

Artigo original**Qualidade de vida e estilo de vida de usuários do serviço público de fisioterapia em Santa Maria/RS*****Quality of life and lifestyle of users of physical therapy public health services in Santa Maria/RS***

Guilherme Bordin, Ft.*, Zadro Jornada Monteiro, Ft.**, Andriele Gasparetto, Ft., M.Sc.***

.....
*Formado pelo Curso de Fisioterapia da UNIFRA, **Educador Físico e Fisioterapeuta pela UNIFRA,

***Docente do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto (ITPAC) e membro do Grupo Promoção da Saúde e Tecnologias Aplicadas à Fisioterapia (UNIFRA)

Resumo

A evolução da fisioterapia é evidente ao passo que nasceu de um certame unicamente reabilitador para um complexo olhar integral, visando a promoção da saúde e qualidade de vida (QV) dos usuários. Baseado nisso, esta pesquisa buscou analisar a qualidade de vida e estilo de vida (EV) de usuários do serviço público de fisioterapia na cidade de Santa Maria/RS. O estudo teve caráter quantitativo e delineamento transversal e ocorreu nos meses de abril a maio de 2010 com 30 indivíduos. Esses responderam um instrumento de dados gerais da OMS de qualidade de vida (Whoqol-brev) e estilo de vida (Lifestyle Questionnaire). Os principais resultados destacaram um perfil feminino (73,3%), sedentários (60%) e acometidos, principalmente por doenças reumáticas (54,2%). Os escores dos instrumentos se mostraram semelhantes em uma média de 42 pontos de 60-64 possíveis. De forma geral a QV e o EV estão em níveis moderados e apresentaram comprovada correlação. Pesquisas deste modelo são importantes para análises de populações a fim de se formular estratégias preventivas e de educação em saúde para os usuários, tornando-os agentes ativos aos próprios cuidados. Porém, faz-se necessária a realização de novas pesquisas desta categoria para aprofundamento do tema.

Palavras-chave: qualidade de vida, estilo de vida, Fisioterapia.

Abstract

The development of physical therapy is acknowledged; however it emerged as a profession within rehabilitation model and now it is a complex model, aiming at promoting health and quality of life (QOL) of users. Based on this, this study sought to examine the quality of life and lifestyle of users of public physical therapy in Santa Maria. The study design was cross-sectional and quantitative and occurred during April-May 2010 with 30 individuals. They answered a questionnaire for general data of the WHO Quality of Life (Whoqol-brev) and lifestyle (Lifestyle Questionnaire). The main findings highlighted a female profile (73.3%), sedentary (60%) and mainly affected by rheumatic diseases (54.2%). The scores of the instruments were similar in an average of 42 points out of 60-64. Overall QOL and EV are at moderate levels and had proven correlation. This kind of research is important for populations analysis in order to formulate prevention strategies and health education for patients, making them active agents to their own care. However, it is necessary to conduct further research into this category.

Key-words: quality of life, lifestyle, Physical therapy.

Introdução

Existe, na literatura científica e na prática profissional da área da saúde, uma profunda proximidade entre os conceitos de saúde, qualidade de vida (QV) e estilo de vida (EV), formando um certame complexo [1] de relevância promissora na prática dos profissionais de saúde e mais especificamente dos fisioterapeutas.

Hoje se entende que a saúde não representa apenas a ausência de doenças ou o completo bem estar físico, mental e social [2], pois envolve noções amplas que vão muito além do setor saúde, uma vez que “para se ter saúde é preciso ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação, etc.” [3]. Já a QV pode ser conceituada como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Por fim, o EV é caracterizado como um padrão de comportamento que pode ter profundo efeito na saúde dos seres humanos e está relacionado aos aspectos que refletem atitudes, valores e oportunidades na vida das pessoas [4].

Neste contexto, as profissões da área da saúde, incluindo-se a Fisioterapia, estão se distanciando do modelo biomédico tradicional de cura e tratamento, onde a atenção era dada simplesmente à patologia sem investigação de outros fatores. Nesta nova visão se admite o modelo biopsicossocial, onde os problemas dos indivíduos podem envolver o corpo, a alma e o ambiente social [5]. Esta visão integral é compartilhada por outros autores como Myers [6], que afirma: “Minha lista pessoal de experiências reveladoras incluem: o corpo cura a si mesmo”. O mesmo autor ainda revela que o terapeuta tem como principal função remover os obstáculos para que a cura ocorra. Nieman [7] também revela que um corpo dotado de saúde flui de uma forma melhor, já que o desenvolvimento pessoal, profissional e relacionamentos afetivos acontecem de uma maneira natural. Acredita-se que o monitoramento da saúde pelo EV e QV, através de avaliações e de educação ao usuário, quando necessário, em conjunto com o planejamento fisioterápico, pode ser um importante parceiro na aceleração dos processos reabilitadores.

A Fisioterapia é uma profissão da Área da Saúde e deve possuir, além do conhecimento de seu Núcleo Profissional, conhecimento de Campo Profissional, que são saberes e responsabilidades comuns a várias profissões [8] onde se inclui informações ao paciente quanto adequações necessárias ao EV e QV. O presente estudo teve como objetivo geral analisar a qualidade de vida e estilo de vida de usuários do serviço público de fisioterapia na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul (RS).

Material e métodos

O estudo teve caráter quantitativo e delineamento transversal. Foram sujeitos da pesquisa 30 pacientes que utilizam

os serviços de fisioterapia nas Clínicas Fisioterapêuticas cadastradas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Santa Maria/RS. São, no total, três clínicas conveniadas na cidade, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde. Foram incluídos na amostra usuários adultos de 40 a 60 anos [9]. Os critérios de exclusão foram: portadores de patologias ou condições que impedissem os usuários de responderem aos instrumentos de coleta de dados de forma independente e lúcida, recusa dos pacientes em responder os questionários e instrumentos não respondidos em sua totalidade.

Foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados validados e 1(um) instrumento de avaliação geral modificado da Organização Mundial de Saúde (OMS) que enfoca variáveis como idade, sexo, escolaridade, estado civil, problema de saúde atual, intensidade e localização da dor [10]. Dentro desse último instrumento incluiu-se a Escala Visual Analógica proposta por Agne [11]. Na avaliação da qualidade de vida foi utilizado o questionário Whoqol Brev [12] e para a realização da análise do estilo de vida foi utilizado o Lifestyle Questionnaire, que auxilia os profissionais de saúde que trabalham com prevenção a conhecer e medir o estilo de vida dos seus pacientes [13] e possui variáveis como: Família e amigos; Atividade Física; Nutrição; Cigarro e Drogas; Álcool e Sono.

A coleta dos dados ocorreu nos meses de abril e maio do ano de 2010, na frequência de 3 vezes por semana após o convite, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O convite e posterior coleta de dados ocorriam na sala de espera das clínicas e o próprio pesquisado respondia, de forma livre e individual, cada pergunta.

Para os instrumentos Whoqol e Lifestyle Questionnaire, os dados foram analisados por tabela de frequência. Os questionários de Qualidade de Vida e Estilo de Vida somam 51 questões, das quais, 28 foram selecionadas para serem analisadas. Calculou-se, também, a associação entre o estilo de vida, qualidade de vida e Escala de Dor por meio do coeficiente de correlação de Pearson. Foram calculadas as médias e os desvios padrão das três variáveis. Para verificar a normalidade dos dados foi aplicado o teste de Kolmogoroff-Smirnoff. Como o teste mostrou que os dados poderiam ser estudados como pertencentes à distribuição normal, foi aplicado o coeficiente de correlação de Pearson para estudar a associação entre variáveis. O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), sob parecer nº 027.2010.2 e só teve seu início após esta aprovação.

Resultados

Participaram deste estudo 30 usuários de fisioterapia pelo SUS, na cidade de Santa Maria, sendo que 22 desses (73,3%) eram do sexo feminino (Tabela I). Dos usuários questionados, 3 (10%) possuíam de 40 a 44 anos, 9 (30%) de 45 a 49 anos, 7 (23,3 %) de 50 a 54 e 11 (36,7%) de 55 a 60 anos.

Ainda na Tabela I percebe-se que a maior parte dos usuários possui ensino médio completo ou incompleto (14-46,7%), são casados (21-70,0%), consideram sua saúde como boa (14-46,7%) mesmo apresentando alguns problemas de saúde associados como Reumatológicos em 26 (54,2%) usuários, Hipertensão Arterial Sistêmica em 6 (12,5%), Depressão em 5 (10,4%), Acidente Vascular Encefálico em 3 (6,2%), Diabetes em 2 (4,2%) e outras patologias somaram 6 (12,5%). Salienta-se que nessa questão os participantes poderiam marcar mais de uma alternativa.

Tabela I - Perfil geral da amostra.

	n	%
Sexo		
Feminino	22	73,3
Masculino	8	26,7
Nível educacional		
Ensino fundamental completo e incompleto	11	36,7%
Ensino médio completo e incompleto	14	46,7%
Ensino superior completo e incompleto	5	16,6%
Estado civil		
Solteiro (a)	4	13,3%
Casado (a)	21	70,0%
Separado (a)	2	6,6%
Divorciado (a)	3	10,0%
Saúde autopercebida		
Muito ruim	3	10,0%
Fraca	2	6,6%
Nem boa nem ruim	10	33,3%
Boa	14	46,7%
Muito boa	1	3,3%
Motivo do acesso ao serviço de fisioterapia		
Traumatologia	22	73,35%
Neurologia	1	3,3%
Respiratória	1	3,3%
Neuropatia	2	6,7%
Outros	4	13,35%

A principal área que fez com que os usuários buscassem o serviço da Fisioterapia foi a Traumatologia, totalizando 22 usuários (73,3%) (Tabela I).

Quanto a intensidade de dor, 6 (20,0%) responderam que ela se encontrava entre 0-1 na Escala Visual Analógica, 3 (10%) responderam entre 2-3, 8 (26,7%) para intensidade entre 4-5, 7(23,3%) para 6-7, 5(16,7%) para 8-9 e 1 (3,3%) respondeu intensidade máxima de dor (10). A média de nível de dor na escala visual analógica foi 4,8, índice considerado moderado e os locais mais acometidos pelas dores foram na coluna (9 - 30,0%) e membros superiores (8-26,7%), seguido de membros inferiores (5-16,7%), cabeça e dor generalizada (ambos com 2-6,6%) e outros (4-13,3%).

Quando questionados sobre como avaliaram a sua Qualidade de Vida, 3 (10,0%) participantes a classificaram como muito boa, 21 (70,0%) como boa, 5 (16,7%) nem ruim nem

boa, 1 (3,3%) ruim e nenhum usuário a classificou como muito ruim.

As Tabelas II e III demonstraram alguns domínios da Qualidade de Vida dos 30 usuários dos serviços de Fisioterapia, retiradas do Instrumento Whoqol Brev.

Observou-se que a dor física impede de forma acentuada as atividades diárias em 7(23,3%) participantes e de forma média para 8(26,7%). O percentual de 43,3% (13 indivíduos) considera que aproveita bastante a vida, 21 (70,0%) descrevem seu ambiente físico como médio e bastante saudável, a metade (15-50,0%) considera ter muita energia para o dia-a-dia, 13 (43,3%) possuem quantidade de lazer em nível médio, enquanto que somente 1 usuário (3,3%) apresentou o nível máximo do mesmo (Tabela II).

Na Tabela III ficou perceptível a insatisfação com a qualidade de sono, já que 10 indivíduos (33,3%) a classificaram assim, contudo a maioria se encontra satisfeito ou muito satisfeito com seu desempenho nas atividades diárias (16 - 53,3%) e com o trabalho (18 - 60,0%). Os pesquisados também se consideram satisfeitos e muito satisfeitos com o acesso aos serviços de saúde (22 - 73,3%) em contraste com apenas 3,3% (1) de muito insatisfeitos.

Quando questionados sobre a frequência de sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero e ansiedade, 2 (6,6%) sempre sentem, 3 (10,0%) muito frequentemente sentem, 6 (20,0%) frequentemente sentem, 15 (50,0%) algumas vezes são negativos e 4 (13,3%) responderam que nunca tem pensamentos negativos.

A seguir, nas Tabelas IV e V, apresentou-se os resultados referentes às características do Estilo de Vida dos participantes.

Na Tabela IV nota-se que 28 (93,4%) usuários tem alguém para conversar as coisas que são importantes, 11 (36,7%) praticam exercícios físicos no máximo 1 vez por semana para 5 (16,7%) que frequentam 5 ou mais vezes na semana. Em relação a atividades mais leves/moderadas do dia-a-dia, 15 (50%) o fazem em 5 vezes na semana. Quase a metade da amostra 14 (46,7%) relatou possuir uma nutrição balanceada algumas vezes por semana, sendo que 7 (23,3%) relataram tê-la quase sempre.

Quando questionados sobre seu peso atual, a maioria (23 - 76,6%) se considera de 2 a 6 kg acima do peso considerado normal, e afirma consumir mais de 4 copos por dia 23 (76,6%) de água. Ainda, 22 (73,4%) responderam que não fumam a mais de cinco anos ou nunca fumaram.

Na Tabela V observa-se que a grande parte dos usuários do serviço de fisioterapia (23 - 76,7%) bebem em pouca quantidade (1 a 2 vezes por dia) bebidas com cafeína e 28 dos 30 pesquisados (93,4%) nunca bebem bebidas alcoólicas. A maioria dos entrevistados lida com frequência e quase sempre bem com seu estresse diário (20 - 66,7%), porém um número considerável tem lazer somente algumas vezes na semana (11 - 36,7%). Somando-se a estes dados, a quantidade de sono dos entrevistados mostra-se deficiente onde 14 (46,6%) apresentam menos de 6 horas por noite e mesmo assim 17 pessoas

Tabela II - Domínios sentimentos e capacidades do Instrumento Whoqol Brev de qualidade de vida.

	Nada	Muito Pouco	Médio/ mais ou menos	Muito/ Bastante	Extremamente/ Completamente
Em que medida sua dor lhe impede de fazer o que precisa?	6(20,0%)	6(20,0%)	8(26,7%)	7(23,3%)	3(10,0%)
O quanto você aproveita a vida?	2(6,6%)	3(10,0%)	10(33,3%)	13(43,3%)	2(6,7%)
Quão saudável é seu ambiente físico? (clima, barulho e poluição)	0(0,0%)	4(13,3%)	9(30,0%)	12(40,0%)	5(16,7%)
Você tem energia suficiente para o seu dia a dia?	1(3,3%)	1(3,3%)	10(33,3%)	15(50,0%)	3(10,0%)
Em que medida você tem oportunidades de lazer?	3(10,0%)	6(20,0%)	13(43,3%)	7(23,3%)	1(3,3%)

Tabela III - Domínio satisfação do Instrumento Whoqol Brev de qualidade de vida.

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Satisfação com o sono	0(0,0%)	10(33,3%)	4(13,3%)	9(30,0%)	7(23,3%)
Satisfação com o desempenho de atividades diárias	1(3,3%)	1(3,3%)	7(23,3%)	16(53,3%)	5(16,7%)
Satisfação com a capacidade para o trabalho	1(3,3%)	5(16,7%)	6(20,0%)	12(40,0%)	6(20,0%)
Satisfação com acessos aos serviços de saúde	1(3,3%)	2(6,6%)	5(16,7%)	15(50,0%)	7(23,3%)

Tabela IV - Itens família e amigos, atividade, nutrição e fumo, retirado do instrumento Lifestyle Questionnaire.

Família e amigos					
	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com frequência	Quase sempre
Tem alguém para conversar sobre o que é importante para si	2(6,6%)	0(0,0%)	10(33,3%)	10(33,3%)	8(26,7%)
Atividade					
	Menos de 1 vez na semana	1-2 vezes na semana	3 vezes na semana	4 vezes na semana	5 ou mais vezes na semana
Sou vigorosamente ativo (ao menos 30min./dia)	11(36,7%)	7(23,3%)	5(16,7%)	2(6,6%)	5(16,7%)
Sou moderadamente ativo	4(13,3%)	4(13,3%)	3(10,0%)	4(13,3%)	15(50,0%)
Nutrição					
	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com frequência	Quase sempre
Como uma dieta balanceada	1(3,3%)	1(3,3%)	14(46,7%)	7(23,3%)	7(23,3%)
Estou no intervalo de__ do meu peso normal	Mais de 8kg	8 kg	6 kg	4 kg	2 kg
	4(13,3%)	3(10,0%)	7(23,3%)	7(23,3%)	9(30,0%)
	Nenhum ou 1 copo	2-3 copos	4-5 copos	5-6 copos	7 ou mais
Meu consumo de copos de água por dia é: 1 copo (200 ml)	1(3,3%)	6(20,0%)	7(23,3%)	12(40,0%)	4(13,3%)
Cigarros					
	Mais de 10 por dia	1 a 10 por dia	Nenhum nos últimos 6 meses	Nenhum no ano passado	Nenhum nos últimos cinco anos
Fumo cigarros	2(6,6%)	1(3,3%)	3(10,0%)	2(6,6%)	22(73,4%)

Tabela V - Itens bebidas, Sono, Estresse, Lazer e Motivação, retirados do instrumento *Lifestyle Questionnaire*.

Bebidas					
	Mais de 10 vezes	7 a 10 vezes	3 a 6 vezes	1 a 2 vezes	Nunca
Ingiro bebidas com cafeína (por dia)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(3,3%)	23(76,7%)	6(20%)
	Mais de 20	13 a 20	11 a 12	8 a 10	0 a 7
Ingesta de bebidas alcoólicas por semana (doses)	0 (0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	2(6,6%)	28(93,4%)
Sono e estresse					
	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com frequência	Quase sempre
Dorme bem e se sente descansando	2(6,6%)	2(6,6%)	9(30,0%)	10(33,3%)	7(23,3%)
Consegue lidar com o estresse do dia a dia	1(3,3%)	1(3,3%)	8(26,7%)	12(40,0%)	8(26,7%)
Relaxa e desfruta do tempo de lazer	2(6,6%)	3(10,0%)	11(36,7%)	8(26,7%)	6(20,0%)
	5 horas ou menos	6 horas	7 horas	8 horas	9 horas
Média de horas de sono por noite	7(23,3%)	7(23,3%)	6(20,0%)	7(23,3%)	3(10,0%)
Motivação					
	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com frequência	Quase sempre
Pensa de forma positiva e otimista	0(0,0%)	3(10,0%)	3(10,0%)	9(30,0%)	15(50,0%)
Sente-se triste e deprimido	7(23,3%)	6(20,0%)	11(36,7%)	2(6,6%)	4(13,3%)
Sente-se com raiva e hostil	9(30,0%)	10(33,3%)	8(26,7%)	0(0,0%)	3(10,0%)

(56,7%) consideram dormir bem e se sentem descansados com frequência e quase sempre.

Quanto à motivação dos estudados, 15 (50,0%) pensam de forma otimista quase sempre, 11 (36,7%) sentem-se tristes e deprimidos algumas vezes e 19 (63,3%) sentem raiva raramente ou quase nunca.

Os instrumentos de QV e EV possuem uma pontuação geral cada um. Neste estudo foram selecionadas as questões mais pertinentes somando 12 e 16 perguntas, respectivamente, com pontuações totais de 60 para QV e 64 para EV. A média obtida dos 30 usuários analisados para a QV foi de 42,63 pontos enquanto para EV 42,83 pontos, demonstrando o equilíbrio e homogeneidade das médias em comparação.

Os resultados das análises demonstraram que a correlação entre QV e EV foi positiva indicando que quando uma variável aumenta a outra também aumenta, ou seja, quando a QV é baixa, o EV também se mostra baixo e vice versa. As correlações de Escala Visual Analógica de Dor x QV e Escala de Dor x Questionário de EV foram negativas, indicando que quando a dor aumenta as outras duas variáveis diminuem, ou seja, quanto maior a dor do indivíduo, menor é sua escala de QV e EV, dados estes que demonstram significância científica de $p = 0,01$.

Discussão

A maioria do público pesquisado foi do gênero feminino indo ao encontro das pesquisas de Brito *et al.* [14] que avaliaram QV em hipertensos, totalizando 77% de mulheres avaliadas, e estudo realizado por Matos *et al.* [15] com 76,37%

do sexo feminino que avaliou EV em universitários portugueses. Os mesmos ainda ressaltam que a mulher tem um perfil de autocuidado, buscando assim mais frequentemente e sem preconceitos os serviços de saúde em comparação ao público masculino.

Quanto a QV, Baumann *et al.* [16], que utilizaram o mesmo instrumento de pesquisa (WHOQOL-BREF) com 16.000 indivíduos franceses, encontraram percepções de saúde boas e muito boas de 78,8% corroborando o presente estudo que encontrou 80%. Diante disso, percebe-se que a autopercepção de saúde não está necessariamente relacionada com saúde propriamente dita, assim como Alexandre *et al.* [17] destacam em sua pesquisa ao afirmar que a presença de doença pode fornecer a percepção de saúde e QV em idosos e que alguns indivíduos podem ser considerados saudáveis mesmo sofrendo com doenças crônico-degenerativas controladas. Na pesquisa de Santos *et al.* [18] a maior prevalência em sua amostra foi de afecções reumáticas (artrite e artrose) assim como encontrado na presente pesquisa. Problemas crônico-degenerativos são comuns ao avanço dos anos, ao passo que populações mais jovens sofrem, em sua maioria, lesões traumáticas decorrentes do desporto e de acidentes.

Nessa pesquisa foi observado que os pacientes relataram uma boa qualidade de sono, porém em quantidade inadequada, demonstrando que a diminuição nas horas de sono não afeta sua percepção sobre dormir bem, apesar do ciclo normal do sono ter em média 8 horas [19]. Para Dahlke [20], no sono profundo o hormônio do crescimento entra em atividade, colaborando nos processos de regeneração corporal, dados que evidenciam a necessidade de avaliar mais profundamente

este assunto, bem como enfatizar a ocorrência dos problemas crônico-degenerativos, já citados anteriormente.

Outro fator avaliado no EV foi o equilíbrio nutricional. A alimentação saudável, completa, variada e agradável é de grande importância para a promoção da saúde, prevenção e controle de doenças [21]. Grande parte dos avaliados afirmou ter uma dieta balanceada, com uma boa ingestão diária de água, pouco índice de fumantes, baixo consumo de caféina e bebidas alcoólicas, dados que vão ao encontro com a pesquisa de Soares [22] que evidenciou semelhantes valores percentuais (84,7% não fumantes e 86,7% que não ingerem álcool) para uma população predominante de mulheres.

A amostra estudada, em sua maioria (60%), não era praticante de atividades físicas intensas (menos de duas vezes/semana). A falta de atividade física intensa a partir dos 40 anos pode estar relacionada com o avanço de doenças musculoesqueléticas devido à diminuição da força contrátil dos músculos, a redução natural da massa magra, a diminuição da flexibilidade e consequente desgaste das articulações mais requisitadas como joelhos, quadril e coluna [23-26]. Além disso, alguns estudos sugerem uma alteração na percepção de dor relacionada ao exercício físico de baixa intensidade, média duração e exercícios isométricos [27,28]. Quanto a QV relacionada ao exercício, Toscano e Oliveira [29] concluem que idosas que praticam exercícios físicos regulares possuem uma melhor QV em comparação a aquelas inativas.

O presente estudo evidenciou uma correlação entre escores totais de EV e QV, constatando uma relação íntima entre seus fatores assim como Pisinger *et al.* [30] que acompanharam durante 5 anos mais de 6000 europeus e constataram que quando os indivíduos adotavam um EV mais saudável, os mesmos referiam uma percepção de QV melhor.

Conclusão

O presente artigo buscou traçar um perfil de QV e EV em uma população de usuários de fisioterapia, mostrando correlação entre os fatores avaliados, ou seja, a qualidade de vida é influenciada pelo estilo de vida e vice-versa, mesmo que os fatores façam parte de dois questionários distintos. Através deste estudo, percebeu-se que o fator “exercício físico intenso” obteve respostas que evidenciam uma população sedentária, portadoras de patologias reumáticas e que têm poucas horas de sono. Em contrapartida, os usuários relataram uma boa percepção de QV, de saúde geral e de sono.

De uma forma geral obteve-se escores moderados para QV e EV, porém, em certas questões, houve discordâncias entre o que é praticado e o que é sentido pelo indivíduo. Não são evidentes quais os motivos desta diferença, fazendo-se necessárias novas pesquisas na área para elucidar e aprofundar estes questionamentos além de pesquisas com tempo de coleta de dados maiores.

Salienta-se, ainda, que pesquisas deste modelo são importantes para análises de populações a fim de se formular estra-

tégias preventivas e de educação em saúde para os usuários, tornando-os agentes ativos aos próprios cuidados.

Referências

1. Guiselini M. Aptidão física, saúde e bem estar: fundamentos teóricos e exercícios práticos. 2ªed. São Paulo: Phorte; 2006.
2. WHO - World Health Organization. Constitution of the WHO. Chronicle of the WHO 1947(3).
3. Brasil. Ministério da Saúde - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2003.
4. WHO - World Health Organization. The World Health report 1998 – life in the 21st century: a vision for all. Geneva: World Health Organization; 1998.
5. Dutton M. Fisioterapia Ortopédica: exame, avaliação e intervenção. Porto Alegre: Artmed; 2006.
6. Myers T. Trilhos anatômicos: meridianos miofasciais para terapias do movimento. São Paulo: Manole; 2003.
7. Nieman DC. Exercício e saúde. São Paulo: Manole; 1999.
8. Campos GWS. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciênc Saúde Coletiva 2000;5(2):219-30.
9. Gallahue DL. Compreendendo o desenvolvimento motor. Bebês, crianças, adolescentes e adultos. São Paulo: Phorte; 1989.
10. OMS. Organização Mundial da Saúde. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL). Porto Alegre: UFRGS; 1998.
11. Agne J. Eu sei eletroterapia. Santa Maria: Orium; 2009. 400p.
12. WHO. World Health Organization. The World Health Report 1998 – life in the 21st century: a vision for all. Geneva: World Health Organization; 1998.
13. Añez CR, Reis RS, Petroski EL. Versão brasileira do questionário de estilo de vida: tradução e validação para adultos. Arq Bras Cardiol 2008;91(2):102-9.
14. Brito DMS. Qualidade de vida e hipertensão arterial. Cad Saúde Pública 2008;24(4):933-40.
15. Matos AP, Souza CM. Estilo de vida, percepção de saúde e estado de saúde em estudantes universitários portugueses: influencia da área de formação. Int J Clin Psychol 2006;6(3):647-63.
16. Baumann C, Erpelding ML, Régat S, Collin JF, Briançon S. Le questionnaire de qualité de vie WHOQOL-BREF : valeurs de références françaises des dimensions santé physique, santé psychologique et relation sociale. Revue d'Epidemiologie et de Santé Publique 2009;58:33-9.
17. Alexandre TS, Cordeiro RC, Ramos LR. Factors associated to quality of life in active elderly. Rev Saúde Pública 2009;43(4):613-21.
18. Santos FS, Neto JSL, Ramos JCL, Soares FO. Perfil epidemiológico dos atendidos pela fisioterapia no Programa Saúde e Reabilitação na Família em Camaragibe, PE. Fisioter Pesq 2007;14(3):50-4.
19. Fernandes RMF. O sono normal. Medicina (Ribeirão Preto) 2006;39(2):157-68.
20. Rudiger D. Guia do sono saudável: dicas para adormecer, dormir e acordar melhor. São Paulo: Cultrix; 2008.
21. Boog MCF. Educação nutricional: por que e para quê? J Unicamp 2004(260).
22. Soares TM. Estilo de vida e postura corporal em idosas [Dissertação]. Florianópolis: UFSM; 2002.

23. Campos MA. Musculação: diabéticos, osteoporóticos, idosos, crianças, obesos. Rio de Janeiro: Sprint; 2001.
 24. Guedes DP. Treinamento personalizado em musculação. São Paulo: Phorte; 2008.
 25. Robergs A, Robert O. Princípios fundamentais da fisiologia do exercício: para aptidão, desempenho e saúde. São Paulo: Phorte; 2002.
 26. ACSM. Recursos para o personal trainer. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
 27. Bruhl S, Chung OY. Interactions between the cardiovascular and pain regulatory systems: an updated review of mechanisms and possible alterations in chronic pain. *Neurosci Biobehav Rev* 2004;28:395-14.
 28. Umeda M, Lauren W, Newcomb LD, Ellingson K. Examination of the dose-response relationship between pain perception and blood pressure elevations induced by isometric exercise in men and women. *Biol Psychol* 2010;85(1):90-6.
 29. Toscano JJ, Oliveira AC. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. *Rev Bras Med Esporte* 2009;5(3):169-173.
 30. Pisinger C, Toft U, Aadahl M, Glümer C, Jørgensen T. The relationship between lifestyle and self-reported health in a general population. The Inter99 study. *Preventive Medicine* 2009;49:418-23.
-