



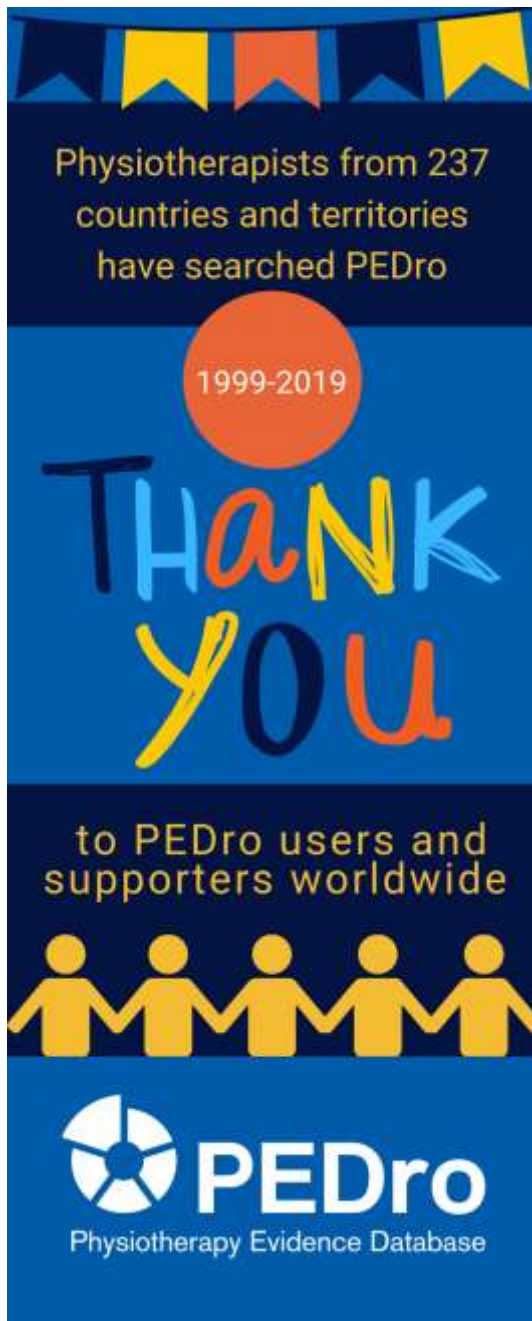
A. Atualização do PEDro (8 de Outubro de 2019)

O PEDro possui 44.926 registros. Na última atualização do dia 8 de Outubro de 2019 você encontrará:

- 35.088 ensaios clínicos (34.278 com avaliação da qualidade metodológica pela escala PEDro confirmada)
- 9.182 revisões sistemáticas
- 656 diretrizes de prática clínica.

A última atualização do PEDro já está disponível (8/10/2019). Acesse [Evidência no seu e-mail](#) para as mais recentes diretrizes de prática clínica, revisões sistemáticas e ensaios clínicos.

B. PEDro celebra 20 anos informando fisioterapeutas – muito obrigado pelo seu apoio



Outubro de 2019 marca o vigésimo aniversário do PEDro. Há vinte anos o PEDro vem oferecendo a fisioterapeutas ao redor do mundo acesso facilitado à pesquisa clínica de alta qualidade para que clínicos possam tratar seus pacientes efetivamente e com segurança. Estamos orgulhosos pelo impacto que geramos na prática clínica de fisioterapeutas ao redor do mundo, e gostaríamos de agradecer a todos os usuários e apoiadores.

O PEDro foi criado em 1999, 4 anos após o lançamento da Cochrane Database of Systematic Reviews, quando a prática baseada em evidências ainda estava em processo embrionário. Desde então, o PEDro foi utilizado para responder mais de 24 milhões questões clínicas. Estas buscas foram realizadas por fisioterapeutas de 218 países e territórios. No topo dos usuários do PEDro de acordo com país, o Brasil está em primeiro lugar (23%), seguido dos Estados Unidos (9%), Espanha (8%), Austrália (7%) e França (5%).

O crescimento exponencial do número de ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas e diretrizes de prática clínica avaliando intervenções em fisioterapia vem sendo monitorado pelo PEDro. Quando de seu lançamento em 1999, apenas 600 artigos estavam anexados ao PEDro. Na atualização de outubro de 2019, o PEDro registrou

cerca de 45.000 artigos – e nossas previsões indicam que o número de artigos irá dobrar nos próximos 6 anos.

Para celebrar os 20 anos informando a prática clínica de fisioterapeutas, o PEDro está realizando uma enquete para identificar os 5 melhores ensaios clínicos randomizados publicados entre 2014 e 2019 e lançando uma base de dados que indexará estudos e revisões sistemáticas de testes de acurácia diagnóstica para fisioterapeutas (DiTA). O website do PEDro também será atualizado em breve.

C. O top 5 ensaios clínicos randomizados entre 2014-2019 será anunciado em novembro de 2019



Para celebrar o vigésimo aniversário do PEDro, estamos realizando uma enquete para identificar os ensaios clínicos randomizados para a prática clínica de fisioterapeutas publicados entre 2014 e 2019. Estes estudos serão adicionados à lista dos 15 melhores ensaios clínicos que foram identificados durante as

comemorações dos 15 anos do PEDro, no ano de 2014.

Muito obrigado a todos os usuários do PEDro que indicaram um ensaio clínico randomizado. Um painel independente de pesquisadores especializados em ensaios clínicos randomizados está atualmente trabalhando para determinar os 5 estudos que serão nominados no top 5. O resultado será anunciado em novembro de 2019.

Para dar a você uma breve demonstração do que esperar, nós produzimos um vídeo curto para um dos [15 melhores ensaios clínicos publicados antes de 2014](#). O estudo foi liderado por Olsen e utilizou um desenho do tipo 'cluster' para avaliar os efeitos do exercício na prevenção de lesões de membro superior em atletas jovens. Este ensaio clínico foi nominado por ser um dos um ensaio clínico antigo, mas que ainda permanece sendo um dos melhores de todos os tempos, e pioneiro no estudo das lesões e prevenção de lesões relacionadas ao esporte. O estudo encontrou que programas estruturados de aquecimento podem prevenir lesões do joelho e tornozelo em atletas jovens.

Olsen OE, et al. Exercises to prevent lower limb injuries in youth sports: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2005;330(7489):449-455

Leia mais no [PEDro](#).

D. DiTA, a base de dados de testes de acurácia diagnóstica em fisioterapia produzida pelo PEDro



O PEDro está muito feliz em anunciar o lançamento de uma nova base de dados – a [DiTA \(Diagnostic Test Accuracy\)](#). Esta base de dados indexará artigos avaliando a acurácia diagnóstica de testes diagnósticos utilizados por fisioterapeutas.

DiTA foi desenvolvida para facilitar o acesso a informações a respeito da acurácia diagnósticas de testes utilizados por fisioterapeutas para clínicos, pesquisadores e pacientes. DiTA foi construída utilizando a mesma plataforma do PEDro. Diferentemente do PEDro, que indexa estudos avaliando os

efeitos de intervenções em fisioterapia (ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas, e diretrizes de prática clínica), DiTA indexará evidência (estudos originais e revisões sistemáticas) de acurácia diagnóstica para testes relevantes em fisioterapia. Tal qual o PEDro, DiTA será de livre acesso e, assim esperamos, de fácil uso.

O website da DiTA terá três elementos principais: BUSCAR, PROCURAR e APRENDER. Em breve você poderá realizar buscas na DiTA para responder à sua pergunta clínica. Estamos trabalhando duro para finalizar sua interface online.

Em breve você poderá PROCURAR os artigos mais recentes na DiTA. Este processo funcionará de modo semelhante ao PEDro *evidência no seu email* - você poderá se inscrever para receber os estudos mais recentemente indexados à DiTA. A opção de registrar para receber notificações da [DiTa no seu email](#) já está disponível.

Você poderá APRENDER mais sobre acurácia diagnóstica em fisioterapia com os tutoriais disponíveis na DiTA. Dois tutoriais já estão disponíveis: “Este estudo é válido?” e “Como eu posso utilizar evidências de acurácia diagnóstica?”.

Se você estiver interessado em ler mais sobre a DiTA, um editorial trazendo maiores informações foi recentemente publicado no *Journal of Physiotherapy*.

[Kaizik MA, et al. DiTA: a database of diagnostic test accuracy studies for physiotherapists. *J Physiother* 2019;65\(3\):119-120](#)

E. #MyPTArticleOfTheMonth – como ler um estudo de acurácia diagnóstica?

A lógica de estudos de acurácia diagnóstica é simples. Nestes estudos, uma amostra da população da qual suspeita-se possa possuir uma determinada condição de saúde é avaliada com o teste de diagnóstico de interesse (chamado de “teste índice”). Estas mesmas pessoas também são submetidas a um teste que é considerado válido para mensurar a condição de interesse – o qual é chamado de “teste referência”, “padrão de referência, ou às vezes, de “padrão ouro”. Como se pressupõe que o teste referência é acurado, o teste índice é considerado acurado se ele produzir os mesmos resultados do teste referência. O grau de concordância entre o teste índice e teste referência indica a medida de acurácia do teste índice.

Ao ler um estudo de acurácia diagnóstica, portanto, você deve prestar atenção em algumas características que sugiram que o estudo provê informações confiáveis a respeito da acurácia diagnóstica do teste. Faça três perguntas:

1. O teste referência é suficientemente acurado?
2. O teste índice foi realizado e interpretado sem que se possuísse informações a respeito do teste referência?
3. O estudo foi conduzido em pessoas para as quais havia incerteza em relação ao diagnóstico?

Para saber mais a respeito de como ler e interpretar um estudo de acurácia diagnóstica, visite os [tutoriais na DiTA](#).

Sua habilidade em ler resultados de artigos científicos vai melhorar quanto mais você praticar. Comprometa-se em ler ao menos um artigo por mês e compartilhe com a comunidade mundial de fisioterapeutas utilizando a hashtag #MyPTArticleOfTheMonth.

F. #MyPTArticleOfTheMonth – o que Kari Bø está lendo?



Kari Bø é Professora e cientista na área do exercício na Norwegian School of Sport Sciences em Oslo, Noruega. Ela publicou mais de 270 artigos científicos nas áreas de incontinência e saúde da mulher (tópicos que incluem disfunções do assoalho pélvico, tratamento de incontinência urinária, dor pélvica/lombar crônica, exercício durante a gravidez e após o parto, diastase reto-abdominal, e métodos de avaliação). Kari recebeu inúmeros

prêmios internacionais, incluindo a nomeação ao top 15 ensaios clínicos do PEDro (2014), com o ensaio clínico randomizado que testou o efeito de exercícios para os músculos do assoalho pélvico; recebeu o prêmio Mildred Elson da World Confederation of Physiotherapy (2015), e o International Continence Society Lifelong Achievement Award (2016).

Kari participou da conferência anual da International Continence Society em Gotenburgo, Suécia, em setembro de 2019. Dois ensaios clínicos randomizados e um estudo observacional com follow-up longo chamaram a sua atenção.

[Dumoulin C, et al. Group physiotherapy compared to individual physiotherapy to treat urinary incontinence in older women: a non-inferiority randomized controlled trial. Apresentado no ICS 2019: Gotenburgo, Suécia; 3-6 setembro 2019.](#) (Obs: este ensaio clínico está [registrado](#) em e o protocolo foi [publicado](#) em.)

Este ensaio clínico randomizado multicêntrico de não-inferioridade comparou treinamento dos músculos do assoalho pélvico individual a treinamento em grupo em mulheres com incontinência urinária mista e

de estresse. Participantes foram submetidas a 1 sessão por semana, com duração de 1 hora, por um total de 12 semanas ou individualmente ou em grupo (participantes do treinamento em grupo realizaram uma consulta individual com fisioterapeuta antes de iniciarem as atividades). Participantes em ambos os grupos realizaram exercícios em casa, compareceram a quase 100% das sessões prescritas e completaram cerca de 86% dos exercícios domiciliares. Após 1 ano, a redução média da incontinência foi de 70% no treinamento individual e 74% no grupo treinamento em grupo. Não houve diferença entre os grupos em nenhum dos desfechos do estudo. Kari diz: “Desde que publiquei meu ensaio clínico em [1990](#), fisioterapeutas vem debatendo o efeito do treinamento individual versus em grupo. Este estudo claramente demonstra que treinamento em grupo não é inferior a treinamento individual.” Algumas vantagens do treinamento em grupo incluem o menor uso de recursos, a motivação é maior tanto para participantes quanto para fisioterapeutas, e o treinamento pode ser combinado com ações educativas e outros exercícios importantes para a saúde da mulher.

[Hagen S et al: Effectiveness and cost-effectiveness of biofeedback-assisted pelvic floor muscle training for female urinary incontinence: a multicentre randomized controlled trial. Apresentado no ICS 2019; Gotenburgo, Suécia; 3-6 setembro 2019.](#) (Nota: este ensaio clínico randomizado foi [registrado](#) e o protocolo foi [publicado](#).)

Este ensaio clínico randomizado multicêntrico de larga escala (n = 600) comparou biofeedback assistido por eletromiografia (EMG) a treinamento dos músculos do assoalho pélvico isolados em mulheres com incontinência urinária de estresse. A cada participante foram oferecidas 6 sessões individuais e individualizadas ao longo de um período de 16 semanas, além de um programa de exercícios domiciliares. Os participantes do grupo feedback assistido por EMG receberam um aparelho de biofeedback para levar para casa. Desfechos foram coletados via questionário após 6 meses, 1 e 2 anos. Não houve diferença entre os grupos em quaisquer desfechos em qualquer momento. O estudo concluiu que adicionar biofeedback ao treinamento dos músculos do assoalho pélvico não oferece benefícios em relação ao treinamento convencional isoladamente em desfechos relacionados à incontinência. Kari diz: “este estudo de alta qualidade passa uma importante mensagem para fisioterapeutas que tratam mulheres com incontinência urinária – treinamento dos músculos do assoalho pélvico é um elemento chave para o tratamento.”

[McClurg D, et al. A 10-year data-linkage follow up study of a trial of pelvic floor muscle training for prolapse. Apresentado no ICS 2019; Gotenburgo, Suécia; 3-6 setembro 2019.](#)

Este estudo realizou um follow-up de 10 anos de mulheres com prolapso dos órgãos pélvicos que participaram do estudo [POPPY](#) que comparou treinamento dos músculos do assoalho pélvico a um grupo controle (folheto contendo informações e aconselhamento sobre estilo de vida). Apenas o braço escocês do estudo (11 de 23 centros) foi incluído no follow-up. Foi realizado um procedimento de linkage dos dados do ensaio clínico com dados hospitalares e ambulatoriais do sistema de saúde. Comparado a intervenção controle, uma proporção menor de participantes do grupo que recebeu treinamento dos

músculos do assoalho pélvico receberam menos tratamentos a nível hospitalar (odds ratio ajustado 0,60 IC95% 0,36 a 0,98). O tempo mediano para estes pacientes receberem tratamento hospitalar pela primeira vez foi 3.008 dias no grupo intervenção (intervalo interquartil 589 a 3.396) comparado a 2.242 dias (628.5 a 3.279). Kari diz: “Apesar de haver evidência nível 1 demonstrando que o treinamento dos músculos do assoalho pélvico devem ser a primeira linha de tratamento de prolapso dos órgãos pélvicos, os efeitos a longo prazo da fisioterapia sempre são questionados. Os resultados deste estudo são importantes, ainda mais nos dias atuais, em que preocupações a respeito dos potenciais efeitos adversos catastróficos da cirurgia são cada vez mais questionados. Precisamos de mais fisioterapeutas treinados para oferecer tratamento baseado em evidências que envolva treinamento dos músculos do assoalho pélvico para este grupo de pacientes.”

G. O suporte ao PEDro também vem da Canadian Physiotherapy Association

Agradecemos a [Canadian Physiotherapy Association](#) por renovar a sua parceria com o PEDro por mais um ano.

H. Há concordância moderada entre metade dos itens da escala PEDro e a ferramenta de avaliação de risco de viés da Cochrane que avaliam os mesmos constructos

Dois artigos recentes avaliaram as propriedades de medida da escala PEDro. O primeiro artigo, o qual avaliou a concordância entre a escala PEDro e a ferramenta de avaliação de risco de viés da Cochrane, está resumido neste da newsletter.

A avaliação crítica do risco de viés (qualidade metodológica) é um dos cinco passos fundamentais da prática baseada em evidências. Dois instrumentos são comumente utilizados para avaliar o risco de viés de intervenções em fisioterapia – a ferramenta de avaliação de risco de viés da Cochrane (CROB) e a escala PEDro. Ao passo que ambos os instrumentos possuem diferentes metodologias de avaliação de risco de viés, eles apresentam seis itens em comum (randomização, alocação secreta, cegamento de participantes, cegamento de terapeutas, cegamento de avaliadores, apresentação incompleta dos desfechos). Até o presente momento, apenas um estudo havia realizado uma comparação direta entre as escalas PEDro e CROB em ensaios clínicos randomizados de intervenções em fisioterapia, concluindo que havia concordância baixa entre os instrumentos. O objetivo primário deste estudo foi determinar a validade convergente (nível de concordância) entre os itens individuais das escalas PEDro e CROB que avaliam constructos similares, assim como dos escores de cada instrumento. O objetivo secundário foi determinar o nível de concordância entre diferentes pontos de corte para determinar risco de viés aceitáveis entre as escalas PEDro e CROB.

Buscas foram realizadas na Cochrane Library para identificar ensaios clínicos randomizados avaliando

intervenções em fisioterapia. Para os ensaios clínicos que atingiram os critérios de elegibilidade (referenciados em revisões da Cochrane, revisão utilizou a versão 2008 da CROB), os itens da CROB foram extraídos das revisões e os itens da PEDro foram retirados do website do PEDro. Estatísticas Kappa foram utilizadas para avaliar a concordância entre os itens da CROB e PEDro que apresentavam constructos similares. O escore total do PEDro foi comparado com o resultado descritivo da CROB (% dos itens) utilizando coeficiente de correlação intraclassa). Análises de sensibilidade foram utilizadas para explorar o impacto da categoria “não claro” da CROB e variantes dos itens relacionados ao cegamento nos níveis de concordância. Testes de Kappa foram utilizados para determinar a concordância entre diferentes pontos de corte para risco de viés “aceitável” entre CROB e PEDro.

1.442 ensaios clínicos e 108 revisões da Cochrane foram incluídas na análise. A concordância foi moderada para 3 dos 6 itens das escalas CROB e PEDro que avaliaram constructos similares (alocação secreta, cegamento de participantes, cegamento de avaliadores; kappa = 0,479 a 0,582). A concordância entre os escores das escalas foi baixo (ICC = 0,285). A concordância foi mais alta quando a categoria “não claro” foi colapsada com “alto risco de viés” e quando os itens “cegamento dos participantes”, “cegamento dos terapeutas” e “cegamento dos avaliadores” foram avaliados separadamente. A concordância para diferentes pontos de corte para risco de viés aceitável foi, no máximo, razoável.

Houve concordância moderada para metade dos itens de ambas as escalas que avaliam constructos similares. A interpretação da categoria “não claro” e variantes dos itens relacionados ao cegamento no CROB influenciam substancialmente a concordância. Os autores sugerem cautela ao adotar o uso de pontos de corte para risco de viés aceitável para ambas as escalas. Ambas os instrumentos podem ser utilizados para quantificação de risco de viés, mas não podem ser utilizados intercambiavelmente.

[Moseley AM, et al. Agreement between the Cochrane risk of bias tool and Physiotherapy Evidence Database \(PEDro\) scale: a meta-epidemiological study of randomized controlled trials of physical therapy interventions. *PLoS One* 2019;14\(9\):e0222770](#)

I. Resumo das propriedades de medida da escala PEDro

Dois artigos recentes avaliaram as propriedades de medida da escala PEDro. O segundo artigo resumiu as propriedades de medida da escala PEDro, e está resumido neste da newsletter.

A escala PEDro demonstrou confiabilidade intra e inter-examinador de “aceitável” a “excelente” (índice de correlação intraclassa 0,53-0,91) para ensaios clínicos randomizados de intervenções de fisioterapia, e “excelente” confiabilidade inter-examinador (iCC 0,80-0,89) para ensaios clínicos randomizados de intervenções farmacológicas. A confiabilidade intra e inter examinador dos itens individuais da escala PEDro varia de “aceitável” a “quase perfeito” (Kappa 0,36-1,00) para ensaios clínicos de fisioterapia, e de “moderado” a “quase perfeito” (Kappa ajustado 0,51-1,00) em ensaios clínicos de intervenções

farmacológicas. A confiabilidade intra e inter examinador para o escore PEDro total e itens individuais da escala aumenta quando há consenso entre dois ou três avaliadores. Há evidência que suporte a validade de constructo da escala tanto dos itens individuais quanto do escore total. A escala PEDro é capaz de discriminar ensaios clínicos de alta e baixa qualidade. Há evidência de validade convergente, demonstrada por meio de correlações com outras ferramentas de avaliação de qualidade: a escala de Jadad ($r = 0,35$) e van Tulder 2003 (0,71) para ensaios clínicos de intervenções de fisioterapia; a ferramenta de risco de viés do Cochrane Back and Neck Group (0,51) para ensaios clínicos de intervenções farmacológicas.

Apesar de os autores destacarem que estudos com escores entre 0-4 são considerados de baixa qualidade; 4-5 são considerados de aceitável qualidade; 6-8 são considerados de boa qualidade; e 9-10 são considerados de excelente qualidade metodológica, é importante ressaltar que estas classificações ainda não foram validadas. Para ensaios clínicos randomizados avaliando intervenções complexas (por exemplo, exercício), um escore 8/10 na escala PEDro é excelente.

[Cashin AG, et al. Clinimetrics: Physiotherapy Evidence Database \(PEDro\) Scale. *J Physiother* 2019 Sep 11:Epub ahead of print](#)

J. Infográfico de revisão sistemática que demonstrou que treinamento neuromuscular reduz o risco de lesão do ligamento cruzado anterior em atletas mulheres



Uma recente revisão sistemática de 18 ensaios clínicos randomizados encontrou que treinamento neuromuscular reduz o risco de lesão do ligamento cruzado anterior em atletas mulheres jovens em 50%.

O quão benéfico é o seu programa?

- Se o programa inclui passadas unilaterais, exercícios excêntricos de força ou exercícios de panturrilha, adicione um ponto para cada (máximo 3 pontos).
- Quantos exercícios de estabilidade (ex: saltos pliométricos) são realizados por sessão? Adicione 1 ponto para cada (máximo 5 pontos)
- Adicione 1 ponto para participantes em idade escolar.
- Adicione 1 ponto se o programa é realizado durante a temporada.
- Adicione 1 ponto se a pessoa implementando o programa é treinada.



CITAÇÃO

Petushek EJ, et al. Evidence-based best-practice guidelines for preventing anterior cruciate ligament injuries in young female athletes: a systematic review and meta-analysis. *Am J Sports Med* 2019;47:1744-53



No mês passado nós resumimos a revisão sistemática de [Petushek et al.](#) Esta revisão concluiu que treinamento neuromuscular reduz a incidência de lesões do ligamento cruzado anterior em atletas mulheres. Dados da metaregressão foram utilizados para produzir um checklist para identificar as melhores escolhas de exercícios neuromusculares para esta população.

Você pode avaliar o quão benéfico os programas de prevenção de lesão que você utiliza são utilizando a ferramenta demonstrada neste infográfico. O algoritmo ilustrado no infográfico é baseado nos dados da meta-regressão realizada na revisão.

Petushek EJ, et al. Evidence-based best-practice guidelines for preventing anterior cruciate ligament injuries in young female athletes: a systematic review and meta-analysis. *Am J Sports Med* 2019;47(7):1744-53

Leia mais no [PEDro](#).

K. Revisão sistemática encontrou que intervenções baseadas na utilização de dispositivos medidores de atividade física melhora níveis de atividade física e mobilidade em idosos

Uma recente revisão sistemática visou a determinar o efeito de intervenções baseadas na utilização de dispositivos medidores de atividade física nos níveis de atividade física e mobilidade comparados a tratamento convencional ou outra intervenção relacionada à atividade física em adultos. A revisão buscou artigos em oito bases de dados e incluiu ensaios clínicos randomizados envolvendo participantes com idade superior a 60 anos. Estudos com populações saudáveis ou portadoras de alguma condição de saúde eram elegíveis. O desfecho primário foi atividade física quantificada como passos por dia e medidos por meio de um acelerômetro ou pedômetro. Outros tipos de medidas objetivas de atividade física (por exemplo, tempo de atividade moderada a intensa) ou medidas auto-reportadas de atividade física foram excluídas. Desfechos secundários incluíram mobilidade. A qualidade metodológica dos estudos foi mensurada com a escala PEDro. A qualidade da evidência foi avaliada com a GRADE.

Vinte e três ensaios clínicos randomizados totalizando 2766 participantes e publicados entre 2003 e 2017 foram incluídos. A revisão encontrou evidência de baixa qualidade que participantes que receberam intervenções com dispositivos medidores de atividade física aumentou os níveis de atividade física em 1558 passos por dia (intervalo de confiança 95% (IC 95%) 1099 a 2018) mais do que participantes nos grupos controle após a intervenção. Após 12 meses da intervenção, as diferenças entre os grupos não foram mantidas (1 ensaio clínico, 571 participantes, diferença média no número de passos 210, IC 95% -148 a 567). Há evidência de moderada qualidade de que intervenções com dispositivos medidores de atividade física melhoraram mobilidade comparadas a intervenções controle (3 estudos, 218 participantes, diferença entre as médias 0,61 IC95% 0,31 a 0,90). Meta-regressão não encontrou nenhuma diferença entre níveis de atividade física entre estudos conduzidos em populações saudáveis (9 estudos, diferença entre médias padronizada 0,61, IC 95% 0,25 to 0,96) e populações com condições de saúde (14 estudos, diferença entre médias padronizada 0,54, IC 95% 0,25 a 0,82); estudos que utilizaram acelerômetro (7 estudos, diferença entre médias padronizada 0,24, IC 95% -0,15 a 0,63) versus estudos que utilizaram pedômetros (16 estudos, diferença entre médias padronizada 0,69, IC 95% 0,45 a 0,93); estudos com tamanhos de amostra pequenos (<100 participantes) (15 estudos, diferença entre médias padronizada 0,72, IC 95% 0,45 a 0,93) versus amostras grandes (8 estudos, diferença entre médias padronizada 0,40, IC 95% 0,10 a 0,70). Em contrapartida, foi encontrada interação significativa entre duração da intervenção e tamanho do efeito do estudo. Intervenções de longa duração (igual ou superior a 12 semanas) foram superiores (18 estudos, diferença entre médias padronizada 0,47, IC 95% 0,47 a 0,93) comparadas a intervenções de curto prazo (5 estudos, diferença entre médias padronizada 0,14, IC 95% -0,26 a 0,54).

Dispositivos medidores de atividade física podem ser utilizados para aumentar os níveis de atividade física e melhorar a mobilidade em idosos saudáveis e com condições clínicas. Intervenções de longa duração são mais efetivas que intervenções de curta duração.

Oliveira JS, et al. Effect of interventions using physical activity trackers on physical activity in people aged 60 years and over: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med* 2019 Aug 9;Epub ahead of

print

Leia mais no [PEDro](#).

L. A próxima atualização do PEDro (Novembro 2019)

A próxima atualização do PEDro será na próxima Segunda-feira dia 4 de Novembro de 2019.

Proudly supported by



Copyright © 2019 Physiotherapy Evidence Database (PEDro), All rights reserved.

You are receiving this email because you opted in at our website www.pedro.org.au

Our mailing address is:

Physiotherapy Evidence Database (PEDro)
PO Box M179
MISSENDEN ROAD, NSW 2050
Australia

[Add us to your address book](#)

Want to change how you receive these emails?

You can [update your preferences](#) or [unsubscribe from this list](#)