba questões referentes ao conceito do próprio usuário sobre sua saúde, também apresentou uma melhora significativa após a intervenção da fisioterapia.

Esses achados estão de acordo com Granito et al. (22), que também obtiveram melhora nesse domínio, avaliando idosas com osteoporose antes e após a intervenção fisioterápica. Esta melhora pode ser justificada pelos efeitos dos exercícios físicos que promovem mudanças positivas no bem estar do indivíduo (23). Além disso, é possível que a participação no grupo tenha propiciado uma mudança na visão dos usuários sobre a sua saúde, o que pode estar relacionado com o objetivo do projeto de estimular os indivíduos para que estes sejam os principais responsáveis pelo controle de sua saúde (24).

Os domínios que não apresentaram melhoras significativas foram divididos em dois grupos: o grupo dos domínios biológicos, composto por aspectos físicos, dor e vitalidade e o grupo dos domínios não biológicos, composto por saúde mental, aspectos sociais e emocionais. A ausência de diferença nos domínios biológicos pode ser explicada pelo fato de esses domínios sofrerem influência de outros fatores, como os efeitos fisiológicos do próprio envelhecimento (20). No presente estudo, os usuários avaliados apresentavam uma média de idade de aproximadamente 60 anos, indicando que esses indivíduos estariam sofrendo as consequências do envelhecer. O processo de envelhecimento favorece o aparecimento de doenças crônico-degenerativas difíceis de serem sanadas com as atividades propostas neste estudo. Além disso, é importante ressaltar que essas dimensões do questionário avaliam principalmente o desempenho em tarefas físicas, a sensação de desânimo e a falta de energia, que são sintomas frequentes em pacientes portadores de doenças crônicas (25). Os indivíduos que compuseram a amostra deste estudo são todos usuários de medicamentos, principalmente para controle de hipertensão arterial e diabetes, o que sugere a presença de processos crônico-degenerativos nos indivíduos avaliados, comprometendo os aspectos biológicos da qualidade de vida (26).

Uma possível explicação para a ausência de melhora nos aspectos não biológicos seria porque estes domínios dependem de fatores contextuais relacionados às condições ambientais, que envolvem facilidade de transporte, nível socioeconômico do indivíduo e baixa renda familiar. Tais fatores não estão relacionados com situações em que a atividade física possa interferir diretamente (27). Embora existam evidências de uma associação positiva entre exercícios físicos e melhora psicológica (5), não é objeto da fisioterapia o restabelecimento da saúde psíquica dos usuários. Entretanto, a atuação de uma equipe interdisciplinar poderia intervir sobre os domínios que não sofrem influência direta da atividade física, e, dessa forma, melhorar a participação social e o estado emocional do usuário (28), benefícios esses que não são possíveis de serem alcançados apenas com um programa de exercícios (16).

O presente estudo apresenta algumas limitações. Primeiramente, a generalização dos resultados é restrita porque o desenho do estudo é do tipo quase-experimental pela ausência de grupo controle e a amostra é pequena e composta, em sua grande maioria, por mulheres. Em segundo lugar, os participantes deste estudo possuem um baixo nível de escolaridade e apresentaram dificuldades de entendimento das questões do questionário de qualidade de vida, o que pode ter interferido nas pontuações obtidas pelo SF-36. Entretanto, não é possível afirmar que indivíduos com maior grau de escolaridade responderiam diferentemente da população desse estudo.

Apesar das limitações descritas acima, este estudo demonstra a contribuição da fisioterapia nas ações básicas, melhorando a capacidade funcional e o estado geral de saúde, o que é condizente com o modelo de atuação do fisioterapeuta voltado para a função do indivíduo (29, 30). A demonstração deste benefício poderá contribuir para nortear estratégias de prevenção de doenças e promoção de saúde que busquem melhorar a funcionalidade dos indivíduos que procuram pelo serviço público de saúde. Entretanto, a atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde ainda é restrita, sendo necessária uma maior inserção do fisioterapeuta neste setor.

## CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstraram que as atividades físicas e educativas coordenadas pela fisioterapia promoveram uma melhora na capacidade funcional e no estado geral de saúde do indivíduo, que são domínios relacionados à qualidade de vida. Estudos adicionais são necessários para avaliar os efeitos dessas atividades, utilizando-se uma amostra maior de pacientes e comparando esses

indivíduos com outros que não realizam nenhum tipo de atividade. Além disso, observa-se a necessidade de investigar a atuação interdisciplinar nas práticas de promoção de saúde e prevenção de doenças, uma vez que a qualidade de vida dos usuários está relacionada a vários aspectos físicos, sociais e psicológicos. A fisioterapia, atuando isoladamente, não é capaz de produzir efeitos sobre todos os domínios que interferem na qualidade de vida dos usuários dos serviços públicos.

## AGRADECIMENTOS

Agradecimentos à Universidade Estadual de Minas Gerais (bolsa PAPq/UEMG).

## REFERÊNCIAS

1. Sampaio RF. A experiência em Belo Horizonte. In: Barros FBM, editor. O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora. Rio de Janeiro: Fisiobrasil; 2002. p. 11-16.
2. Baraúna MA, Testa CEA, Guimarães EA, Boaventura CM, Dias AL, Strini PJSA, et al. A importância da inclusão do fisioterapeuta no programa de saúde da família. *Fisioter Bras*. 2008;9(1):64-9
3. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(3):303-11.
4. Maciel RV, Silva PTG, Sampaio RF, Drummond AF. Teoria, prática e realidade social: uma perspectiva integrada para o ensino da fisioterapia. *Fisioter Mov*. 2005;18(1):11-7.
5. Silva DJ, Ros MA. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e sistema único de saúde: desafios na formação. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;12(6):1673-81.
6. Freitas MS. A fisioterapia na atenção primária à saúde em Juiz de Fora. In: Barros FBM, editor. O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora. Rio de Janeiro: Fisiobrasil; 2002. p. 17-27.
7. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Latino-Am Enferm*. 2005;13(2):262-8.
8. Martins LM, França APD, Kimura M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. *Rev Latino-Am Enferm*. 1996;4(2):5-18.
9. Kawakami L, Martins ALP, Jamami M, Costa D. Avaliação dos fatores de co-morbidade e sua relação com qualidade de vida em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. *Rev Bras Fisioter*. 2005;9(2):145-50.
10. Gonçalves FDP, Marinho PEM, Maciel MA, Galindo Filho VC, Dornelas de Andrade A. Avaliação da qualidade de vida pós-cirurgia cardíaca na fase I da reabilitação através do questionário MOS SF-36. *Rev Bras Fisioter*. 2006;10(1):121-6.
11. Santos AMB, Assumpção A, Matsutani LA, Pereira CAB, Lage LV, Marques AP. Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. *Rev Bras Fisioter*. 2006;10(3):317-24.
12. Christofolletti G, Hygashi F, Godoy ALR. Paralisia cerebral: uma análise do comprometimento motor sobre a qualidade de vida. *Fisioter Mov*. 2007;20(1):37-44.
13. Teixeira-Salmela LF, Lima RCM, Souza AC, Goulart F. Mudanças na qualidade de vida associadas ao tratamento de hemiplégicos em academias. *Fisioter Mov*. 2006;19(3):75-82.

14. Hemingway H, Stafford M, Stansfeld S, Shipley M, Marmot M. Is the SF-36 a valid measure of change in population health? *BMJ*. 1997;315(7118):1273-9.
15. Takiut ME, Hueb W, Hiscock SB, Nogueira CRSR, Girardi P, Favarato D, et al. Qualidade de vida após revascularização cirúrgica do miocárdio, angioplastia ou tratamento clínico. *Arq Bras Cardiol*. 2007;88(5):537-44.
16. Camargos ACR, Copio FCQ, Sousa TRR, Goulart F. O impacto da doença de Parkinson na qualidade de vida: uma revisão de literatura. *Rev Bras Fisioter*. 2004;8(3):267-72.
17. Castro PC, Tahara N, Rebelatto JR, Driusso P, Aveiro MC, Oisin J. Influência da universidade aberta da terceira idade (UATI) e do programa de revitalização (REVT) sobre a qualidade de vida de adultos de meia-idade e idosos. *Rev Bras Fisioter*. 2007;11(6):461-7.
18. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quesada MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1997;39(3):143-50.
19. Auad MA, Yogi LS, Simões RP, Deus AP, Tuicci CL. A influência da atividade física na qualidade de vida de idosas portadoras de osteoporose. *Fisioter Mov*. 2007;20(2):25-31.
20. Mazo GZ, Liposcki DB, Ananda C, Prevê D. Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. *Rev Bras Fisioter*. 2007;11(6):437-42.
21. Ribeiro MA, Martins MA, Carvalho CRF. The role of physician counseling in improving adherence to physical activity among the general population Sao Paulo. *Med J*. 2007;125(2):115-21.
22. Granito, RN, Rennó ACM, Aveiro MC, Navega MT, Driusso P, Oishi J. Efeitos de um programa de atividade física na postura hipercifótica torácica, na dorsalgia e na qualidade de vida de mulheres com osteoporose. *Rev Bras Fisioter*. 2004;8(3):231-7.
23. Mota J, Ribeiro JL, Carvalho J, Matos MG. Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. *Rev Bras Educ Fís Esp*. 2006;20(3):219-25.
24. Reisa RJ, Pinheiros TMM, Navarro A, Martin MM. Perfil da demanda atendida em ambulatório de doenças profissionais e a presença de lesões por esforços repetitivos. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(3):292-8.
25. Romano-Lieber NS, Teixeira JJV, Farhat FCLG, Ribeiro E, Crozatti MTL, Oliveira GSA. Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(6):1499-507.
26. Castro M, Caiuby AVS, Draibe AS, Canziani MEF. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Rev Assoc Med Brás*. 2003;49(3):245-9.



27. Navega MT, Aveiro MC, Oishi J. A influência de um programa de atividade física na qualidade de vida de mulheres com osteoporose. *Fisioter Mov.* 2006;19(4):25-32.
28. Veras RP, Caldas CP. Promovendo a saúde e cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciênc Saúde Colet.* 2004;9(2):423-32.
29. Sampaio RF, Mancini MC, Fonseca ST. Produção científica e atuação profissional: aspectos que limitam essa integração na fisioterapia e terapia ocupacional. *Rev Bras Fisioter.* 2002;6(3):113-8.
30. Sampaio RF, Mancini MC, Gonçalves GGP, Bittencourt NFN, Miranda AD, Fonseca ST. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. *Rev Bras Fisioter.* 2005;9(2):129-36.

Recebido: 01/07/2008

*Received:* 07/01/2008

Aprovado: 29/03/2009

*Approved:* 03/29/2009

Revisado: 14/07/2009

*Reviewed:* 07/14/2009