

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
ESPECIALIZAÇÃO EM GERONTOLOGIA INTERVENTIVA**

THANARA FAGUNDES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO:
PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA PARA IDOSOS
NO CONTEXTO DOMICILIAR**

São Leopoldo

2014

THANARA FAGUNDES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO:
PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA PARA IDOSOS
NO CONTEXTO DOMICILIAR.**

Monografia apresentada como requisito para
obtenção do título de especialista em
Gerontologia Interventiva da Universidade do
Vale do Rio Dos Sinos.

Orientadora: Profa. Dr. Thais de Lima Resende

São Leopoldo

2014

RESUMO

Assim como o mundo está envelhecendo rapidamente, o Brasil também está, sendo que o crescimento da população idosa no último censo foi três vezes maior que o da população total. Assim sendo, há que se considerar esse rápido crescimento da população idosa, o aumento da longevidade e as alterações da capacidade funcional que acompanham o envelhecimento no planejamento e desenvolvimento de ações que ajudem a população idosa a se manter saudável, independente e com qualidade de vida. Especialmente para idosos a prática de atividade física bem orientada e realizada regularmente pode trazer vários benefícios físicos, psicológicos e sociais. Não obstante, há pessoas que não querem sair de casa para desenvolver qualquer tipo de atividade física, bem como há aqueles que não podem sair de casa. Para esse público uma opção seria desenvolver em sua própria residência programa de atividade física adequado às suas condições físicas e de acordo com as suas preferências. É para esse público que foi desenvolvido o presente projeto de intervenção, no qual é apresentada a proposta de um programa domiciliar de atividade física, ministrado por um profissional de Educação Física com especialização em gerontologia, com o objetivo de oferecer aos idosos uma prática delineada para as suas necessidades individuais no seu contexto domiciliar. O projeto também trás como proposta pedagógica treinamentos físicos e avaliações direcionadas ao público alvo.

Palavras Chaves: Gerontologia, Educação Física e Treinamento; Serviços de Assistência Domiciliar.

ABSTRACT

Just as the world is aging rapidly, Brazil is also aging, as seen in the last census with the growth of the elderly population being three times that of the total population. Therefore, this rapid growth of the elderly population, the increased longevity and the changes in functional capacity that accompany aging must be considered in the planning and development of actions that help the elderly stay healthy, independent and maintain their quality of life. In particular for the elderly, tailored and regularly performed physical activity can bring many physical, psychological and social benefits. Nevertheless, there are people who do not want to leave home to develop any type of physical activity, as well as there are those who cannot leave the house. An option for these persons would be to develop a physical activity program in their own residence that is suited to their physical condition and according to their preference. It is for this group that this intervention project was developed, in which the proposal of a domiciliary physical activity program is presented, which will be taught by a gerontology specialized physical education professional, aiming at offering the elderly a practice tailored to their individual needs in their home context. The project also brings as a pedagogical proposal the physical training and the evaluations directed to the target public.

Key-words: Gerontology; Physical Education and Training; Home Care Services

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	REFERENCIAL TEORICO	8
3	JUSTIFICATIVA	13
4	OBJETIVOS	14
5	METODOLOGIA	15
	REFERÊNCIAS	21

1 INTRODUÇÃO

O mundo está envelhecendo rapidamente. A tendência de crescimento da população com mais de 60 anos, que vai triplicar nos próximos 40 anos, preocupa mais os estudiosos de demografia do que as estimativas da ONU de que o mundo vai atingir a marca de 7 bilhões de pessoas, como seria esperado (IBGE, 2011). No Brasil, a população idosa representava 5,9% da total em 2000 e no último censo em 2010 7,4%, apresentando um crescimento de 42,11% (IBGE, 2010), enquanto a população total cresceu 12,34%. (IBGE, 2011). E, entre os idosos, a população acima de 80 anos é a que mais cresceu proporcionalmente entre 2000 e 2010, 60,96% (IBGE, 2011). Assim sendo, em termos de planejamento para a saúde pública e previdência social, há que se considerar o rápido crescimento da população idosa, o aumento da longevidade e a diminuição ou perda da capacidade funcional que acompanha o envelhecimento fisiológico dos órgãos e sistemas (PAPALÉO; PONTE, 2005).

As perdas físico-funcionais que acompanham o envelhecimento podem ser acentuadas pelo sedentarismo, que afeta todas as faixas etárias, mas que na velhice se acentua, entre outros fatores, devido à crença popular de que se deve diminuir a intensidade e quantidade de atividade física com o envelhecimento. Essa redução também pode ocorrer pelo receio de prejudicar a saúde, pelo medo da morte, pela falta de oportunidade, doenças, entre outros fatores. (MAZO, 2009)

Especialmente para idosos a prática de atividade física bem orientada e realizada regularmente pode trazer benefícios como: maior longevidade, redução das taxas de morbidade e mortalidade, redução do número de medicamentos prescritos, melhoria da capacidade fisiológica em portadores de doenças crônicas, prevenção do declínio cognitivo, manutenção do status funcional elevado, redução da frequência de quedas e fraturas, manutenção da independência e autonomia, e benefícios psicológicos, como, por exemplo, melhoria da autoimagem, da autoestima, e benefícios sociais como maior contato social e prazer pela vida. (BUCHNER; WAGNER, 1992; ELWARD; LARSON, 1992; ACSM, 2000; *Apud* Mazo, 2009).

Dessa feita, levando em consideração os malefícios do sedentarismo em qualquer idade, mas em particular na velhice, bem como os benefícios da prática regular de atividade física para os idosos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere o envelhecimento da população de maneira ativa (OMS, 2005). Além disso, sugere e recomenda políticas de saúde na área do envelhecimento que levem em consideração os determinantes de saúde - sociais,

econômicos, comportamentais, pessoais, culturais, além do ambiente físico e acesso a serviços de saúde durante todo o curso da vida. (VERAS, 2009)

Por conseguinte, além de oferecer diversas modalidades de atividade física adequadas para os grupos etários que compõem a população idosa, há que se considerarem as barreiras que podem impedir a adoção dessa prática tão saudável. Segundo um estudo realizado com 150 idosos de ambos os sexos na cidade de Mambaré/PR, as barreiras mais comuns à prática de atividade física entre eles foram: timidez, medo de cair, sentir-se velho demais, falta de dinheiro, saúde ruim e preguiça. Além desses fatores, as mulheres alegaram falta de tempo e os homens, falta de companhia (ANDEOTTI, 1999).

O aumento dos anos de vida é um desejo de qualquer sociedade, entretanto esse aumento da expectativa de vida precisa vir acompanhado de qualidade de vida. Dessa maneira, as políticas e ações destinadas aos idosos devem buscar a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado e de autossatisfação (VERAS, 2009).

Segundo Deliberador (1998), o Idoso é um cliente em potencial que necessita de um atendimento personalizado direcionado a suas individualidades e particularidades, resultando em um trabalho com mais qualidade e benefícios.

O programa de exercícios é individual e no domicílio, para atender a idosos que por algum motivo seja pessoal ou familiar, desenvolvem certo receio de ir até um local como: Academias, clubes, praças e centros de convivências.

Neste estudo podemos perceber a necessidade de se criar estratégias de inserir este idoso em programas de atividade física. Nesta fase da vida há uma série de mudanças que ocorrem no corpo e organismo com o envelhecimento, e sem cuidados redobrados, podem surgir vários problemas. Para quem já chegou à terceira idade, mexer o corpo praticando atividades físicas regularmente é a melhor maneira de ficar longe do sedentarismo e garantir mais disposição. O exercício físico é, sem dúvida, um grande aliado para prevenir e retardar o processo de envelhecimento.

Atualmente secretarias de esporte e lazer, secretarias de saúde, secretarias de assistência social, secretarias de educação, associações e universidades têm desenvolvido e ofertado programas de atividades físicas especialmente dedicadas a idosos, mas nem um programa visa atender este idoso no âmbito domiciliar.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A relação entre a prática regular de atividade física, boa saúde, boa qualidade de vida e envelhecimento é praticamente consenso entre os profissionais da área da saúde, os quais acreditam que a atividade física é um fator determinante para o sucesso do processo do envelhecimento (MATSUDO, 2001) Assim sendo, nessa seção serão apresentados com mais detalhes os temas do presente projeto: os benefícios da atividade física no idoso, qualidade de vida e o atendimento domiciliar para provimento de atividade física para os idosos que não podem ou não querem sair de casa para exercitar-se.

2.1 BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA NO IDOSO

Atualmente, está comprovada que quanto mais ativa é uma pessoa menos limitações físicas ela tem. Dentre os inúmeros benefícios que a prática de exercícios físicos promove, um dos principais é a proteção da capacidade físico-funcional em todas as idades, principalmente nos idosos (ANDEOTTI, 1999). Por capacidade funcional entende-se a capacidade de desenvolver “[...] todas as tarefas, atividades e papéis que identificam uma pessoa como adulto independente, ou como uma criança progredindo rumo à independência adulta”. Ela apresenta três categorias principais: a física, a psicológica e a social (GUCCIONE, 2004). A função física se trata das habilidades sensório-motoras necessárias para o desempenho das atividades básicas de autocuidado, as atividades da vida diária (AVD), assim como as atividades imprescindíveis para uma vida independente na comunidade, as atividades instrumentais da vida diária (AIVD). As AVD compreendem tomar banho, vestir-se, levantar-se, sentar-se, caminhar a uma pequena distância; e as AIVD compreendem cozinhar, limpar a casa, fazer compras, jardinagem; ou seja, atividades mais complexas da vida cotidiana (MATSUDO, 2001).

Um estilo de vida fisicamente inativo pode ser causa primária da incapacidade para realizar AVD, porém de acordo com seu estudo, um programa de exercícios físicos regulares pode promover mais mudanças qualitativas do que quantitativas, como por exemplo, alteração na forma de realização do movimento, aumento na velocidade de execução da tarefa e adoção de medidas de segurança para realizar a tarefa (ANDEOTTI, 1999).

Além de beneficiar a capacidade funcional, o exercício físico promove melhora na aptidão física. No idoso os componentes da aptidão física sofrem um declínio que pode comprometer sua saúde. A aptidão física relacionada à saúde pode ser definida como a

capacidade de realizar as atividades do cotidiano com vigor e energia e demonstrar menor risco de desenvolver doenças ou condições crônicas degenerativas, associadas a baixos níveis de atividade física (NAHAS, 2001).

A prática de atividade física também promove a melhora da composição corporal, a diminuição de dores articulares, o aumento da densidade mineral óssea, a melhora da utilização de glicose, a melhora do perfil lipídico, o aumento da capacidade aeróbia, a melhora de força e de flexibilidade, a diminuição da resistência vascular (MATSUDO, 2001).

E, como benefícios psicossociais, há a hipótese de que o exercício físico seja um protetor do sistema nervoso central é resultante de estudos que indicam que indivíduos idosos sedentários correm maiores riscos de perda da capacidade cognitiva e estão mais físicas é capaz de melhorar aspectos cognitivos (entre os quais a memória) e o estado de humor, o qual pode interferir de forma importante com o desempenho cognitivo (ANTUNES et al., 2001; CHIELLO et al., 1998).

O tipo de exercício físico recomendado para idosos no passado era mais o aeróbio pelos seus efeitos no sistema cardiovascular e controle destas doenças, além dos benefícios psicológicos. Atualmente, estudos mostram a importância dos exercícios envolvendo força e flexibilidade, pela melhora e manutenção da capacidade funcional e autonomia do idoso (NAHAS, 2001).

Há uma diminuição no nível de atividade física com o envelhecimento. Estudos mostram que a atividade física mais prevalente entre idosos é a caminhada e o alongamento, enquanto os exercícios de força entram em declínio com o avanço da idade (Franchi apud Junior, 2005). Estudos mostram a importância dos exercícios de força para a manutenção do equilíbrio, agilidade e da capacidade funcional dos idosos. Para manter a força muscular e o equilíbrio, é importante realizar exercícios com pesos, de 2 a 4 vezes por semana, que estimulem a musculatura e auxiliem na manutenção da postura e do equilíbrio (HALLAL apud MATSUDO, 2005).

Segundo Okuma (2002), o potencial do ser humano será aumentado se, na fase de não trabalho e/ou no tempo livre, o idoso se ocupar com novas aprendizagens, o que significa uma atualização permanente e uma inserção no mundo que demandam novos aprenderes num fluxo rápido e contínuo. Uma das condições que o ambiente deve oferecer para que o idoso mantenha-se atualizado é a prática regular de exercícios físicos. Segundo (OKUMA, 2002), em uma entrevista realizada com idosos, as mudanças no bem-estar e na disposição geral, a melhora na aptidão física e no desempenho das atividades da vida diária, as sensações corporais agradáveis, uma maior disposição, a alteração de quadros de doenças com supressão

ou diminuição do uso de medicamentos, o resgate da condição de eficiência, independência e autonomia, levando os idosos a serem novamente ativos e abertos para o mundo, devolvendo-lhes uma das possibilidades do ser, que é a motilidade primordial que predispõe à ação.

2.2 QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida, desde o início da existência do ser humano, tem sido uma constante preocupação e, hoje, constitui-se um compromisso pessoal na busca contínua de uma vida saudável, desenvolvida a partir de um bem-estar associado com as condições no modo de viver, como: saúde, educação, moradia, transporte, lazer, trabalho, liberdade, autoestima, entre outros (SANTOS et al., 2002).

A definição de qualidade de vida é bastante subjetiva, pois, depende de diversos fatores, entre eles: o nível sociocultural, a faixa etária e as aspirações pessoais do indivíduo. Dessa forma, o termo qualidade de vida está bastante relacionado com a autoestima e o bem-estar pessoal do indivíduo, abrangendo diversos aspectos que vão desde a capacidade funcional, o estado emocional, o nível socioeconômico, a atividade intelectual, a interação social, o suporte familiar, o autocuidado, o próprio estado de saúde até os valores culturais, éticos e religiosos. Compreende também a satisfação com o emprego, o estilo de vida, as atividades diárias e o ambiente em que se vive (PAULA et al., 2008).

O aumento da longevidade do ser humano acarreta uma situação de ambiguidade vivenciada por diversas pessoas, mesmo para aquelas ainda jovens: o desejo de viver cada vez mais e, ao mesmo tempo, o temor de viver em meio à dependência e incapacidades funcionais. Com o avanço da idade, as chances de ocorrência de doenças e prejuízos à funcionalidade física, social e psíquica são maiores (FREITAS et al., 2002). Os aspectos referentes ao aumento da longevidade dos brasileiros devem ser acompanhados pela melhoria e manutenção da saúde e da qualidade de vida. O grande desafio de hoje é conseguir que os anos vividos a mais, não importando se muitos ou poucos sejam anos cheios de significados e que leve a uma vida respeitosa e digna, que valha a pena ser vivida.

Diversos organismos internacionais, inclusive a Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir dos anos 90 passaram a identificar na qualidade de vida um importante fator na avaliação de saúde de uma população, seja ela como fator social ou individual. Ela é influenciada principalmente pelo sexo, escolaridade, idade, condição econômica e presença de incapacidade.

Quando se investiga a qualidade de vida relacionada à saúde em toda sua multidimensionalidade, é possível identificar diversos aspectos que devem ser considerados no que se refere às peculiaridades e potencialidades de saúde e vida do idoso. Dessa forma, para Pereira et al. (2006, p. 28) “avaliar as condições de vida e saúde do idoso permite a implementação de propostas de intervenção, tanto em programas geriátricos quanto em políticas sociais gerais, no intuito de promover o bem-estar dos que envelhecem”.

Assim, o aumento da longevidade dos idosos brasileiros traz diversos desafios no que se refere à atenção à saúde e nas condições que propiciam uma melhora na qualidade de vida desta população. Com isso, os profissionais de saúde, principalmente os da atenção primária, em conjunto com os familiares tornam-se pessoas-chave na implementação de medidas para promover uma maior autonomia à pessoa idosa, dentro de suas possibilidades funcionais e cognitivas, com a finalidade de dar maior independência ao idoso e proporcionar uma melhor qualidade de vida. (FREITAS et al., 2002).

2.3 ATENDIMENTO DOMICILIAR

O ser humano ocupa vários espaços sociais: família, trabalho, lazer, vizinhança, moradia e etc. Na velhice, observa-se uma restrição maior ou menos do espaço social, que fica restrito muitas vezes ao domicílio. As condições econômicas, física, emocional e social são fatores decisivos para essa situação. (PAPALÉO NETTO, 2005)

O ambiente domiciliar exerce sobre o idoso um importante papel na manutenção da sua própria identidade, podendo favorecer sua autonomia e independência. O ambiente em última análise pode exibir problemas e/ou oferecer barreiras arquitetônicas que limitem ou possibilitem a mobilidade do idoso podendo expo-lo a situações de risco, agravando ou desencadeando processos patológicos. (PAPALÉO NETTO, 2005)

Motivos pelos quais o ambiente domiciliar constitui um dos pilares de sustentação dos programas de atenção a saúde do idoso.

2.3.1 Características da assistência domiciliar gerontológica

Segundo Papaléo Netto (2005), quando se trata de Assistência domiciliar com ênfase na área da gerontologia, existe alguns pontos a serem observados:

O Idoso: As questões relacionadas ao cuidado do idoso no domicílio são complexas e de grande magnitude. A compreensão do idoso como pessoa única inserida num contexto

familiar e social com o qual interage continuamente, deve ser um dos principais norteadores no atendimento domiciliar. Além disso alguns aspectos peculiares de cada pessoa devem ser considerados, como, por exemplo, aspectos biofuncionais, psicológicos, sociais e ambientais; sua autonomia e independência.

A família: Cada família é única, não podemos simplesmente transportar nossos próprios valores para os contextos domiciliares, pois estaríamos dificultando a interação entre os diversos elementos que compõe a relação do cuidado. O trabalho com a família não é uma prática a que todos os profissionais de saúde estão acostumados ou habilitados, mas é, sem dúvida, uma condição básica para o sucesso de qualquer intervenção domiciliar.

O contexto domiciliar: Assim como a família o contexto domiciliar em que está inserido o idoso possui uma história própria, construída ao longo do tempo. Cada móvel ou objeto tem um significado pessoal atribuído pelos membros da família incluindo-se o próprio idoso. O profissional não deixa de ser uma “visita”, que deve solicitar autorização para entrar, deve respeitar os padrões valores de comportamento locais, deve dimensionar o espaço físico e pessoal que utilizará, não lhe sendo permitido extrapolá-lo sem consultas e autorizações prévias.

A equipe interprofissional: o trabalho interprofissional é necessário quando falamos em cuidar do idoso em domicílio. A equipe de profissionais predominantemente da área da saúde. Idealmente caracteriza-se pelo desenvolvimento de um trabalho coordenado e sincronizado, em que cada elemento reconhece sua atuação no sentido de cooperação e não de competição.

Fonte Pagadora: A adesão de um programa de assistência domiciliar vai advir custos adicionais ao orçamento familiar. É de fundamental importância que isso seja esclarecido antes da instalação do programa, pois, caso contrário, a efetividade do mesmo poderá ficar comprometida.

O atendimento domiciliar, segundo Fernandes e Fragoso (2005), apresenta-se como um modelo assistencial capaz de resolver ou minimizar os problemas de saúde do idoso, no local onde ocorrem suas principais relações pessoais e sociais, sendo que estas interagem com fatores que influenciam seu estado de saúde e doença. Desta forma, este tipo de cuidado é importante na redução das perdas do idoso produzidas pelo envelhecimento; diminuindo a possibilidade de aumentar suas complicações.

A assistência domiciliar ressurgiu entre as modalidades assistenciais e, no que tange o cuidado do idoso, mostra-se uma alternativa eficaz à manutenção do convívio familiar e de sua qualidade de vida (FREITAS et al., 2002, p. 1129).

3 JUSTIFICATIVA

O mundo está envelhecendo e esse processo está se dando de forma acelerada em nosso país, em especial no estado do Rio Grande do Sul onde, segundo dados do IBGE, a população idosa vai praticamente dobrar em menos de 20 anos, representando cerca de 20% do total de habitantes do estado em 2030. Na cidade de Canoas (RS), de acordo com o último censo demográfico realizado pelo IBGE, a população idosa é de 37.129 idosos entre homens e mulheres. Atualmente, de acordo com dados do site da Prefeitura da cidade, cerca de 900 idosos praticam atividade física dentro dos grupos da Terceira Idade, o que representa apenas 2,43% do total da população idosa. Assim sendo, é possível que uma boa parcela da população idosa não esteja praticando atividade física regular. Portanto, considerando o rápido crescimento da população idosa, o aumento da longevidade e as alterações da capacidade funcional que acompanham o envelhecimento, bem como os muitos benefícios da prática regular de atividade física para idosos, fica clara a necessidade de se oferecer opções e oportunidades para a esse público na cidade de Canoas. É para esse público que foi desenvolvido o presente projeto de intervenção, no qual é apresentada a proposta de um programa domiciliar de atividade física, ministrado por um profissional de Educação Física com especialização em gerontologia, com o objetivo de oferecer aos idosos uma prática delineada para as suas necessidades individuais no seu contexto domiciliar. O projeto também trás como proposta pedagógica treinamentos físicos e avaliações direcionadas ao público alvo.

Além do que já foi exposto, o projeto se justifica por já ter uma procura considerável de idosos que buscam este tipo de serviço. Assim como estar levando para estes alunos um educador físico capacitado na área do envelhecimento, até a sua residência, para a prática de exercícios físicos periódicos e sistematizados a fim de melhorar a sua qualidade de vida, proporcionando um envelhecimento mais ativo e saudável.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Oferecer para idosos a prática de atividade física delineada para as suas necessidades individuais no seu contexto domiciliar.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar periodicamente os componentes de capacidades físicas e funcionais dos idosos;
- Desenvolver um treino adequado para a necessidade física específica dos idosos do programa;
- Manter a capacidade física, a autonomia e a independência do idoso, para que este possa permanecer executando suas atividades de vida diária (AVDs), atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) e de lazer;
- Promover o envelhecimento saudável;
- Orientar quanto à ergonomia do seu local de residência, para a prevenção de quedas ou acidentes.

5 METODOLOGIA

5.1 PÚBLICO ALVO

Este projeto de intervenção contempla idosos com condições de se locomover em seu domicílio e cognitivamente intactos, ou com declínio cognitivo leve de acordo com o Mini-exame do Estado Mental (MEEM) que, por algum motivo, seja pessoal, social ou familiar, estão restritos ao seu local de residência, residam eles sozinhos, com a família ou em instituição de longa permanência.

5.2 MÉTODOS UTILIZADOS NO PROGRAMA

Os métodos de mensuração e de treinamento são apresentados abaixo.

5.2.1 Métodos de Mensuração

Os instrumentos e testes que serão usados para medir e avaliar os idosos: Mini-Exame do Estado Mental, Escala de Depressão Geriátrica, Teste funcional de mobilidade, o questionário de qualidade de vida WHOQOL-bref e o Inventário da Dor de Becker.

5.2.1.1 Mini-Exame do Estado Mental

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), elaborado por Folstein et al. (1975), é um dos testes mais empregados e mais estudados em todo o mundo. Usado isoladamente ou incorporado a instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e rastreamento de quadros demências.

5.2.1.2 Escala de Depressão

A Escala de Depressão em Geriatria ('Geriatric Depression Scale' – GDS) é um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para a detecção de depressão no idoso. Diversos estudos já demonstraram que a GDS oferece medidas válidas e confiáveis para a avaliação de transtornos depressivos

5.2.1.3 Teste funcional de mobilidade – Timed Up and Go (TUG)

Nesse teste, o paciente foi solicitado a levantar-se de uma cadeira (altura do assento de 45 cm e dos braços de 65 cm), deambular 3 m, retornar e sentar-se novamente, sendo que o tempo despendido na realização dessa tarefa era cronometrado. A proposta do teste é avaliar o equilíbrio sentado, transferências de sentado para a posição de pé, estabilidade na deambulação e mudança do curso da marcha sem utilizar estratégias compensatórias.

5.2.1.4 WHOQOL-bref

Consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as de mais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Assim, diferente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, no WHOQOL-bref cada faceta é avaliada por apenas uma questão. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes.

5.2.1.5 Inventário da Dor de Becker

O instrumento utilizado foi o SF-36 Conceção sobre saúde. Este instrumento foi desenvolvido por Ciconelli (1997), a partir do Medical Outcomes Study (MOS), sendo traduzido e validado para o Brasil no ano de 1997. O SF-36 é um questionário genérico multidimensional formado por 36 itens, englobados em oito componentes: (1) capacidade funcional, (2) aspectos físicos, (3) dor, (4) estado geral de saúde, (5) vitalidade, (6) aspectos sociais, (7) aspectos emocionais e (8) saúde mental. Engloba também mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e as de um ano atrás.

5.2.2 Métodos de Treinamento

Método Pilates: O método envolve condicionamento físico e mental e tem como objetivo melhorar o equilíbrio entre a performance e esforço, através da integração do movimento, a partir do centro estável e sinestesia realçada. O Pilates trabalha o corpo como um todo – corrige a postura e realinha a musculatura, desenvolvendo a estabilidade corporal necessária para uma vida mais saudável e longa.

Treinamento Funcional: O treinamento funcional deve respeitar e ser prescrito, levando em consideração os movimentos naturais que o corpo foi projetado, como: agachar, empurrar, girar, pular e correr. Se utilizar esses exercícios em seus treinamentos e combinar com suas variações, estará em um treinamento funcional.

Exercícios Aeróbicos: O exercício aeróbico é aquele que refere-se ao uso de oxigênio no processo de geração de energia dos músculos. Esse tipo de exercício trabalha uma grande quantidade de grupos musculares de forma rítmica. Andar, correr, nadar e pedalar, são alguns dos principais exemplos de exercícios aeróbicos.

Exercícios de Força: é um treinamento voltado para o ganho de massa muscular, resistência muscular, potência e força máxima. Consiste basicamente em séries de exercícios que objetivam aumentar as capacidades musculares.

Alongamentos: Alongamento é um tipo de exercício físico orientado para a manutenção ou melhora da flexibilidade. Alongamentos são exercícios voltados para o aumento da flexibilidade muscular, que promovem o estiramento das fibras musculares, fazendo com que elas aumentem o seu comprimento.

As aulas serão dispostas em: 2x a 5x por semana com duração de 1 hora e 30min para deslocamento.

As atividades e as ações desenvolvidas nos primeiros quatro encontros com os clientes / alunos são descritas no quadro 1.

5.3 DIVULGAÇÃO

A divulgação do programa será feita continuamente, por tempo indeterminado. Inicialmente ele será divulgado através de folders e cartões que serão distribuídos em consultórios de médicos geriatras, em instituições de longa permanência para idosos e residências. Serão organizadas entrevistas a jornais e matérias em revistas da cidade.

Quadro 1- Descrição dos primeiros quatro encontros com os clientes / alunos.

Encontros	Atividade	Ação Profissional	Duração
1°	Visita ao domicílio	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer o idoso • Determinar a possibilidade de o atendimento ocorrer no local; • Saber a rotina diária para perceber um melhor horário para a realização da atividade; • Sanar dúvidas e/ou apreensões quanto ao programa de atividade física. 	1 hora
2°	Avaliação física e anamnese do idoso	Realizar a bateria de testes e questionários, conforme as possibilidades físicas e cognitivas do idoso.	1 hora
3°	Planejamento	Após avaliação do(a) idoso(a), será feito o planejamento do programa de exercícios individualizado.	1 hora
4°	Aula experimental e	<ul style="list-style-type: none"> • O idoso fará uma aula para conhecer os exercícios e ações propostos; 	1h30min
5°	Contrato.	<ul style="list-style-type: none"> • Leitura e assinatura do contrato de prestação de serviço 	30min

5.4 INVESTIMENTO INICIAL, DESPESAS FIXAS E CUSTOS VARIÁVEIS.

Os gastos serão apresentados em três categorias: o investimento inicial, contendo os valores despendidos para a montagem da empresa; o custo variável, as despesas fixas e

5.4.1 INVESTIMENTO INICIAL

O investimento inicial consiste dos produtos e equipamentos para o atendimento dos clientes, materiais de escritório, impostos de abertura, custo com marketing inicial.

Item	Descrição	Valor unitário	Quantidade	Subtotal
1	Bola Suíça com bomba p/ inflar 65 cm – Mercur	89,00	1	89,00
2	Faixa elástica Thera Band Vermelho (1 m)	13,59	1	13,49
3	Faixa elástica Thera Band – Azul (1 m)	16,99	2	33,98
4	Faixa elástica Thera Band – Amarelo (1 m)	12,99	2	25,98
5	Colchonete	30,00	2	60,00
6	Frequencímetro	250,00	1	250,00
7	Medicine ball	69,90	1	69,90
8	Esfigmomanômetro	70,00	1	70,00
9	Kit caneleiras (4-0,5kg, 2-2kg e 2-4kg)	100,00	4	400,00
10	Kit halteres (1kg, 2kg, 3kg e 4kg)	90,00	8	720,00
11	Computador completo	999,00	1	999,00
12	Material de escritório	55,90	1	55,90
13	Impressora Multifuncional HP	299,55	1	299,55
15	Impostos de abertura	750,00	1	750,00
16	Custo com marketing inicial	508,00	1	508,00
			TOTAL	4.344,8

5.4.2 DESPESAS FIXAS

Os gastos fixos são os custos mensais que a empresa terá independente da quantidade de clientes / alunos atendidos. A empresa teve como meta o menor número de gastos possíveis, a fim de evitar futuros prejuízos.

Item	Descrição	Valor mês
1	Manutenção de equipamentos	100,00
2	Telefone / Internet	149,90
3	Contador	250,00
4	Manutenção de site	15,00
5	Imposto	210,00
TOTAL:		R\$ 724,90

5.4.3 CUSTOS VARIÁVEIS

Serão os gastos proporcionais ao numero de atendimentos. Por ser apenas ainda um projeto, fica difícil quantificar esse item. Mediram-se os gastos através de uma análise subjetiva mais próxima da realidade.

Item	Descrição	Valor mês R\$
1	Gasolina	600,00
2	Manutenção veículos	100,00
3	Material de estética	80,00
4	Materiais de higiene de atendimento	50,00
5	Material publicitário	300,00
TOTAL*		1.130,00

5.5 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DO PROJETO

Serviço	Tempo estimado
Expedição de alvará (Prefeitura)	30 a 90 dias
Pedido de registro no CREF 2	30 dias
TEMPO TOTAL	Cerca de 4 meses

REFERÊNCIAS

ANDEOTTI RA. **Efeitos de um programa de Educação Física sobre as atividades da vida diária em idosos.** São Paulo [dissertação]. São Paulo: Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo; 1999.

ANTUNES, H. et al. Alterações cognitivas em idosos decorrentes do exercício físico sistematizado. **Revista da Sobama**, v. 6, p. 27-33, 2001.

BARROS K M; MAGALHÃES F R JUNIOR M: Atividade física: uma necessidade para a boa saúde na terceira idade. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 12, p. 03. 2005.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L.; CARVALHO, D. F. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. In: CAMARANO, A. A. (organizadora). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010. p.19-38.

CICONELLI, Rozana Mesquita; FERRAZ, Marcos Bosi; SANTOS, Wilton; MEINÃO, Ivone; QUARESMA, Marina Rodrigues. Tradução para o português e validação para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. bras. Reumatol.**, v. 39, n. 3, p. 143-50, 1999.

DELIBERADOR AP. **Metodologia do desenvolvimento Personal Training.** Londrina: Midiagraf, 1998.

FERNANDES, M. G. M.; FRAGOSO, K. M. Atendimento **domiciliário ao idoso na atenção primária a saúde.** **Revista de APS**, v. 8, n. 2, p. 173-180, 2005.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatric Res.**, v. 12, p. 189-98, 1975.

FREITAS, E. V. Demografia e epidemiologia do envelhecimento. In: PY, L. et al. **Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais.** Rio de Janeiro: NAU Editora, 2005.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 1186 p.

GUCCIONE, A. A. Avaliação Funcional. In: O'SULLIVAN, S. B.; SCHMITZ, T. J. (Ed.). **Fisioterapia: Avaliação e Tratamento.** 4. ed. Barueri, SP: Manole, 2004. p. 309-331.

HALLAL, P. C.; MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K.; ARAUJO, T. L.; ANDRADE, D. R.; BERTOLDI, A. D. Physical activity in adults from two Brazilian areas: similarities and differences. **Cad Saude Publica.**, v. 21, n. 2, p. 573-80, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sinopse do Censo Demográfico de 2010 – Evolução Demográfica 1950-2010.** Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sinopse do Censo Demográfico de 2010 e Resultados Preliminares do Universo**. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Atlas do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/primeiros_resultados_amostra_brasil/pdf/tabela_1_1_3.pdf. Acesso em 10 julho 2014.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, Q. R.; NETO, T. L. B. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Rev Bras Med Esporte**, v. 7, n.1, p. 02-04, 2001.

MATSUDO SMM. **Envelhecimento e Atividade Física**. Londrina: Midiograf; 2001.

MAZO, Geovana Zarpellon. **Atividade física e o idoso: Concepção Gerontologica**. 3º ed. Porto Alegre: Sulina, 2009.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina: Midiograf; 2001.

OKUMA, S.S. **O idoso e a atividade física: Fundamentos e pesquisa**. 2ª ed. Campinas: Papyrus, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PAPALÉO, N. M.; PONTE, J. R. Envelhecimento: desafio da transição do século. In: PAPALÉO N. M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 3-12.

PAULA, J. A.; ROQUE, F. P.; ARAÚJO, F. S. Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer. **J Bras Psiquiatr.**, v. 57, n. 4, p. 283-87, 2008.

PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev Psiquiatr RS**, v. 28, n. 1, p. 27-38, 2006.

POLLO S H L; ASSIS M.: Instituições de longa permanência para idosos - ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.11, n.1, p. 09-10, 2008

Qualidade de vida na velhice, 2012. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/Artigo/Imprimir/14585>. Acesso em 20 de junho de 2014.

SANTOS, S. R. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 6, p. 757-64, 2002.

SOARES, A.V.; MATOS, F.M.; LAUS, L.H.; SUZUKI, S. Estudo comparativo sobre a propensão de quedas em idosos institucionalizados e não-institucionalizados através do nível de mobilidade funcional. **Fisioterapia Brasil**, v. 4, n. 1, p. 10-11, 2003.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: Demandas, Desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, p. 548-54, 2009.

YESAVAGE, J. A.; BRINK, T. L.; ROSE, T.L. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J Psychiat Res.**, v. 17, p. 37-49, 1983.