



ENEPEX

ENCONTRO DE ENSINO,
PESQUISA E EXTENSÃO

8° ENEPE UFGD • 5° EPEX UEMS

LIGA DE HUMANIZAÇÃO E ÉTICA PROJETO BEM-ME-QUER – CACES

2014

Emerson Henklain Ferruzzi¹; Guilherme de Freitas Bezerra²; Camila Akemi Yamashiro Koike²; Mi Ye Marcaida Olimpio²

¹ Prof Me. Orientador do Projeto Bem-me-Quer

² Acadêmicos– UFGD; Bolsistas de extensão

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Projeto Bem-me-Quer é um projeto de extensão criado em 2007 pelo CACES – Centro Acadêmico Camilo Ermelindo da Silva – Medicina-UFGD. **OBJETIVO:** Tem como meta a humanização dos serviços de atendimento da saúde pública. **DESENVOLVIMENTO:** Composto por voluntários divididos em três núcleos: Contadores de Histórias, Palhaços e Músicos, que visitam aos finais de semana o Hospital Universitário, o Lar de Crianças Santa Rita, o Pronto Atendimento Médico de Dourados e o Lar do Idoso para interagir com os pacientes e funcionários das instituições. Esse trabalho voluntário é realizado por acadêmicos da UFGD e UEMS. **RESULTADOS:** Observa-se a melhora na recuperação e esperança no tratamento dos pacientes institucionalizados, além dos benefícios nas relações e no ambiente de trabalho dos profissionais de saúde. **CONCLUSÃO:** O projeto procura levar um atendimento de saúde humanizado, considerando todos os aspectos biopsicossociais do ser humano.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização, Saúde, Voluntariado.

INTRODUÇÃO

As razões de um projeto de humanização hospitalar podem ser devido a diversas problemáticas, tais como o homem contemporâneo e seus valores, a sociedade brasileira e a situação dos hospitais públicos. (CEMBRANELLI, 2003). Pode-se falar, hoje, até mesmo em uma crise de humanismo. (PESSINI, 2007). Com o desenvolvimento tecnológico na Medicina, as singularidades emocionais, culturais e sociais dos pacientes ficaram em segundo plano e a doença se tornou um objeto do saber científico, desumanizando o ato médico. Somando a isso, as transformações na formação médica, cada vez mais especialista, tem corroborado para a atual situação (MARTINS, 2007).

Nota-se em meio a hospitais e clínicas uma preocupação exacerbada de toda a equipe multiprofissional envolvida nos mais variados processos com o diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças e diversos males do corpo. Contudo, grande parte deles se esquece do principal ponto a ser analisado: o portador dessas queixas. Não se deve negar a inviolabilidade dos votos da saúde para com a cura, mas o bem-estar do paciente é um ponto chave a ser analisado de perto. O puro entendimento – por análise – do ser humano atendido pode, subitamente, servir de justificativa para algumas reações e atos relativos a todos os presentes no meio hospitalar. Isso ocorre por viver-se uma sociedade secularizada sobre a qual não importa o sofrimento que não seja claro ou facilmente abrandado com algum meio racional. (PESSINI, 2005).

Dessa forma, o emprego de uma mentalidade voltada a humanizar o meio pelo simples buscar compreender o paciente e sanar algumas de suas necessidades emocionais se mostra uma saída deveras efetiva. Definindo o “humanizar”, tem-se uma entrega psicológica de um ser em favor de outro que esteja sob cuidados físicos hospitalares. Isso porque, como já explicitado, a parte psíquica e interpretativa daqueles repousados sobre os leitos é bastante abalada durante as internações e permanência no

hospital. A partir daí, busca-se aliviar a ansiedade e impulsividade por meio de ações integradoras que servem para tirar a atenção da dura realidade vivida (BACKES, 2006).

Na verdade, trata-se de uma profunda interação psicológica entre ambas as partes, de quem atinge e de quem é atingido. Caso fosse diferente, o único afetado seria o paciente, algo que não ocorre. O interventor é pesadamente tocado em sua emotividade. Talvez pelo fato de fazer alguém sorrir, ou chorar, ou ficar encabulado. E isso toca um lado pouco exaltado no ser humano moderno: o altruísmo. E isso faz interagir pessoas a favor de um bem comum e de orientação una e devidamente objetiva (BACKES, 2006).

Para ampliar os programas de humanização dentro dos hospitais, projetos acadêmicos, em consideráveis valores numéricos, tem se implantado de forma voluntária por todo o Brasil, levando equipes multiprofissionais a interagir e conseguir resultados bastante satisfatórios nesse âmbito. A exemplo, destaca-se o Projeto Bem-Me-Quer de Dourados. Foi uma iniciativa do Centro Acadêmico Camilo Ermelindo da Silva – CACES –, do curso de medicina da UFGD (Universidade Federal da Grande Dourados), juntamente com a diretoria do Hospital Universitário da UFGD. É uma ação que vem desde o ano de 2007 e é efetivado por acadêmicos da UFGD e UEMS em três núcleos de trabalho: Palhaço, Contação de Histórias e Música, sempre visando, independente do meio de atuação, a transformação do ambiente hospitalar em algo menos hostil e mais interativo. É uma necessidade do cuidado a preocupação com o bem-estar e dignidade, e busca-se, dessa forma, sanar essas hipóteses.

Há, na literatura, vários projetos semelhantes, cujo expoente seria o Doutores da Alegria®. Todos eles seguem, basicamente, a mesma metodologia de abordagem e obtêm resultados muito parecidos. Uma conclusão básica é a simples ideia de que nenhum paciente sente prazer em estar confinado ao hospital. Assim, a intenção de facilitar o convívio com esta etapa necessária, aliviando a ansiedade em partes e de fazer fluir o tratamento por um incremento na disposição de recuperação do internado tem seu alvo atingido (DE CASTRO, 2007).

Dessa forma, o objetivo deste projeto de pesquisa seria quantificar a efetividade desta intervenção na vida do paciente por meio da aplicação de testes psicológicos em pacientes adultos internados. Muito dos materiais técnicos analisados sobre este ponto é baseado em notificações puramente subjetivas por parte de quem analisa os resultados. Assim, para uma análise mais objetiva, propõe-se uma intervenção a modos de traduzir em cifras numéricas toda e qualquer melhora no quadro clínico emocional do paciente.

Buscar-se-á, desta forma, mensurar racionalmente a profundidade atingida pelos integrantes da intervenção na psique dos pacientes analisados.

Vários fatores corroboraram para a introdução do conceito de qualidade de vida (QV) na área de saúde: o progresso tecnológico da medicina e ciências da saúde; a consequente mudança no padrão epidemiológico das doenças, com o destaque para as patologias crônicas e; as críticas ao modelo hegemônico na assistência à saúde, onde o ser humano é um organismo a ser consertado e não um ser biopsicossocial (SIQUEIRA, 2005).

Considerações de Calman (1984) sobre qualidade de vida referem-se à avaliação da lacuna entre as expectativas do paciente e suas realizações, quanto maior a lacuna, pior a qualidade de vida. Anderson et al. (1996) usaram o termo qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS) como a influência do tratamento de determinada doença – assim como as morbidades inerentes a ela – na qualidade de vida, dessa forma, excluíram as condições não médicas para esse termo.

Guyatt et al. (1997) descreveram longevidade, prevenção de futura morbidade e melhora do bem-estar como razões para o tratamento de pacientes, as duas primeiras são de fácil avaliação, a terceira mostrou-se de difícil mensuração através de exames laboratoriais. Por isso, mencionam a medida direta dessa questão de suma importância, ao verificar como as pessoas se sentem e como elas podem atuar nas atividades diárias, levando em consideração aspectos como finanças e qualidade ambiental.

A qualidade de vida é um conceito de caráter multidimensional, apresentando domínios relativos à saúde física, relacionamento social, características ambientais, estado psicológico, níveis de independência e padrão espiritual, sem fazer referência a disfunções ou agravos (COSTA, 2008; SEIDL & ZANNON, 2004).

Teixeira-Salmela et al. (2005) designaram o termo QVRS com objetivos mais gerais, apresentando caráter multidimensional, com no mínimo três medidas: física, emocional e social. No tocante à relação entre as enfermidades ou às intervenções em saúde, faz-se necessário foco nesses aspectos para analisar a interferência na qualidade de vida (SEIDL & ZANNON, 2004; SIQUEIRA, 2005; STUDENSKI ET AL., 2005; SUENKELER ET AL., 2002).

Dentre os objetivos do projeto está alcançar as transformações possíveis no ambiente hospitalar através da humanização, a começar pelo próprio acadêmico, tanto do curso de Medicina, quanto de outros cursos da UFGD e da UEMS.

Além disso, o acadêmico estará envolvido com um trabalho voluntário e

contemplando os benefícios dos trabalhos solidários. Desta forma, além de atingir o público-alvo, este projeto se propõe a transcender a noção de solidariedade entre os estudantes e semear a responsabilidade social entre os acadêmicos de várias áreas, médicos, enfermeiros, acompanhantes e pacientes.

Levando em consideração as alterações psicológicas, emocionais e sociais acarretadas com o processo de hospitalização e institucionalização, as sensações de medo e desamparo, e a criação de estresses e traumas; o projeto tem por objetivo reduzir estes efeitos através de momentos alegres e divertidos, utilizando como ferramentas uma metodologia lúdica. Assim, pretende-se alterar, positivamente, tais ambientes e atingir, não somente os pacientes, mas também seus familiares, que também sofrem com a enfermidade de seu parente, além de envolver profissionais de saúde que estão envolvidos no processo de cuidar.

Mais um objetivo do projeto é melhorar a relação profissional de saúde-paciente através da presença do acadêmico que se apresenta com trajes coloridos, maquiagem e jaleco branco, modificando a imagem do médico e demais profissionais da saúde, fazendo uma associação positiva e alegre destes, resultando num relacionamento em que os pacientes desenvolvem maior confiança e melhor comunicação com a equipe de saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

O Projeto é regulamentado por regimento interno, o qual nomeia uma coordenação composta por três acadêmicos. Além de normatizar as condutas dos participantes, o regimento interno estipula a frequência obrigatória de 100% nas oficinas preparatórias e visitas às instituições, sendo o controle feito por livros-ata.

Inicialmente serão realizados planejamento e divulgação da prova de seleção para novos membros do projeto durante os meses de Maio e Setembro, via cartazes distribuídos em todos os prédios das Universidades UFGD e UEMS, além de cartazes on-line nas redes sociais, sites institucionais, mídia eletrônica, rádio, jornal impresso e palestras para os calouros na semana de recepção.

A prova será realizada na segunda semana do mês de Março, com metade da nota sendo de prova escrita, com questões de humanização, trabalho voluntário, discussão sobre a conduta perante determinadas situações hipotéticas e questões específicas para cada uma das três áreas. A outra metade da nota será por avaliação de

desempenho prático, sendo constituídas bancas avaliadoras específicas, compostas de professores e integrantes veteranos para cada núcleo, com no mínimo três profissionais idôneos da área de Palhaço, Música e Contação de Histórias. Serão aprovados 50 acadêmicos, além de 10 selecionados para lista de espera. A divulgação do resultado será via site da UFGD e e-mail dos aprovados após duas semanas.

A partir da segunda semana de Maio, será realizada a oficina de capacitação específica ministrada por profissionais com experiência nas áreas de Letras, Música e Artes Cênicas, somando 45 horas. Receberão ainda palestras de humanização e biossegurança antes do início das visitas. Para o acadêmico compor o grupo necessitará 100% de frequência em tais atividades. As oficinas para preparação de Palhaço, Música e Contação de Histórias são realizadas antes do contato com o público-alvo e também ao longo do ano.

A preparação consiste em: Oficinas de voz, narrativa, interpretação e artes plásticas para o núcleo de Contação de Histórias. Para o núcleo de Palhaço inclui: técnica de improviso, encenação e expressão corporal. Por fim, para o núcleo de Música, inclui: técnica de narrativa e voz, ritmo, percussão, musicoterapia e enredo. Além da preparação para a prática de todos os núcleos, objetiva-se construir uma consciência de grupo, de união e de estreitamento das relações humanas entre os acadêmicos. Somos um grupo que pretende alcançar um objetivo principal: a Humanização do atendimento de saúde.

Os encontros dos acadêmicos ocorrerão aos sábados, no período das 13h00min às 17h30min, sendo que a visita se inicia às 14h30min, após preparação.

No HU os acadêmicos começam sua preparação para a visita com caracterização do personagem utilizando a maquiagem e adereços disponíveis nos armários do vestiário de funcionários. A seguir realizam alongamento e aquecimento, com discussão sobre a atividade a ser realizada e seleção do material para as histórias escolhidas para o dia. Os grupos se dividem para ala adulta e pediátrica e visitam leito a leito cada paciente. Um integrante em cada grupo é responsável pela elaboração do relatório de visita.

No Lar de Crianças Santa Rita, os acadêmicos iniciam a visita através da caracterização dos integrantes e preparação dos materiais a serem utilizados. A instituição consiste em três casas, cada uma com dois quartos, uma sala, uma cozinha, dois banheiros e uma sala, abrigando em torno de dez crianças e um casal de funcionários responsáveis pelos cuidados das mesmas. A visita será realizada nas casas

separadamente, com uma duração de uma hora em cada uma. Ao final da visita, um dos integrantes ficará responsável pela elaboração do relatório e envio para os demais participantes do projeto.

No PAM, os acadêmicos iniciam com a caracterização e separação dos contos e músicas. As visitas ocorrerão nos prédios de pronto atendimento pediátrico, pronto atendimento adulto e nos dois quartos com seis leitos cada. A interação será de uma hora em cada um desses três setores. Ao final da visita o grupo se reunirá e discutirá questões que constarão no relatório.

Além das visitas, ocorrem reuniões de planejamento das atividades para conexão do grupo. Acontecem em torno de dez reuniões ordinárias no decorrer do ano para troca de experiências e organização do trabalho. São realizadas, também, supervisões das atividades práticas com psicólogos que darão apoio psicológico aos acadêmicos. Em todos os relatórios elaborados após as visitas constam informações sobre o número de pacientes visitados, os recursos utilizados, observações, experiências e conclusões do grupo.

São imprescindíveis para as discussões sobre humanização, as aulas com todos os núcleos, de periodicidade mensal. Elas visam levantar temas como trabalho voluntário, humanização, ética, biossegurança, o trabalho do palhaço, contador de histórias, músico, as interações com a população indígena – que requer todo um preparo diferenciado, visando respeito e efetiva interação com a cultura deles.

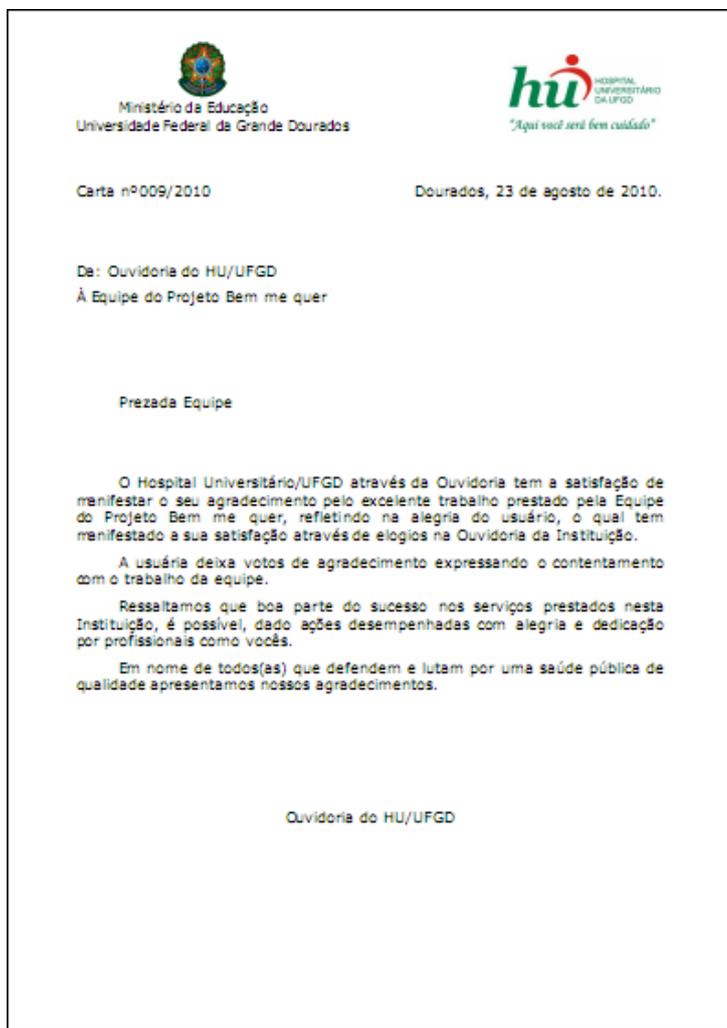
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo o Dr. Martin Nasch, médico do Babies Hospital de Nova Iorque, uma criança contente e alegre responde muito melhor ao tratamento. Wellington Nogueira, participante dos Doutores da Alegria®, relata que todas as crianças hospitalizadas têm pelo menos uma coisa em comum: todas queriam estar fora do hospital, brincando, como uma criança normal. A apresentação do palhaço como médico no hospital, usando avental branco por cima de seu traje, melhora a relação do médico com o paciente, pois o associa a uma imagem positiva e divertida. O que se procura com este tipo de trabalho então, é melhorar um pouco a qualidade de vida das crianças hospitalizadas, levando estímulo de alegria e vida, auxiliando na recuperação e reduzindo o estresse e melhorar a comunicação da equipe hospitalar com o paciente (DE CASTRO, 2007).

Ainda analisando os resultados fisiológicos deste tipo de trabalho nos

pacientes, o riso pode contribuir para baixar o nível de estresse devido a diminuição do nível de cortisol e adrenalina. Pode ainda auxiliar na circulação sanguínea, na oxigenação dos tecidos, fortalecendo o coração, os pulmões e o sistema imunológico. O bom humor relaciona-se com um nível maior de endorfinas na circulação, uma substância secretada pelo sistema nervoso e atuante no equilíbrio entre o tônus vital e a depressão (PASTORE, POLES, 2001; LAWSON, 1998 apud OLIVEIRA 2007).

Em 2010, o Projeto recebeu uma carta da ouvidoria do Hospital Universitário agradecendo pelo excelente trabalho realizado durante as visitas, tendo em vista que uma das pacientes que havia recebido a visita dos integrantes do projeto fez um agradecimento formal ao hospital.



Alguns integrantes do Núcleo do Palhaço durante as visitas:



Alguns integrantes do Núcleo de Contação de Histórias durante as visitas:



Alguns integrantes do Núcleo de Música durante as visitas:



CONCLUSÕES

É difícil mensurar o alcance da presença do acadêmico “palhaço médico”, músico ou contador de histórias no hospital ou outras instituições visitadas pelo cunho subjetivo do trabalho. Porém, é possível avaliar os resultados no ambiente e no público-alvo, através da alteração de humor. Pelas análises dos acadêmicos participantes e da equipe hospitalar, somada à recepção e aceitação dos pacientes, acompanhantes e visitantes, pode-se concluir que o projeto aumentou o bem-estar geral dos pacientes nas suas ações. A redução do estresse sofrido com a doença e internação hospitalar foi averiguada pela interação dos pacientes e acompanhantes com os acadêmicos, correspondendo à metodologia lúdica, resultando em sorrisos e troca de experiências.

No ano de 2010 recebemos do Hospital Universitário, via Ouvidoria, carta de homenagem, referindo nosso projeto como exemplo de ações que fazem do Hospital um referencial em humanização. 'Prezada Equipe, O Hospital Universitário/UFGD através da Ouvidoria tem a satisfação de manifestar o seu agradecimento pelo excelente trabalho prestado pela Equipe do Projeto Bem me quer, refletindo na alegria do usuário, o qual tem manifestado a sua satisfação através de elogios na Ouvidoria da Instituição.

A usuária deixa votos de agradecimento expressando o contentamento com o trabalho da equipe. Ressaltamos que boa parte do sucesso nos serviços prestados nesta Instituição, é possível, dado ações desempenhadas com alegria e dedicação por profissionais como vocês. Em nome de todos(as) que defendem e lutam por uma saúde pública de qualidade apresentamos nossos agradecimentos.'

A equipe de execução avaliará a ação através da análise dos benefícios conseguidos com a metodologia utilizada dentro do Hospital Universitário. Além disso, os participantes deste trabalho produzem semanalmente relatório das atividades intra-institucionais desenvolvidas, no qual a análise dos resultados é atualizada.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, R.T.; AARONSON N.K.; BULLINGER, M. et al. A review of the progress towards developing health-related quality-of-life instruments for international clinical studies and outcomes research. *Pharmacoeconomics*. 1996; 10(4):336-55.

AYDEMIR, O.; OZDEMIR, C.; KOROGLU, E. The impact of co-morbid conditions on the SF-36: A primary-care-based study among hypertensives. *Arch. Medical Research*, v.36, p.136-141, 2005.

BACKES, Dirce Stein; LUNARDI, Valéria Lerch and LUNARDI FILHO, Wilson D. A humanização hospitalar como expressão da ética. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2006, vol.14, n.1, pp. 132-135. ISSN 0104-1169.

BENEVIDES, R. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? *Psicol Soc*. 2005;17(2):21-5.

CALMAN, K.C. Quality of life in cancer patients – an hypothesis. *J. Med. Ethics*. 1984; 10 (3): 124-7.

CATHOLIC HEALTH ASSOCIATION OF THE UNITED STATES. Care of the dying: a catholic perspective. St. Louis: The Association, 1993, p.27-39.

CATHOLIC HEALTH ASSOCIATION OF THE UNITED STATES. Op. cit. 1993, 28-

CAVALHEIRO, E. Doença ou doente?[Editorial]. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 9 (2): 117-123, abr./jun., 2009.

CICONELLI, Rozana Mesquita et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Revista Brasileira de Reumatologia, v. 39, n. 3, p. 143-50, maio/jun., 1999.

COSTA, I.M.P de F. A qualidade de vida de pacientes sobreviventes de acidente vascular encefálico. Dissertação de Mestrado. Universidade Tiradentes. Aracaju, 2008.

DE CASTRO, C. R. Relações públicas para alegrar crianças tristes. Itaú seguros, 1997. Acesso: 19 dezembro 2007.

FOUCAULT, M. Microfísica do poder. 8ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.p.101.

FRANÇANI, G. M. et al. Prescrição do dia: Infusão de alegria. Utilizando a arte como instrumento na assistência à criança hospitalizada. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 6, n. 5, 1998.

GONZAGA, M.L.de C.; ARRUDA, E.N. Fontes e significados de cuidar e não cuidar em hospital pediátrico. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 6, n. 5, p. 17-26, 1998.

GUYATT, G.H.; NAYLOR, C.D.; JUNIPER, E. et. Al. User`s guides to the medical literature. XII. How to use articles about health-related quality of life. Evidence-based Medicine Working Group. JAMA. 1997; 277 (15): 1232-7.

GUYATT, G.H.; FEENY, D.H.; PATRICK, D.L. Measuring health-related quality of life. Ann Intern Med. 1993; 118(8): 622-9.

MARTINS, M. C. F. N. Humanização na Saúde. Relação médico-paciente no microscópio, 2001. Acesso em 15 dezembro 2007.

MARTINS (2001), MAZZETTI (2005) apud MOTA, R.A.; MARTINS, C. G. M.; VÉRAS, R. M. Profissionais de saúde frente à humanização hospitalar. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-330, 2006.

MOTA, J.F.; NICOLATO, R. Qualidade de vida em sobreviventes de acidente vascular cerebral – instrumentos de avaliação e seus resultados. *J. Bras. Psiquiatr.*,v.57, n.2, p.148-156, 2008.

MOTA, R.A.; MARTINS, C. G. M.; VÉRAS, R. M. Profissionais de saúde frente à humanização hospitalar. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-330, 2006.

MOURA (1991) apud CAMON, V. A. A. O imaginário e o adoecer. Um esboço de pequenas grandes dúvidas. In: *E a psicologia entrou no hospital*. Pioneira Psicologia, p. 183, 1996.

OLIVEIRA, M.R de.; ORSIN, M. Escalas de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros após acidente vascular encefálico. *Rev. Neurocienc.*, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. O alívio da dor do câncer. 2ª ed. Brasília. Ministério da Saúde: Instituto Nacional do Câncer (INCA), 1997.

PASTORE; POLES (2001); LAWSON (1998) apud OLIVEIRA, C. E. A alegria é o resultado de uma comunicação bem-sucedida. Acesso: 19 dezembro 2007.

PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. *Bioética*, Brasília, Conselho Federal de Medicina vol. 10 (2): 51-72. Acesso em 18 dezembro 2007.

PESSOTTI, I. A formação humanística do médico. *Medicina*, Ribeirão Preto, n.29, p.440-448, 1996.

SALGUEIRO, J.B.; RAMOS, M.Z.; FALK, M.L.R. et. Al. Avaliação das ações humanizadoras desenvolvidas na pediatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Rev.*

HCPA 2007; 27(2):5-9.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.580-588, mar./abr. 2004.

SIQUEIRA, S.M de F. O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionado à saúde de pacientes hipertensos. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

STUDENSKI, S.; DUNCAN, P.W.; PERERA, S.; REKER, D.; LAI, S.M.; RICHARDS, L. Daily functioning and quality of life in a randomized controlled trial of therapeutic exercise for subacute stroke survivors. Stroke, v.36, p.1764-1770, 2005.

SUENKELER, I.H. et al. Timecourse of health-related quality of life as determined 3, 6 and 12 months after stroke. Relationship to neurological deficit, disability and depression. J. Neurol., v.249, n.9, p.1160-1167, 2002.

TEIXEIRA-SALMELA, L.F. et al. Treinamento físico e destreinamento em hemiplégicos crônicos: impacto na qualidade de vida. Rev. Bras. Fisioter., v.9, n.3 p.347-353, 2005.

WARE, J.F.; SHERBOURNE, C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med. Care, 1992; 30 (6): 473-83.