Relatório de Estágio

Exercício físico e bem-estar na terceira idade

Relatório de estágios profissionalizam para

a obtenção do grau de Mestre em Atividade

Física para a terceira idade

Orientadora: José Manuel Fernandes de Oliveira

Mariana Almeida da Gama Pinto

Porto,30 de Setembro de 2015

Pinto, M .(2015) Relatório de estágio. Exercício físico e bem estar na terceira idade. Porto:M.Pinto. Relatório de estágio profissional para a obtenção do grau de Mestre em Atividade Física para a Terceira idade, apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Palavras-Chaves: Atividade física, Exercício Físico, Idoso, Musculação, Exercícios multicomponentes , Bem estar, Envelhecimento, Treino de Força.

Se encontrares um caminho sem obstáculos, ele provavelmente não leva a lugar nenhum.” – Frank Clark

Agradecimentos

Agradeço a todos aqueles que me acompanharam ao longo destes dois anos de Mestrado, professores e colegas.

Á Professora Doutora Joana Carvalho, por todos os conhecimentos que foram transmitidos e pela sua disponibilidade e pelo empenho na obtenção dos estágios profissionais.

Á Professora Doutora Manuela Costa, pela disponibilidade e orientação pela permanente busca das melhores soluções.

À Professora Doutora Tânia Oliveira, pelo tempo despendido e por todos os esclarecimentos.

Ao Professor Doutor José Oliveira pela forma cuidadosa e dedicada com que orientou este trabalho, mostrando sempre disposto para ajudar e colaborar através dos seus conhecimentos.

Á Professora Doutora Arnaldina, pela ajuda prestavam no início de uma nova etapa.

Aos meus colegas de Mestrado, Rafael Carvalho e Diogo Silva pela vossa ajuda e apoio.

Ao meu colega do CDUP- UP, André Costa pela sua disponibilidade.

Aos idosos, pela paciência e contribuição ao longo de todo o estágio, sem eles este estágio não era possível.

As instituições onde realizei o estágio, que desde o primeiro momento se mostraram disponíveis.

A todas as pessoas intervenientes, que todas as manhãs estavam presentes para disponibilizar as chaves, e ajudar no que fosse preciso.

E por fim a minha família, que sempre me incentivou a perseguir está formação, e tiveram sempre presentes ao longo do meu desenvolvimento e sempre me apoiaram, sem vocês nunca tinha chegado até aqui.

A todos um muito obrigado

Resumo

O processo de envelhecimento é um processo dividido em várias etapas, que ocorrem ao longo da vida. Desde o período fetal, que os sistemas orgânicos passam por diferentes fases de transformação. Do ponto de vista estritamente biológico o envelhecimento é um processo que conduz adultos saudáveis à condição de adultos frágeis, com incremento do risco de lesão, doença ou morte. Para além disso o envelhecimento biológico resulta em perda de funcionalidade, repercutindo-se na consequente diminuição da aptidão física. Porém, como Brêtas afirma " O envelhecimento é um processo complexo, pluridimensional, revestido por aquisições individuais e colectivas, fenómenos inseparáveis e simultâneos. Por mais que o ato de envelhecimento seja individual, o ser humano vive na esfera colectiva e como tal, sofre influências da sociedade. A vida não é só biológica, ela é social e culturalmente construída, portanto pode dizer-se que os estágios da vida apresentam diferentes significados".

O objectivo principal deste estágio foi a aplicação de um programa de exercício direccionado para a população idosa em diferentes realidades. Os objectivos do estágio são de duas ordens:

A. Os que se relacionam com a formação do estagiário

De aplicação e aquisição de conhecimentos sobre saber fazer com utilidade e significado para a prática profissional de liderança, gestão de recursos e formação de indivíduos idosos em diferentes dimensões do estilo de vida, incluindo a prática do exercício e suas repercussões na aptidão física e bem-estar físico e social

No desenvolvimento de competências de liderança, gestão de recursos de organização, implementação e condução de programas de exercício

Na formação ou reforço dos valores morais e éticos e das atitudes de carácter profissional

B. Os que se relacionam com a implementação da actividade realizada pelo estagiário junto de uma população alvo e os aspectos das decisões e seus resultados relativos a:

Avaliação

Determinação de metas e tarefas e o planeamento da actividade

1. Os conteúdos e métodos usados
2. Resultados alcançados

Caracterizado por dois grupos distintos de alunos, primeiro grupo pertencente a Faculdade de Desporto da Universidade do Porto e o segundo o Lar da Santa Casa da Misericórdia. Em cada um do polos o trabalho foi direccionado com um protocolo de treino específico de acordo com as suas necessidades. No Lar o objectivo foi o trabalho multicomponente, o objectivo era aumentar a mobilidade articular e o da Universidade o treino de força (maquinas de resistência e pesos livres), onde o objectivo fundamental é aumentar os níveis de força.

A aptidão funcional foi avaliada nos dois grupos, através da aplicação do Protocolo dos testes de aptidão Física Funcional da Bateria de Testes de Rikli & Jones, e especificamente no grupo de musculação foi avaliada a repetição máxima (1 RM), individualmente.

As melhorais funcionais observadas no final do ano foram gerais e satisfatórias. Os resultados obtidos entre a avaliação inicial e a avaliação final em cada um dos grupos, sugere que se obteve uma melhoria na aptidão física dos idosos e na eficácia dos programas de exercícios aplicados, contribuindo assim para um envelhecimento ativo e saudável.

Com este estágio profissional pode-se concluir que qualquer tipo de idosos pode beneficiar com a prática de atividade física regula e bem orientada, apresentando diferenças visíveis tanto na sua funcionalidade, bem-estar, socialização e na qualidade de vida.

Abstract

The aging process is a process divided into several stages that occur throughout life. Since the fetal period, the organic systems go through different stages of processing. From a strictly biological standpoint aging is a process that leads to healthy adults the condition of frail adults, increasing the risk of injury, illness or death. Additionally biological aging results in loss of functionality if reflecting on the consequent decrease in physical fitness. But as Brêtas says "Aging is a complex, multidimensional, coated individual and collective acquisitions, inseparable and simultaneous phenomena. As much as the aging act is individual, the human being lives in the collective sphere and as such, is influenced society. Life is not only biological, it is socially and culturally constructed, so it can be said that the life stages have different meanings. "

The main objective of this stage was the application of an exercise program targeted at the elderly population in different realities. The stage's objectives are twofold:

A. relating to the formation of the trainee

Application and acquisition of knowledge and know-how with utility meant for the professional practice of leadership, resource management and training of older people in different lifestyle dimensions, including the practice of exercise and its effects on physical fitness and well be physical and social

The development of leadership skills, organizational resource management, implementation and conduct of exercise programs

The formation or strengthening of moral and ethical values and professional nature of attitudes

B. that relate to the implementation of the activity performed by the trainee with a target population and aspects of decisions and their results for:

Evaluation

Determination of goals and tasks and planning activity

1. The contents and methods used

2. Results achieved

Characterized by two distinct groups of students, the first group belonging to the Faculty of Sport, University of Porto and the second the Home of the Holy House of

Mercy. In each of the centers work was directed to a specific training protocol according to their needs. Home in the aim was the multicomponent work, the aim was to increase joint mobility and the University of strength training (resistance machines and free weights), where the main objective is to increase strength levels.

Functional fitness was assessed in both groups through the application of the Protocol of aptitude tests Functional Physics Rikli Test Battery & Jones, and specifically weight training group was evaluated repetition maximum (1 RM) separately.

Functional improvements; observed at the end of the year were general and satisfactory. The results between baseline and final evaluation in each group, suggests achieved an improvement in the physical fitness of the elderly and the effectiveness of the applied exercise programs, thus contributing to active and healthy aging.

With this professional stage can be concluded that any elderly can benefit from physical activity regulates and targeted, with noticeable differences both in its functionality, wellness, socialization and quality of life.

Índice

2.Revisão de Literatura 2
2.1.O idoso 2
2.2.Envelhecimento 3
2.3.Aptidão física e qualidade de vida 4
2.4.Idosos Institucionalizados 4
3.Estágio 6
3.1 Expectativas Iniciais 6
4.Descrição dos Contextos de Prática 7
5.Avaliação inicial 8
5.1.Quadro dos resultados dos testes de Rikli & Jones 11
5.2.Grupo de idosos da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto 13
5.3.Caraterização da turma 13
5.4.Justificação do planeamento anual 14
Tabela de volume de treino 20
5.5.Grupo de idosos da Santa Casa da Misericórdia do Porto 21
5.6.Caracterização da turma 21
5.7.Justificação do planeamento anual 23
5.8.Material 27
6. Resultados do trabalho desenvolvido 27
Bibliografia 30
Anexos XXXVIII
1.Anamnese XXXVIII
2.Reflexão do Estágio do lar Da Santa Casa da Misericórdia XLIII
3.Reflexão do Estágio do Grupo de Musculação da FADEUP LII
4.Material do lar da Santa Casa da Misericórdia LXII
5.Tabela das Maquinas da sala de Musculação da Fadeup LXIII
6.Protocolo dos Testes de Aptidão Física Funcional da Bateria de Testes de Rikli & Jones LXXII

1.Introdução

A esperança de vida tem aumentado significativamente, ao longo dos anos mais recentes, e a taxa de natalidade diminuído (ONU,2002). O aumento da esperança de vida poderá ser explicada pela melhoria das condições de vida, dos recursos assistenciais na saúde, com o desenvolvimento de programas de informação para a promoção de saúde e de pesquisas relacionados com vários factores de risco das doenças crónicas não transmissíveis (Torres & Herrera,2011). No entanto este aumento da esperança de vida, nem sempre representa melhor qualidade de vida (Mota-Pinto et al.,2011).

Para uma melhor qualidade de vida, a prática de actividade física poderá representar um importante recurso, já que o sedentarismo, tem sido associado ao envelhecimento prematuro, à fragilidade física, ao aumento do risco de doenças não transmissíveis e à mortalidade prematura.

Nos últimos anos, a oferta de programas de atividades físicas para a terceira idade tem vindo a aumentar, e tem sido desenvolvidos múltiplos estudos mostrando que a actividade física pode atingir taxas elevadas de adesão e de participação dos idosos, contribuindo para a preservação e desenvolvimento das capacidades físicas (Opdenacker,Boen,Coorrevits & Delecluse,2008). Para além disto, a prática de actividade física tem sido valorizada e citada como um dos componentes mais importantes para uma boa qualidade de vida. Tanto homens como mulheres tem mostrado uma grande preocupação na procura do bem-estar e a atividade é usada com estratégia para desenvolver não só o bem -estar físico mas também o psicológico, emocional e social, devido ao fato de estarem relacionados com a preservação da autonomia e dignidade, que são fatores importantes da qualidade de vida (Monteirom, Monteiro, Oliveira,Jesus,Bueno&Oliveira,2007).

Neste relatório final de estágio, é realizada uma descrição de toda a atividade executada, suportada na evidência de investigação, e reportam-se as barreiras e as soluções para as ultrapassar.

O estágio foi desenvolvido, em locais e contextos diferentes, com grupos de idosos com características diferentes, sendo estes: o grupo de trabalho de musculação da Fadeup, com autonomia e independência, e o grupo da Santa casa da misericórdia, idosos institucionalizados.

O relatório está composto por partes a Primeira é a “Dimensão pessoal “, onde me apresento e descrevo o meu percurso e onde justifico a minha opção por este estágio profissionalizante e das perspectivas iniciais relacionadas a esta nova experiencia.

Este documento pretende ser uma análise reflectida sobre uma nova experiencia vivida durante um ano, e serviu como forma de desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional.

Na segunda parte, "Enquadramento na prática profissional", onde o objectivo é realizar uma apresentação descritiva sobre a avaliação dos alunos, a determinação de metas e o planeamento da actividade, os conteúdos e métodos utilizados e por fim os resultados alcançados.

2.Revisão de Literatura

2.1.O idoso

Relatórios publicados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2008, revelam existir uma tendência para o aumento do segmento populacional de idosos mundialmente, sendo de 11% para 19% nos pais Industrializados. Mota-Pinto et al. (2010) referem que este segmento da população se situava nos 15% em 1971, e prevê que em meados de 2050 os idosos representem 35%.

A tendência demográfica é semelhante em Portugal. De acordo com o INE (2008), no ano de 1960 a população de idosos em Portugal era de 8%, aumentando em 2007 para 17%, e existe uma tendência para atingir os 32% em 2050 (INE,2003). Estes dados e projecções estatísticos são suportados pela evolução da média de esperança de vida que nos países desenvolvidos é actualmente de 76 anos, sendo o valor médio na década de quarenta, de 48 anos (Ribeiro, 2009).

A preservação da qualidade de vida da população idosa é um desafio para as próximas décadas, porque o aumento da esperança de vida associa-se a um aumento do risco de fragilidade física, de diminuição de capacidade fisiológica e do bem-estar psicológico e social, e consequentemente do aumento do risco de doenças crónicas-degenerativas. Estas alterações, são também de natureza de carácter social, uma vez que a retirada da vida produtiva activa ou falta de obrigações ocupacionais, pode conduzir ao isolacionismo e segregação social (Mota,2008).

A desintegração social está ainda relacionada com perda do suporte social ou física de familiares próximos e amigos, resultando muitas vezes na diminuição da auto-estima e dignidade pessoal e consequente deterioração da saúde mental (Rocha,2009).

Tendo em consideração todos os constrangimentos anteriormente descritos, que podem ocorrer isoladamente ou em conjunto, o idoso é potencialmente um sujeito susceptível

para perda de autonomia e independência, conduzindo-o ao agravamento das condições físicas, sociais e psicológicas (ACSM,2000).

Em síntese, parece ser claro que o envelhecimento é um problema social relevante, requerendo estratégias e medidas inovadoras de prestação de cuidados e serviços , que garantam o envelhecimento saudável e ativo e com independência e qualidade de vida.

2.2.Envelhecimento

O envelhecimento é um processo multi-fatorial, que é influenciado pelo tempo cronológico, por aspetos psicológicos, sociais, biológicos e funcionais (Spirduso et al.,2005).

Do ponto de vista estritamente biológico o envelhecimento é um processo que conduz adultos saudáveis à condição de adultos frágeis, com incremento do risco de lesão, doença ou morte. Para além disso, o envelhecimento biológico resulta em perda de funcionalidade, repercutindo-se na consequente diminuição da aptidão física (aptidão muscular, cardiorrespiratória, flexibilidade e equilíbrio).

São diversas as alterações que ocorrem com o envelhecimento.

A nível antropométrico observa-se uma diminuição da estatura, mais relevante na mulher (Bemben et.al., 1996), que se deve principalmente ao achatamento dos discos intervertebrais, ao aparecimento da osteoporose, ao aumento da convexidade anterior da coluna vertebral (a cifose dorsal) (Spirduso,1995), e também ao arqueamento dos membros inferiores e ao achatamento do arco plantar (Veríssimo, 2002).

Na composição corporal é observável um aumento da massa gorda, sobretudo na zona abdominal e em torno das vísceras (Rexrode et al.2001), sendo igualmente notável a diminuição de massa muscular que se inicia a partir dos 40-45 anos de idade (McArdle et al.,1998). A massa óssea e a densidade mineral óssea também vão diminuindo com a idade, aumentando o risco de fractura (Mitnitski et al., 2002).

A nível neuronal Llano et al. (2004) refere que a medida que a idade avança vai passando vai existir um maior tempo de reacção e uma maior dificuldade em processar a informação devido a diminuição do número de neurónios. Estas alterações conduzem a dificuldades de coordenação, perda da agilidade e equilíbrio, ainda vai existir a perda da capacidade cognitiva, atenção selectiva e memória de curto prazo.

A nível pulmonar Maj (2002), refere que se nota uma diminuição da capacidade vital, do volume e da frequência respiratória, como o aumento do volume residual e uma menos capacidade elástica da parede torácica, menor número de alvéolos, o que pode levar a uma diminuição de realizar esforços.

Susic(1997) refere que a nível cardiovascular , as principais alterações são o aumento da rigidez vascular e consequentemente a perda de distensibilidade e elasticidade, o aumento da pressão arterial em repouso e em exercício submáximo, a hipertrofia do ventrículo esquerdo, e o aumento da circunferência das válvulas cardíacas, diminuição da frequência cardíaca máxima e uma diminuição do volume sistólico máximo e débito cardíaco máximo, com consequente diminuição do VO_2 máximo. Estas alterações explicam em parte a redução da tolerância aos esforços submáximos e máximos (Spirduso et al., 2005).

2.3.Aptidão física e qualidade de vida

Pode considerar-se a aptidão física como o nível capacidade fisiológica e física para realizar as actividades diárias de forma segura e autónoma (Rikli e Jones,2001). As componentes da aptidão física, nomeadamente a aptidão cardiorrespiratória e a aptidão muscular são importantes preditores de mortalidade e morbilidade prematura.

Uma boa aptidão física é, então, a condição necessária para a realização e concretização de tarefas diárias de natureza ocupacional e do lazer, como alimentar-se, ser capaz de realizar de forma independente os cuidados de higiene, vestir, caminhar e realizar atividades recreativas.

A prática regular de atividades físicas melhora da aptidão física dos indivíduos idosos (Buchner,2003), reduz o risco de doenças, e desse modo pode aumentar a qualidade de vida e ajudar à preservação da independência (McNaughton et al.,2010; McNaughton et al.,2012).

Para a avaliação das componentes da aptidão física existem numerosos testes laboratoriais e de terreno, com validade criterial e elevada fiabilidade, Porém, a bateria de testes *Senior Fitness Tests* (Rikli&Jones,2013) foi especialmente concebida e validada para idosos, sendo habitualmente usada em diversos países no controlo de resultados de programas de exercício e .em estudos científicos de tipo observacional e de intervenção. No contexto da avaliação, os autores definem a aptidão funcional como uma capacidade fisiológica para executar as actividades da vida diária em segurança e sem fadiga extrema (Benedetti et al., 2007). No entanto o autor Botelho (2007), refere que alguns dos componentes referidos, são muito importantes para o dia-a-dia dos adultos idosos.

2.4.Idosos Institucionalizados

Os idosos quando se tornam dependentes, de cuidados de outros são frequentemente referenciados para instituições assistenciais, como por exemplo os lares, por impossibilidade de tempo e/ou financeira das famílias para o fazerem mantendo-os nos seus locais de residência (Santos,2003; Sequeira(2007).

Para além do mais, Paúl(1997) considerava que a manutenção dos idosos dependentes ou semi- dependentes nas suas residências, poderá gerar problemas de stress que se manifesta na saúde mental e física para quem cuida. Exige uma sobrecarga substancial para quem mantem o seu emprego fora de casa, e cumpre com as tarefas domésticas e ainda cuida do familiar idoso.

A institucionalização é sempre um momento bastante difícil, a aceitação da situação é variável dependendo do sujeito e da sua história de vida, das suas capacidades. Mas a saída de casa é quase sempre um momento difícil, o qual pode ser um momento de crise, com a perda do território e o sentimento de abandono dos seus familiares (Cardão,2009)

Segundo Henry ,(2001) viver na família clássica ou na família institucional são dois estilos de vida muito diferentes. Os idosos que vivem nas instituições a situação tornam-se bastante mais frágeis em comparação com os idosos que vivem em comunidade, devido aos níveis mais reduzidos de atividade física diária, que são indispensáveis para a saúde e funcionalidade para a qualidade de vida do idoso. Porém, muitas vezes os idosos institucionalizados ainda têm um nível de autonomia elevado, mas essa autonomia tem uma tendência a diminuir, devido ao fato existir uma tendência para se tornarem mais inativos, por lhes serem retiradas muitas obrigações e tarefas do dia-a-dia e de muitas das instituições não incentivarem um estilo de vida ativo (Henry et al.,2001).

De acordo com o autor Pitangui (2012), ele afirma que existe uma ligação entre a institucionalização e o riso de queda, devido ao fato que os idosos possuem um menor nível de força, equilíbrio e resistência física, devido a falta de atividade física.

Os principais motivos de institucionalização são as incapacidades ou fragilidade resultante de quedas, a perda de autonomia por doença crónica (24%) e os problemas psiquiátricos (31%) (Dagneaux,2008).

Segundo alguns autores referem, a institucionalização acarreta frequentemente um conjunto de alterações como o isolamento, e a ausência de convívio com indivíduos de diferentes idades (Jesus et al. (2010),Tomasini e Alves (2007)).

Confirmados estes fatos, verifica-se uma forte necessidade de reformular as necessidades nas instituições, de forma a poder dar resposta as necessidades desta faixa etária, promovendo uma maior qualidade de vida (Tomasini &Alves,2007).

3.Estágio

3.1 Expectativas Iniciais

As minhas Expectativas, para a nova etapa.

Começo por me apresentar e descrever resumidamente o meu percurso.

O meu nome é Mariana Almeida da Gama Pinto, nasci na freguesia de Paranhos conselho do Porto.

Comecei a praticar natação no F.C.PORTO com 6 anos , pratiquei 2 anos, mas essa não era a minha paixão, desisti e foi para a escola de ballet Paranaso onde pratiquei ballet clássico durante 20 anos, onde realizei vários exames pela Royal Academy of Dance.

Nunca tive dúvidas daquilo que queria ser. Comecei com 17 anos a dar aulas de fitness num ginásio, foi atirada para o meio da sala visto que tive que substituir o professor que faltou sem avisar. Para minha admiração as alunas adoraram aula e foi contratada para ficar com as duas modalidades (ballet e aeróbica)

Tirei a Licenciatura na escola superior de educação Jean Piaget.E tive sempre na ideia de continuar os estudar e tirar o mestrado, em actividade física na terceira idade na FADEUP.

Optei realizar o estágio, no 2ºano para sentir as dificuldade que vou ter de enfrentar no dia-a-dia quando começar a trabalhar na área.

Durante o ano passado, aconselhei-me várias vezes com colegas, para saber se estaria a tomar a melhor decisão para o meu futuro. Porém estive sempre consciente de que mais do que uma decisão acertada, seria uma necessidade para obter um conhecimento mais específico.

Existiam alguns receios com o desenrolar do ano lectivo. Imensas perguntas iam surgir diariamente.

Um dos maiores receios era poder prejudicar a saúde dos alunos, em vez de estar a ajudar com a prescrição dos exercícios.

Durante este ano lectivo pretendo ler bastante, para procurar novas informações como forma de aumentar o meu conhecimento.

Espero que ao longo deste ano iniciar a minha aprendizagem no trabalho com esta população começar um novo percurso da minha vida, esperando terminar este estágio com o mesmo entusiasmo com o qual eu comecei.

No nível pessoal, espero que este Mestrado me ajude a crescer como pessoa e profissional. Conseguir superar os medos iniciais, encarar uma turma sénior e desenvolvi os meus conhecimentos. Assim pretendo com este estágio adquirir experiencia prática e desenvolver competência que me permita torna uma profissional mais completa.

4.Descrição dos Contextos de Prática

As aulas para o grupo de musculação, são realizadas na própria faculdade, situada na Rua Doutor Plácido Costa 91, na cidade do Porto.

Onde podemos usufruir de vários espaços, como a sala de rítmica, sala adptada, espaço exterior e a sala de musculação, onde foram realizadas a maior parte das aulas, devido a especificidade do tipo de treino pretendido.

Neste espaço encontra-se 18 máquinas de musculação, passadeiras, bicicletas e remos. Três bancos, uma barra em z, barra olímpica, bolas suíças, steps, colchões, halteres, discos com várias cargas. A sala, esta organizada com as várias máquinas ao centro da sala, as máquinas do treino cardiovascular á volta da sala e a zona dos pesos livres em frente do espelho, o que permite que os alunos se vejam e possam corrigir alguns erros posturais durante a realização do exercício.

O trabalho realizado ao longo deste ano , foi executado com 2 grupos de trabalho. Bastante diferentes, não só pelas características instalações físicas como também pelo seu grau de dependência e autonomia.

O primeiro grupo de trabalho, foi o de Musculação, onde a sede era na própria faculdade. O segundo grupo, foi o Lar Da Misericórdia.

5.Avaliação inicial

Para poder avaliar a aptidão física do grupo foi utilizada a bateria de testes sénior Fitness Test (SFT) de Rikli & Jones (2013), para poder avaliar a resistência muscular, flexibilidade dos membros superiores e inferiores, a agilidade e equilíbrio e a resistência aeróbica. Esta bateria é composta por um conjunto de testes que nos permite avaliar atributos fisiológicos que são: a força dos membros superiores (flexão do antebraço), dos membros inferiores (levantar e sentar da cadeira), a flexibilidade dos membros inferiores dos membros inferiores (sentar e alcançar na cadeira), dos membros superiores (alcançar atrás das costas), a resistência aeróbica (caminhar 6 minutos), a (Caminhar 2,44), Peso e Altura.

Escolhi o testes de Rikli & Jones para estes grupos de trabalho, porque possui algumas vantagens em relação a outros testes como por exemplo :

O custo monetário, espaciais e temporais reduzidos;

Valores normativos de forma a ser possível a comparação de resultados;

Prescinde de supervisão médica.

Muitos dos alunos já os tinha realizados em anos anteriores, podendo caso o necessita-se recorrer a esses testes para servirem de comparação.

Para além destas vantagens também permite:

Executar uma avaliação individual de forma a encontrar factores de risco;

Planear melhor o programa de treino;

Ajuda a motivar os alunos.

A aplicação da bateria de testes nos dois grupos, foi de extrema importância, assim permitiu avaliar os diferentes componentes da aptidão física, que são de extrema importância no dia-a-dia de cada sujeito. Verificou-se o estado funcional geral de cada individuo das duas turmas.

Esta bateria de testes mostrou-se fácil de se aplicar e sem custos, visto que a Faculdade já possuía o material o material necessário para a sua aplicação.

O teste foi realizado em dois momentos, o primeiro no início do ano e o segundo fim, com o objectivo de fornecer dados sobre as capacidades funcionais dos alunos, e poder assim planear as aulas e os planos individualmente. Tavares, C. (2008). O Treino da força para todos (3ª ed.).

A bateria de testes *Senior Fitness test* , foi aplicada novamente no final da época, realizada nas últimas semanas de treino, com o objectivo de comparar os resultados obtidos inicialmente no início da época, de forma a verificar se existiu uma evolução, estagnação ou retrocesso físico ao longo do ano, com aplicação do plano de treino.

Alguns alunos não realizaram os exames todos, ou faltara ao primeiro testes ou aos segundos, por isso optei considerar somente os resultados dos alunos que realizaram ambas as avaliações (inicial e final).

Na turma de musculação da FADEUP, na primeira avaliação foi perceptível, que os alunos exibiam uma menor performance física, na flexibilidade tanto do membro superior como inferior, No entanto a principal capacidade a desenvolver nesta turma é a força. De acordo com os autores Fleck & Kraemer (1999), o treino de musculação é benéfico para o aumento do nível de força, e melhora a condição funcional na terceira idade, sendo assim uma atividade que diminui a taxa de morbilidade e mortalidade dentro desta faixa etária.

Carvalho & Soares (2004), concluíram que para além do aumento da força muscular, a musculação pode trazer um aumento da coordenação neuromuscular e da potência muscular.

Na turma da Santa Casa da Misericórdia, foram selecionados os testes aplicados, divido ao fato que esta turma tinha um nível funcional muito baixo. Com esta ideologia, verifiquei que o teste de resistência e o de agilidade e equilíbrio dinâmico, não o iria conseguir.

Este grupo verifiquei na avaliação inicial, que também apresentavam baixo nível de flexibilidade, capacidade de locomoção e pouca força.

Apliquei um treino multicomponente, sendo o objectivo final para esta turma era aumentar a mobilidade e funcionalidade.

O estudo conduzido por Carvalho et al., (2008), que teve a duração de 8 meses, onde teve a oportunidade de avaliar o efeito do treino multicomponente sobre a aptidão física em mulheres, mostrou um resultado significativo em relação a força nos membros superiores (17,4%) e inferiores (27,3%),sobre a flexibilidade superior (14,5%) e inferior (17,4%), e no equilíbrio dinâmico (11%).

Já Faria e Marinho (2004), desenvolveu um estudo com idosos institucionalizados, que teve a duração de 8 semanas, também avaliou os efeitos do treino multicomponente, onde demonstrou umas melhoras significativas: na força, flexibilidade, equilíbrio e coordenação. Também Worm et al., (2001) teve a oportunidade de realizar o estudos também em idosos institucionalizados, com uma duração mais perlongada, com duração de 12 meses, e onde obteve resultados significativos na força muscular, equilíbrio e capacidade funcional.

Na opinião de Nouchi et al., (2012), refere que o treino combinado apresenta benefícios para a melhoria da atividade cognitiva, demonstrando-se mais eficaz que um programa simples.

.

5.1.Quadro dos resultados dos testes de Rikli & Jones

Turma da Santa Casa Da Misericórdia	Levantar e sentar na cadeira		Flexão de ante braço		Sentado e Alcançar		Estatura e Peso		Sentado , caminhar 2,44 e voltar a sentar		Alcançar atrás das costas		Andar 6 minutos	
	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
Armando Augusto Tunes	***	***	***	***	***	***					***	***		
Armandina M.L.S.Fragateiro	8	10	15	18	-4	0					*	*		
Berta Sousa Felix	*	9	*	16	*	0					*	-21		
Celina Maria Almeida Moura	14	**	14	18	0	+6					-7	-4		
Fernanda Martins de Castro Soares	***	***	***	***	***	***					***	***		
Isabel Carvalho Teles	3	4	15	14	-3	0					-24	-24		
Maria Alice Jesus Ferreira	8	6	12	14	-5	0					-9	-7		
Maria de Fátima Cunha	**	**	19	20	-5	-9					-44	-40		
Maria Fernanda Mendes	**	**	10	**	0	**					-16	**		
Maria da Graça Ferreira	*	6		9	*	0					*	-25		

Maria Idalina da Costa	10	8	17	19	0	0				-20	-20		
Maria Teodolinda Serra	13	10	*	19	*	0				*	-24		
Natércia Correia	14	**	22	**	0					-10	**		
Orquídea Nunes	****	****	****	****	****					****	****		

Legenda

	Demência
	Não realizou por motivo de doença
	Cadeira de rodas
	Desistência por doença

Turma Da Faculdade de Desporto	Levantar e sentar na cadeira		Flexão de ante braço		Sentado e Alcançar		Estatura e Peso		Sentado , caminhar 2,44 e voltar a sentar		Alcançar atrás das costas		Andar 6 minutos	
	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
Delfina Costa	23	18	20	26		-2	57,5 kg 146 cm	57 kg 146 cm				-18		550
Francelina Esteves		23	17	25		+8	77,5 kg 158 cm	77 kg 158 cm			0	0	535	
António Esteves		11	18	21		+6	82,5 kg 169 cm	76,5 kg 169 cm			+2	+3	425	
Adriano Coelho	10	15	18	22		-28	76,0 kg 176,5 cm	74,5Kg 176 cm		5,4		+9	455	561
Maria Alice Coelho		24	20	25		+15	66,5 kg 147,5 cm	61 kg 147,5cm		5,5		0	517,5	560
Almerindo Borges	31	31	24	31	-6 cm	-4	79 kg 164,7 cm	77kg 164,7cm	3,5	3,0	-8 cm	-8	517,5	687,5
Artur Ribeiro			15			0	73,5 kg 173cm	72,5 kg 173 cm		4,4		-16 cm	635	650
Maria teresa Ribeiro			15			0	66kg 156 cm	62,5 kg 156 cm		4,8		-11 cm	557,5	562,5
Cissie Montenegro	13	14	17	17	-14 cm	-9	54,5 kg 158 cm	52,5kg 158cm	5,6		-21	-17	517,5	
Ilda Ferreira	28	28	21	26	+17 cm	+17	50 kg 148 cm	50,5kg 148cm	3,4			+3	700	705
Maria José Paiva	22	27	22	25	+22cm	+22	52,5 kg 158 cm	51,5kg 159cm	3,8	3,6	+3cm	+4	702,5	730
Jorge Paiva	20	21*	21	24	- 5cm	+2	90,5 cm 174 cm	87,5kg 174cm	4,5	3,8	-14 cm	-9	661	650*

Manuel Moreira		28		26		+9		68,5kg 169cm				+5		670
Manuel Rodrigues	32	32	32	41	+13cm	+10	87,5 kg 170,3 cm	88kg 170cm	3,6 seg	3,6 seg	-17 cm	-4		740

Testes realizados

Testes não realizados

5.2.Grupo de idosos da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto

A FADEUP, é considerada uma escola jovem e inovadora. Goza de um grande prestigio, contando-se entre as maiores escolas europeias de Educação Física e Desporto. Inaugurada em 1997. O número de estudantes da Faculdade é de 1097: 772 licenciatura,255 mestrados e 70 de doutoramento.

Entre os mestrados encontra-se o Mestrado Atividade Física para a terceira idade, que tenta dar resposta as necessidades da nossa sociedade, a novos campos de trabalho para futuros profissionais de exercício físico.

Assim o objectivo é:

Promover o conhecimento teórico e científico, direccionado para a população idosa.

Dotar os alunos de competências para direcção e aconselhamento dessa população.

5.3.Caraterização da turma

A caracterização da turma foi realizada com a aplicação de um questionário preenchido pelos alunos no início do ano, no qual obtive informações pessoais e um pequeno historial clínico de cada um.

O grupo de idosos presentes no programa de musculação da FADEUP era constituído por 14 alunos, sendo 7 mulheres e 7 homens. As idades situavam-se entre os 66 e os 88, sendo a média de idades de 69,86 anos.

O grupo era todo ele autónomo, mas apresentam algumas condições clínicas, como hipertensão, , diabetes tipo II, e próteses da anca. Todos eles completamente autónomos.

Todos os utentes frequentavam aulas de musculação na FADEUP há mais de 2 anos.

Grande parte dos alunos era casado, residindo e vivendo com o marido ou esposa, com a excepção de 3 alunos, sendo duas viúvas e que viviam com a empregada e filha e uma solteira que vive com a mãe.

Às habilitações literárias a maior parte da turma obtém o ensino básico e secundário. Apenas um tinha concluído formação de nível do ensino superior.

5.4.Justificação do planeamento anual

O primeiro contato com a turma foi no dia 30 de Setembro e acabara no dia 25 de Junho. A carga horária é de 2 horas semanais das 9.00h às 10.00h todas as terças e quintas-feiras.

Depois de conhecer o nível onde se encontram os alunos, suas capacidades e as várias necessidades de cada um. O meu objetivo ao longo do calendário académico é ajustar e distribuir as aulas aos diferentes treinos (resistência, muscular, potência e hipertrofia).

As avaliações iniciais foram importantes para se poder detetar os pontos fracos e fortes dos alunos e o nível de aptidão em que estavam.

O grupo apresenta-se bastante heterogéneo quando se fala das capacidades e limitações. É um grupo com bastante vontade de trabalhar, mostrando sempre boa disposição, são assíduos e pontuais.

Nas primeiras aulas foi aplicado um questionário para obter um maior conhecimento dos alunos, sobre os seus hábitos rotineiros, possíveis doenças que pudessem influencia a prática de uma atividade física especificas. A recolha de informação teve duração de 2 aulas, onde ajudei e tirei algumas dúvidas em relação ao preenchimento de certas questões. Ainda tive tempo de fazer alguns jogos de quebra-gelo onde pode conhecer melhor os alunos, e ajudar a fixar os seus nomes.

A seguir existiu um período de adaptação de 1 semana, visto os alunos estarem parados há algum tempo, assim permitiu que os idosos se fossem adaptando as necessidades fisiológicas e biológicas do exercício.

Para melhor conhecer o nível de aptidão funcional dos alunos, antes de iniciar o programa de treino, foi aplicada a bateria de testes desenvolvida por Rikli e Jones, que teve uma duração de 3 aulas.

Em seguida a aplicação do teste de 1 RM de modo a determinar qual a carga que cada aluno vai trabalhar.

De modo a ter mais segurança para o idoso na avaliação de 1 RM, esta não será aplicada de modo direto, na qual se vai aumentando progressivamente a carga ate o individuo só conseguir executar uma repetição, mas sim de modo indirecto em que o idoso realiza um número reduzido de repetições com cargas elevadas.

Posteriormente aplicou-se o protocolo de O´Conner et al (1989), para cálculo de 1RM = carga *[1 +0,25* repetições], calculando assim o valor das cargas que cada idoso deverá trabalhar em cada máquina.

Nesta etapa tive bastante dificuldade em explicar que a carga tinha que ser a mais elevada possível, mesmo que não conseguissem fazer muitas repetições.

Os alunos mostravam-se, com alguns receios em relação às cargas.

No planeamento anual contemplei estes tipos de treino (resistência muscular, potencia muscular e hipertrofia) de modo, que o idoso consiga executar um trabalho completo para ganhar mais resistência muscular, massa muscular, força e incrementar massa óssea, minimizando as patologias.

Iniciando – se o programa de resistência muscular, pretendendo-se que o idoso com o treino tenha aumentado a massa muscular e consequentemente a força, seguindo- se a fase de treino de potencia muscular e por ultimo a se aplicado será a hipertrofia muscular, seguindo- se uma nova avaliação com a aplicação de bateria de testes de aptidão funcional, a fim de se verificar se houve ao longo do ano uma melhoria funcional nos idosos.

O trabalho de resistência muscular será o primeiro a ser aplicado, por ser importante o ganho de maior resistência para que se possa aplicar os programas de treino seguintes. Este programa terá uma duração de, seis semana e meia, seguindo se o treino de potência muscular, com a duração de dez semanas.

Segundo o ACSM (2009), o treino para adultos saudáveis deve englobar três vertentes fundamentais: o treino de resistência muscular, o treino de potência muscular e o treino de hipertrofia muscular. Cada tipo de treino é executado com uma carga específica, correspondente a uma percentagem pré – definida do valor de 1 repetição máxima (1RM). Segundo os mesmos autores, o treino de força do individuo idoso, saudável tem exactamente os mesmos princípios, no entanto não esquecer que o treino deverá ser individualizado e adaptado as capacidades, limitações e necessidades de cada aluno.

O Treino de força (treino de peso ou musculação), é definido como um treino no qual o trabalho muscular gere força, tem envolvimento de contracção muscular contra a resistência, o que aumenta progressivamente ao longo do tempo.

O Grupo é etário que mais beneficia com o treino regular de força é o idoso (Evans,1999).

Tanto o treino aeróbico e o treino de força serem recomendados e contribuírem de certa forma para melhorar a capacidade funcional do idoso, tudo indica que somente o treino de força, consegue reverter a sarcopenia como medida importante para preservar e tentar retardar os efeitos do envelhecimento (Hurley e Roth,2000).

Ao longo do ano lectivo para que as aulas não sejam sempre semelhantes e com o objetivo de promover o convívio, a socialização e a diversão, ira ser realizadas aulas temáticas, estas aulas serão realizadas em épocas festivas, incutindo uma maior dinâmica e criatividade nas mesmas, para uma maior participação e divertimento por parte dos alunos para que estes não se sintam desmotivados com o tipo de treino que por

vezes a musculação acarreta, principalmente no alunos de sexo feminino, Para que tal não aconteça irei tentar ao longo do ano promover aquecimentos e relaxamentos mais dinâmicos e lúdicos.

Na aplicação do modelo de treino optei pelo modelo linear de treino, pois o modelo inverso de treino apresenta resultados inferiores no que diz respeito ao aumento de força (ACSM,2003)

Segundo Evans (1999), a potência muscular parece ser mais importante que a força muscular pra a população idosa, por isso deve ser dispensado mais tempo para este programa de treino. O último programa é o de hipertrofia muscular com duração de sete semanas, neste treino geralmente se dedica menos tempo, pois se considera o menos importante para as actividades diárias dos idosos, também existe outro ponto negativo do treino de hipertrofia o aluno pode entrar num período de over- training, o que não seria conveniente.

Justificação do plano de treino de resistência muscular

O processo natural do envelhecimento e a inatividade, levam a uma diminuição do fornecimento capilar ao músculo- esquelético, no entanto segundo Evans (1993), o treino de resistência muscular permite não só evitar este tipo de perda como também pode contrariar.

Evans (1999) Diz que para alem de melhorar a força e a potência muscular, o treino de resistência muscular provoca algumas melhorias na resistência cardiorrespiratória em idosos.

Tavares (2008) defende que os principais fundamentos do treino de força são: o princípio da sobrecarga progressiva, da individualização, da espacialização e da variabilidade, também defende que o princípio da sobrecarga progressiva consiste no aumento, progressivo e contínuo da carga da velocidade e da execução (ACSM,2002).

Justificação do plano de treino de potência muscular

Tudo indica que o treino de potência muscular é o mais indicado para atender as necessidades dos idosos, pois contribui para um aumento da força, da coordenação

muscular e na velocidade do movimento, que terá como consequência uma redução de quedas e lesões (Evans,1999).

Em relação a carga a ser utilizada para o trabalho de potência, os seguintes autores concluem que a principal diferença na prescrição do treino de potência e de força é a velocidade de execução, sendo a velocidade do treino de potência muscular é consideravelmente maior (Graves & Franklin, 2001).

Justificação do plano de treino de hipertrofia muscular

O ACSM diz que o treino de resistência muscular induz hipertrofia. Hipertrofia muscular ´é o resultado de uma acumulação de proteínas quer através de aumento da taxa de síntese, da diminuição da degradação ou dos dois.

Parece existir uma interacção entre as adaptações neuronais e hipertrofia na expressão de força. Menos massa muscular é recrutada durante o treino de resistência com uma determinada intensidade depois de esta adaptação ter ocorrido.

Justificação do plano de treino multicomponente

No planeamento integrei 4 aulas de multicomponentes, optei por incluir as aulas logo a seguir ás férias de natal, devido ao facto de os alunos terem ficado algum tempo sem praticar exercício físico.

De acordo com o ACSM (2009) aconselha o exercício multicomponente, onde é abrangido o trabalho de resistência aeróbica, flexibilidade, coordenação, equilíbrio e a força.

O ACSM (1998) recomenda o trabalho de:

•Atividades de baixa impacto articular

Trabalhar os grandes grupos musculares (Caminhar, nadar, andar de bicicleta)

•Numa intensidade suficientemente elevada para induzir alterações fisiológicas, sem que exista risco de lesões no sistema cardiovascular e locomotor.

•20 a 60 minutos de duração em cada treino.

•Treino continua, intermitente ou intervalado.

Este tipo de treino é considerado um programa equilibrado que inclui exercícios de força, resistência aeróbica, coordenação, equilíbrio e flexibilidade (Carvalho et al., 2008).

Justificação do plano das aulas temáticas

Na primeira aula temática, foi realizada uma aula de Pilates com a utilização de bandas elásticas.

Segunda aula, foi realizada uma aula de localizada

Terceira, aula de step com trabalho localizado

Quarta, aula de step com trabalho localizado

Quinta, aula de localizada

Estrutura da aula

Aquecimento, duração de 10 minutos que envolvia movimentos contínuos de intensidade moderada, sem pausa.

Parte fundamental, duração de 35 minutos, depende do período do planeamento (trabalho de resistência muscular, potencia muscular e hipertrofia) ou trabalho multicomponente (exercícios de força, coordenação, equilíbrio e flexibilidade).

Parte final Alongamento e relaxamento, duração de 5 minutos, que envolveu trabalho de flexibilidade (estática e dinâmica), os alongamentos estáticos a posição foi mantida durante 10 a 30 segundos. E exercícios respiratórios.

Dias	Meses									
	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
1										
2		5ª		3ª				5ª		3ª
3						3ª	3ª			
4			3ª	5ª						5ª
5						5ª	5ª		3ª	
6			5ª		3ª					
7		3ª						3ª	5ª	

8					5ª					
9		5ª		3ª				5ª		3ª
10						3ª	3ª			
11			3ª	5ª						5ª
12						5ª	5ª		3ª	
13			5ª		3ª					
14		3ª						3ª	5ª	
15					5ª					
16		5ª		3ª				5ª		3ª
17						3ª	3ª			
18			3ª	5ª						5ª
19						5ª	5ª		3ª	
20			5ª		3ª					
21		3ª						3ª	5ª	
22					5ª					
23		5ª		3ª			3ª	5ª		3ª
24						3ª				
25			3ª	5ª			5ª			5ª
26						5ª			3ª	
27			5ª		3ª					
28		3ª						3ª	5ª	
29					5ª					
30	3ª	5ª		3ª			3ª	5ª		
31										

	Apresentação
	Questionário
	Adaptação
	Rikli& Jones
	1 RM
	Resistência Muscular
	Potencia Muscular
	Re- Testes de 1 RM
	Hipertrofia
	Época Festiva
	Lúdica
	Multicomponente

Tabela de volume de treino

Resistência Muscular

Duração do intervalo entre series	Números de séries e repetições	Números de sessões de treino	Intensidade
	10 a 15 Repetições 1 série	2 vezes por semana em dias alternados	40 a 50% de 1 RM

Potencia Muscular

Duração do intervalo entre series	Números de séries e repetições	Números de sessões de treino	Intensidade
1Minuto de descanso	3 a 6 Repetições 2 a 3 séries	2 Vezes por semana em dias alternados	30 a 60% de 1 RM

Hipertrofia Muscular

Duração do intervalo entre series	Números de séries e repetições	Números de sessões de treino	Intensidade
1 a 3 Segundos entre repetições 90 a 120 Segundos entre séries	8 a 10 Repetições 1 a 3 séries	2 Vezes por semana em dias alternados	70 a 85% de 1 RM

5.5.Grupo de idosos da Santa Casa da Misericórdia do Porto

O lar abriu as portas em Março de 1998. Situado na Rua Diamantina, nº 67 Porto.

Esta é composta por 33 quartos duplos e triplos, com capacidade de instalar 75 residentes de ambos os sexos. Existe também uma segunda zona denominada de residencial, que é constituída por 10 suites.

Dentro da instalação, existem 2 elevadores que servem para transportar os utentes /visitantes e cargas para os vários andares, onde se situam as suites, capela , lavandaria e a sala de ginástica .

5.6.Caracterização da turma

A turma é composta por 14 alunos, os quais frequentam as aulas com alguma regularidade.

No início da época foi necessário incentivar e a motivar os alunos a criar um hábito para a prática de atividade física, o que não foi fácil.

Devido as caraterísticas da turma optei por não aplicar, o questionário no início do ano, tive por base as informações clinicas que a enfermaria me dispensou.

Nomes	Idades	Estado civil	Problemas de saúde	Limitações
Armando Augusto Tunes	85 Anos	Viúvo	•Doença de Alzheimer •Hipertensão •Osteoporose na coluna vertebral • Insuficiência renal tipo II	Autónomo
Arminda M.L.S.Fragateiro	78 Anos	Viúva	•Mastectomia a esquerda (2007) •Aneurisma da aorta abdominal (2008)	Cadeira de rodas, tripé

			•AVC •HTA •Diabetes •Osteoporose	
Berta Sousa Felix	87 Anos	Solteira	•HTA •Enfarte do miocárdio •Insuficiência aórtica •Osteoporose	Cadeira de rodas Autonomia por períodos curtos
Celina Maria Almeida Moura	79 Anos	Viúva	•Doença de Alzheimer •HTA	Autónoma
Fernanda Martins de Castro Soares	93 Anos	Viúva	•HTA •Cifose acentuada •Osteoporose	Canadianas
Isabel Carvalho Teles	94 Anos	Viúva	•HTA •Síndroma de demencial	Autónoma
Maria Alice Jesus Ferreira	85 Anos	Viúva	•HTA	Autónoma
Maria Fernanda Marques Gomes Mendes	54 Anos	Viúva	•Síndroma de demencial	Autónoma
Maria da Graça Cerqueira Ferreira	82 Anos	Divorciada	•HTA •Diabetes	Cadeira de rodas

			•Fratura isquiotibial direita	Andarilho
Maria Idalina da Costa	90 Anos	Viúva	•HTA •Diabetes •Doença degenerativa osteoarticular	Andarilho
Maria Teodolinda Serra	87 Anos	Viúva	•Alzheimer •HTA •Osteoporose	Autónoma
Natércia Moreira Correia	89 Anos	Viúva	•HTA •Diabetes • Osteoporose •Hipertrofia articular esquerda	Autónoma
Orquídea Jesus Nunes	93 Anos	Viúva	•HTA •Osteoporose •Alterações na válvula aorta	Cadeira de rodas
Maria Alice Jesus Ferreira	85 Anos	Viúva	•HTA	Autónoma

5.7.Justificação do planeamento anual

O espaço temporal de intervenção neste grupo, foi ligeiramente menor devido ao fato de ter começado um mês mais tarde. As aulas decorreram no ginásio do lar onde tinham espelhos e barras.

As aulas foram constituídas, por três momentos diferentes, no início terá um aquecimento, depois a fase fundamental, onde procurei trabalhar as capacidades que pretendo explorar naquela aula, e termino com o retorno a calma com alongamento e alguns exercícios de respiração.

No início do ano lectivo, realizei um período de adaptação, para conhecer melhor os alunos e para melhorar motivação para o exercício.

Para avaliar as capacidades motoras da turma foi aplicada a bateria de testes SFT desenvolvida por Rikli & Jones (2013), com o objetivo de avaliar a força, a flexibilidade tanto dos membros superiores como inferiores, e os testes para as restantes componentes da aptidão não se realizaram devido á fraca mobilidade da turma.

Para esta turma os meus objetivos foram:

•Aumento da mobilidade dos MS e MI

•Aumento da força dos MS e MI

•Aumento da motivação para a prática de Atividade física

•Maior socialização entre alunos

E também aumentar a qualidade de vida, maximização do desempenho funcional.

Segundo Justine et al., (2011), a capacidade funcional é reconhecida como uma componente bastante importante na qualidade de vida, melhorando essa capacidade vai facilitar ao idosos a execução de varias tarefas como tomar banho, vestir-se, levantar, caminhar, permitir ao idoso uma vida mais saudável e autónoma.

Para melhorar a capacidade funcional, visto as características dos alunos decidi fazer um planeamento de treino multicomponente.

Entre as capacidades avaliadas através dos testes acima referidos, as que merecem mais cuidados durante o planeamento anual foram; o trabalho de força e de flexibilidade e equilíbrio.

Segundo o autor Gonçalves et al., (2007), deve-se dar-se especial atenção ao trabalho de força e de flexibilidade.

Nas recomendações do ACSM, o treino de força deve consistir em sessões compreendidas entre os 25 e os 40 minutos, tentando trabalhar entre 65% e os 75%.

No treino de flexibilidade, devem-se realizar pelo menos 2 vezes por semana durante 10 minutos, realizando 3 a 4 repetições, onde se deve segurar a posição entre 10 a 30 segundos (Nelson et al.,2007).

Em relação ao trabalho de equilíbrio e coordenação motora, segundo o mesmo autor , Nelson et al., os vários estudos realizados sobre estas capacidades foram focados em exercícios específicos e não em atividade prática. Assim o tipo de exercício ideal como a frequência e duração não são especificados nas recomendações clinicas. Assim para melhorar estas capacidades neste tipo de população especifica, parece ser não só o

treino especifico de coordenação e equilíbrio mas também um programa de treino genéricos, onde esta incluído o treino isolado aeróbico, força e treino multicomponente (Costello& Edelstein,2008).

Em relação ao treino aeróbico, não foi um alvo de uma planificação e prescrição específica, embora a ACSM (2007), recomenda que este tipo de treino seja realizado de 3 a 5 vezes por semana, com a intensidade de 30 e 20 minutos, devido a fraca mobilidade da turma, alguns destes exercícios foram excluídos, e também a pouca carga horaria semanal. Podendo dar mais atenção as outras capacidades que foram trabalhadas de forma mais sistemática, e nas quais os alunos apresentavam maior debilidade.

No início do ano lectivo, segui o princípio de abordar duas capacidades por aula (bicomponente), para os alunos se adaptarem melhor, aos exercícios.

Os idosos institucionalizados, mesmo que tenham autonomia, acabam por perder as componentes da aptidão física, desenvolvendo assim diferentes graus de dependência decorrentes da falta de oportunidade, motivação e encorajamento para um estilo de vida ativa nas instituições (Ramos, 2009).

Maioria dos idosos, não são autónomos, necessitam de ajuda para se deslocar ate a sala, uns deslocam-se em cadeiras de rodas outros com andarilhos, moleta ou de uma bengala.

Estes alunos apresentam uma mobilidade articular muito reduzida tanto da parte superior com na inferior, o que dificulta o tipo de trabalho, o ideal seria conseguir níveis diferentes de trabalho de forma a consolidar as dificuldades de cada aluno, mas essa situação foi impossível de se realizar.

A planificação foi construída essencialmente com trabalho multicomponente (força, equilíbrio /coordenação, resistência aeróbica e flexibilidade), segundo estudos realizados, demonstram que a intensidade do esforço durante as sessões de treino, são fisiologicamente seguras e equilibradas e suficientemente elevadas para induzir adaptações no sistema cardiovascular (Carvalho, Mota,et al., 2008).

Nas sessões de treino do trabalho multicomponente induz uma melhoria na aptidão física e funcional, como também na composição corporal dos idosos, contribuindo assim para a redução de factores de risco de varias patologias, comuns desta população (Carvalho, Mota, et al., 2008).

As aulas leccionadas eram geralmente no formato de *chair-based*, devido a reduzida mobilidade dos alunos.

Nas aulas existiu sempre a vertente musical, que serviu como forma de motivação e de dinamismo para executar os exercícios, embora em algumas situações baixava o volume para que os alunos prestassem atenção a explicação. A música pode ser prejudicial pois

em certas circunstâncias pode dificultar a comunicação entre os alunos e professor (Cotton et al.,1998).

Durante o ano vão existir algumas aulas lúdicas, associadas a datas festivas.

Estrutura da aula

Aquecimento, duração de 10 minutos que envolvia movimentos contínuos de intensidade moderada, sem pausa.

Parte fundamental, duração de 35 minutos, depende do período do planeamento) trabalho multicomponente (exercícios de força, coordenação, equilíbrio e flexibilidade).

Parte final Alongamento e relaxamento, duração de 5 minutos, que envolveu trabalho de flexibilidade (estática e dinâmica), os alongamentos estáticos a posição foi mantida durante 10 a 30 segundos. E exercícios respiratórios.

Planeamento Anual

	Meses									
Dias	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
1					5ª					
2				3ª				5ª		3ª
3						3ª	3ª			
4			3ª	5ª						5ª
5						5ª	5ª		3ª	
6			5ª		3ª					
7								3ª	5ª	
8					5ª					
9				3ª				5ª		3ª
10						3ª	3ª			
11			3ª	5ª						5ª
12						5ª	5ª		3ª	
13			5ª		3ª					
14								3ª	5ª	
15					5ª					
16				3ª				5ª		3ª
17						3ª	3ª			
18			3ª	5ª						5ª
19						5ª	5ª		3ª	
20			5ª		3ª					

21								3ª	5ª	
22					5ª					
23				3ª				5ª		3ª
24						3ª	3ª			
25			3ª	5ª						5ª
26						5ª	5ª		3ª	
27			5ª		3ª					
28		3ª						3ª	5ª	
29					5ª					
30		5ª		3ª				5ª		
31							3ª			

	Apresentação/Adaptação
	Testes Rikli & Jones
	Res.Aerobica
	Flexibilidade
	Multicomponentes
	Força
	Lúdicas
	Épocas Festivas

5.8.Material

O material existente nas instalações é pouco. Existem 8 halteres de 1,5 kg, 12 garrafas de água pequenas enchidas com areia com um peso aproximado de 1 kg, 2 bolas de volei e 15 bastões.

6. Resultados do trabalho desenvolvido

A bateria de testes foi aplicada ao longo de ano em dois momentos específicos nas duas instituições. No grupo de musculação foi realizada em Outubro e depois repetido em Junho. O grupo da Santa Casa da Misericórdia, o primeiro momento foi em Dezembro e depois repetida em Junho.

O objectivo da aplicação da bateria de testes em dois momentos diferentes foi verificar os resultados como forma de concluir se existiu melhorias, ao longo do ano com as aulas executadas no programa. O ideal seria executar o teste em três momentos diferentes, uma vez no início do ano, outra no meio e a terceira no fim do ano, como forma de observar se o trabalha que esta a ser realizado, esta a suprir resultados positivos. Mas isso ia implicar uma redução no número de aulas.

Observou-se que no grupo de musculação da FADEUP, os alunos conseguiram evoluir ao longo do ano, verificou-se uma evolução nos resultados. Todas as componentes foram trabalhadas, sendo o objectivo principal o trabalho e força.

No grupo da Santa Casa da Misericórdia, a evolução não foi tão notória, mas verificou alguma evolução principalmente na flexibilidade dos membros inferiores. Resultado final constatou que existiu uma melhoria em todos os testes realizados. O aluno mais assíduo, verificou-se que existiu uma melhoria na aptidão física. Acompanhei esta turma duas vezes por semana, a componente mais trabalhada foi a força do membro superior e inferior, e notou-se uma melhoria significativa sendo possível verificar-se a olho nu algumas das evoluções em comparação com o início do ano.

Espero que os alunos continuem motivados, para continuarem na próxima época, visto que eles próprios viam os seus progressos.

7.Reflexão

A minha primeira dificuldade foi a organização das aulas com o meu horário de trabalho. Passei bastante tempo ao computador para poder esboçar as aulas, as reflexões, revisão da bibliografia e outros conteúdos, tentando conjugar o meu trabalho. Não foi tarefa fácil conseguir ao longo do ano gerir a melhor estratégia para organizar horários de aulas e eventos com o estágio.

Relativamente às aulas em si, não senti muita dificuldade em apresentar-me nem expressar-me junto aos alunos. A maior dificuldade foi sentida no manuseamento das máquinas de musculação, o que foi rapidamente ultrapassada

No grupo de musculação da Faculdade de desporto correram bastante bem ao longo do ano, visto ser uma turma com experiencia

Contudo a realidade do lar da Misericórdia era bem diferente do grupo de musculação da Faculdade, não apenas pelas infra-estruturas mas principalmente pelos próprios alunos e suas limitações e patologias. Desanimei algumas vezes, visto que não tinha muito apoio nem ajuda na parte na parte do lar. Na reunião inicial ficou combinado que teria ajuda com a deslocação dos alunos para a aula, situação essa que não se realizou. Tinha que ser eu a deslocar os alunos para aula, até mesmo em algumas situações de ir chama-los ao quarto. O que demorava algum tempo e alguma paciência.

A necessidade de quando planeamos aula, damos sempre algum tempo para as pequenas adaptações que podem correr ao longo da aula, mas ao trabalhar com esta faixa etária implica constantemente novas reestruturações. Esta situação aconteceu mais no grupo da santa casa da misericórdia, onde alguns alunos padeciam de demência. As aulas eram simples e com exercícios repetitivos para facilitar, ser criativo e fazer exercícios diferentes foi quase uma missão impossível, devido ao facto dos alunos serem pouco autónomos e só conseguirem fazer o exercício correctamente depois de estarem bem familiarizados com ele, mas porem o tempo de explicação era bastante e as correcções eram constantes. Aprendi a lidar o melhor possível com esta patologia e procurar

soluções rápidas e eficazes para colmatar estas situações que aconteciam em toda as aulas.

Apesar de ter realizado o estágio em dois sítios diferentes, o meu maior desafio foi o grupo da Santa Casa da Misericórdia, por ser o grupo com maior número de limitações funcionais, era pessoas bastante sedentárias sem grande motivação para o exercício físico, foi bastante complicado motiva -las e mante-las na aula. Apos todo o esforço e dedicação aos alunos é gratificante aperceber, com os resultados obtidos, alguns aspectos da aptidão física destes idosos melhoraram, comprovando que este programa de treino parecer ser eficaz,. Neste grupo as maiores evoluções foram alcançadas ao nível da força dos membros superiores e na flexibilidade.

Já o grupo da FADEUP, foi simples, eram alunos regulares e com vontade de trabalhar, visto já estarem habituados a prática do exercício físico. Nesta turma ni inicio do ano realizou-se um período de adaptação ás maquinas de resistência variável, em seguida iniciaram um plano de treino baseado numa exercitação da resistência muscular, seguindo-se por um reforço da potencia muscular, terminando com um trabalho de hipertrofia muscular. Neste grupo as maiores evoluções alcançadas foram ao nível da força dos membros superiores e na resistência aeróbica.

Preocupa-me que esta população perca a vontade de praticar atividade física, por achar que já não vale apena.

Pretendo continuar a desenvolver e a motivar a prática da atividade física nesta população, incentivar para que esta se torne cada vez mais ativa e autónoma.

No entanto compete a todos nós proporcionar a este grupo etário, programas de atividade física, recreação e lazer, onde eles possam encontrar momentos de felicidade, e se sintam realizados e que continuem a aprender, nesta fase vida deve estar cheia de momentos especiais.

Adoptar um estilo de vida ativo para que se possa envelhecer mais saudável e com mais qualidade.

Em anexo presento algumas reflexões elaboradas ao longo do ano sobre as aulas e as dificuldades sentidas.

Bibliografia

ACSM. (1998). American College of Sport Medicine . Position stand on the recomende quanlity of exercise for developing and maintaining cardirespiratory ans musclar fitness and flexibility in healthy adults. Medicine Science of sports exercices.30.975-991.

American College of Sport Medicine-ACSM(2000).ACSM´S Guidelines for exercise testing and prescription (8ed).Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

ACSM,W.,W.L. (2010) ACSM´s Guidelines for exercise testing and prescription : Wolters Kluwer.

ACSM, W.W.,L.(2010). ACSM´s Guidelines for exercise testing and prescription: Wolters Kluwer

ACSM, (1998). Exercise and Physical Activity for Older Adults- position stand . Medicine & Science in sport and exercise,30(6)

ACSM(2006) American College of Sport Medicine Guidelines for exercise testing and prescription (vol.61)

ACSM,(2008). The Heart [versão electrónica],ACSM fit society page disponível em http://WWW.acsm.org/docs/fit-society-page/2008-summer-fspn_the-heart.pdf

ACSM.(2008ª). The Heart [versão eletrónica]. ACSM fit society page disponivel em http://www.acsm.org/fit-society-page/2008-summer-fspn_the-heart.pdf

ACSM (2009).American College of Sport Medicine.Progression models in resistance training for american heart assocation. 116.1094-1105.

ACSM (2009a). Exercise Recommendations for Menopause Aged Women.ACSM fit society page diponivel emhttp://www.acm.org/docs/fit-society-page/2009-fall-

fspn_manopause.pdf.

ACSM(2009b), Resource Maual for Guidelines for exercise Testing and Prescription (7 ed). Baltimore:Lippincott Willams &Wilkins.

ACSM(2009). Progression models in resistance training for healthy adults

ACSM American College of Sports Medicine . (2009). American college of sports Medicine position stand. Progression models in resistance training for healthy adults. Medicine and Science in sports and exercise,41(3), 687-708.

ACSM,W.W.,L.(2010).ACSM´s Guidelines for Exercise testing and Prescription:Wolters Kluwer.

ACSM.(2001);Physiology of aging disponivel em http://www.acsm.org/docs/current-comments/physiologyofaging.pdf

ACSM, (2011). American College of Sports Medicine position stand: Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults:Guidance for prescribing exercicse. Medicine and Science in sports exercise,43(7), 1334-1359.

ACSM (2004). Position Stand.Physical activity and bone health.Med Sci Sports Exerc., 38,2012-2029

ACSM(2003) Directizes do ACSM Para os testes de esforço e sua prescrição (Vol.6)

ACSM.(1998)Position stand on the recomende quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness , and flexibility in healthy adults. Medicine science of sport exercices,30,975-991.

ACSM,A. (2007). Physical Activity and Public Health in older Adults: Recommendation from the American college of sport Medicine and The American Heart Association . Geriatric Nursing.28(6),339-340.

American Diabetes Association- ADA(2004) Diagnosis and classificatin of diabetes melitus.Diabetes Care. 27 (1)

Anderson BD, Spector A. Introduction to Pilates- based rehabilitation. OrthPhys Ther Clin North Am(,2000)

ADA.(2012). Standards of medical care in diabetes-2012.Diabetes Care,35 Suppl1 , S11-63.

Arsa,G.L.,L,; Almeida,S.S., Moreira,S.R., Campbell,C.S.G.,S imão,H.G.(2009).Diabetes Mellitus tipo 2: Aspecto fisiológico genético e formas de exercício físico para controlo. Ver. Bras Cineantropometria Desempenho Hum., 11(1),103-111.

AHA.,A.H.A. (2010).Risk Factors and Coronary Heart Disease. Amrican Heart Associiation- Learn and Live. Consult.9 Abril,2013, disponivel em

htt://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/More/MyHeartandStrokeNews/Coronary-Artery-Disease---Coronary-Heart-Disease_UCM_436416:Article.jsp.

Amesberger ,G.,Finkenzeller,T.,S.Wurth, & E.Muller.(2011).Physical self-concept and physical fitness in elderly individuals.Scandinavian Jounal of Medicine and Science in Sport,21

American Council on Exercise.(1998).Exercise for older adults ace´s guide for fitness professionals.San Diego.

American College of Sports Medicine(2011). American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory,musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. Medicine and Science In Sports and Exercise,43(7),1334-1359.

American college of Sport Medicine(2014). ACSM´s guidelines for exercise testing and prescription(9 th ed.). Philadelphia :Lippincott Williams & Wilkins.

Aoyagi ,Y.,e,& Shepard,R.J.(1992). Aging Muscle function. In(pp.376-396):Sports Medicine.

Araújo,M.E.A.,Da Silva ,EB;Vieira,P.C;Cader,S.A; Mello,D.B; Dantas,E.H.M. Redução da dor cronica associada à escoliose não estrutural, em universitárias submetidas ao métodos pilates,Motriz: Revista de educação física , Rio Claro,(2010)

Avlund,k.; Lund,R.; Holstein, B. & Due,P. (2004). Social relations as determinant of onset of disability in aging. Arch Gerontol Geriatr, 38:85-90.

Baechle,T.R.e.,& Groves,B.R.(2000);.Treinamento de força. Porto Alegre: Artmed.

Balsamo, S.,& Bottaro,M(2000). Os beneficios dos exercicios com pesos no tratamento e prevenção da osteoporose: uma revisão. Revista Euro-AM.Ano, 2(2),143-148.

Beers, M.H. (2004). Manual Merck: Geriatria.Barcelona:Oceano

Benedetti,T.R.B., Gonçalves, L.H.T., & Mota,JÁ.P.d.S.(2007). Uma Proposta de política Pública de actividade Física para idosos. Revista texto & Contexto Enfermagem,16(3),387-398.

Botelho,M.A.(2007). Idade avançada- características biológicas e multimorbilidade. Ver.Port Clin Geral,23,191-195

BRÊTAS, A.C.P. Cuidadores de idosos e o sistema único de saúde. Rev. Bras.

Carvalho, J. e., & Sores, J.M.C.(2004). Envelhecimento e força muscular breve revisão. Revista Portuguesa de ciência do desporto , 4((3)), 70-93

Carvalho;J. & Soares,J. (2005). A Actividade Física e o sistema muscular Esquelético no Idoso. Revista Portuguesa de Ciencias do Desporto.4(2), 27-29.

Carvalho, J., Marques, E.& Mota, J.(2008). Resposta hemodinâmica aguda a uma sessão de exercício físico multicomponente em idoso. Revista Portuguesa de Ciência do Desporto.8(1): 103-113

Carvallho, J.,Marques,E.,&,Mota,J.(2008). Training and detraining Effects on Functional Fitness after a Multicomponent training in Older Women. Gerontology,55(1),41-8

Carvalho,J., Marques,E.,e,& Mota,J (2008). Resposta hemodinâmica aguda a uma sessaode exercício físico multicompnente em idosos. Revista português de ciência do desport,(online)8 (1),103-113.

Carvalho,C.,& Horiguela,M.(2007).Inserção social de idosos a partir da escolarização básica, In:Bruns, M., Del-Masso,M(ED).Envelhecimento humano.diferentes perspectivas.Campinas:Alínea.

Carvalho,J.(2010). Envelhecimento ativo:Recomendações para a pratica de exercício físico. Centro de investigação, inovação e intervenção em desporto

Carvalho,J.(2010).Envelhecimento Activo:Recomendação para a prática de exercício físico.In F.CIFI D- Centro de investigação, inovação e intervenção em Desporto e Educação física em português(pp.294-307):Faculdade de desporto da Universidade do Porto

;Carvalho,J.& Mota,J.(2012). Exercicio fisico e quedas nos idosos- Breve revisão.In A.Soares,A..Liberato & J.Bento(Org.). Desporto e Educação física- Traço de união entre a Universidade Federal do Amazonas e a Universidade do Porto(pp.93-111). Manaus: EDUA.

Castro,D.F.D.(1999).Efeito da actividade Fisica habitual e do envelhecimento na expressão articular um estudo em adultos idosos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 54 aos 91 anos. Porto: Darida Castro.

Cardão, Sandra(2009). Actividades físicas para a terceira idade. A terceira idade.5(4):9-21

Carrick-Ranson .G.,Hasting,J.L., Behella,P.S., Shibata,S.,Fujimoto, N.,Palmer, D., Boyd,K.,& Levine,B.D(2013). The Effect of age- related differences in Body Size and Composition on Cardiovascular Determinants of VO2 max. JGerontol A Biol Sci Med Sci,68(5),608-616.

Caspersen,C.J., Powell,K.E.,&Christenson, G.M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitins and distinctions for health-related research. Public health reports,100(2).126-131.

Cerca,L(2011).Metodologia da ginastica de grupo . Cacem: A.Manz produções.

Chang, Y.K., Pan,C.Y.,Chen,F.T., Tsai, C.L.,& Huang,C.C.(2012). Effect of Resistance-Exercise training on cognitive Function in Healthy Older Adults: A Review.Journal of Aging and Physical,20,497-1

Chodzko-Zajko,W.J(1995).Editorial:Addressing the physical activity needs

Colberg,S.R.S.,D.P. (2000). Exercise and Diabetes Control, A Winning Combination. The Physican Sportsmedicine,28(4),63-81.

Cotton ,R.T., Ekeroth,C.J.,& Yancy,H (1998).Exercise for older adults.San Diego, California.

Cresse,M.,Buchner ,D., Prohaska,T.,Rimmer,J.,Brown,M.,Macera,C., Depietro,L.,e,&Chodzko-Zajko,W(2006).Best pratices for physical activity programa and behavior counseling in older adult populations. European Review of Aging and Physical Activity,3(1),34-41.

Cresse,M.,Buchner,D.,Prohaska,T.,Rimmer,J.,Brown,M.,Macera,C.,DePietro,L.,&Chod zko-zajko,W(2006). Best practices for physical activity progrms and behavior counseling in older adults populations. European Review of Aging and Physical Activity,3,34-42.

CURI, V.S. A Influência do método Pilates nas Atividades de Vida Diária de Idosas. Porto Alegre. 2009.
Disponível em http://www.inovefit.com.br/admin/artigos/3.pdf. Acesso: 05.04.2013.

Evans,W.(1999).Exercise training guidelines for the ederly . Medicine Science Sport Exercise,31(1), 12-17.

Romo Pérez,V., Schwingel,A.,& Chodzko-Zajko.W.(2011)International resistance training recommedations for older adults: Implications for the promotion of healthy aging in spaing in spain: Jounal of Human Sport and Exercise,6 (4). 639-649

Tavares, C. (2008). O Treino da força para todos (3ª ed.)

Anexos

1.Anamnese

Questionário

Nome:

Data de nascimento:

Sexo:

Estado civil:

Contacto de emergência:

1. **Costuma sentir**

( ) Tonturas ( ) Taquicardia(sentir o coração a bater com força)

( ) Desmaios

( ) Dor no peito

( ) Falta de ar

2. **Tem problemas cardíacos (ataque, cirurgia ou doença cardíaca)?**

Sim ( ) Se sim índice qual……

Nã0 ( )

3. **Tem familiares que sofrem ou já sofreram de problemas cardíacos (Pai, Mãe, irmão)?**

Sim ( ) Não( )

4. **Sabe qual e sua pressão arterial?**

Sim ( ) Qual é…….

Não ( )

5. **Tem Hipertensão?**

Sim ( ) Não ( )

6. **Toma medicação para controlar a tensão?**

Sim ( ) Qual……

Não ( )

7. **Tem diabetes?**

Sim ( ) Que tipo de diabetes……..

Não ( )

8. **Toma medicação para o controle de diabetes?**

Sim ( ) Qual……

Não( )

9. **Tem colesterol alto?**

Sim ( ) Não ( )

10. **Toma medicação para o colesterol?**

Sim ( ) Qual……

Não( )

11. **É fumador?**

Sim ( ) Não( ) Deixou a quanto tempo…….

12. **Tem insónias?**

Sim ( ) Não ( )

13. **Sofre de depressões?**

Sim ( ) Não ( )

14. **Tem problemas articulares (artrose, atrite, dores musculares constantes)?**

Sim ( ) Não ( )

15. Tem algum tipo de problema ósseo, como osteoporose?

Sim ( ) Não ( )

16. Teve alguma fratura?

Sim ( ) Onde…… A quanto tempo…….

Não ( )

17. Tem alguma limitação física que o limita para a realização do exercício?

Sim ( ) Quais…….

Não ( )

18. Costuma cair com frequência?

Sim ( ) Não ( )

19. Possui outros problemas de saúde?

Sim ( ) Qual……

Não ( )

20. Já passou por algum procedimento cirúrgico?

Sim ( ) Qual……..

Não ( )

21. Toma mais algum medicamento que ainda não foi descrito?

Sim ( ) Qual……..

Não ( )

22. Tem algumas limitações para realizar os seus movimentos do dia-a-dia?

Sim ( ) Quais……

Não ( )

23. Algum médico recomendo-lhe a realização de exercício físico?

Sim ( ) Não ( )

24. Faz outras actividades físicas regulares com andar, vestir, tomar banho, subir escadas, etc?

Sim ( ) Não ( )

25. Sente-se feliz quando realiza exercício físico?

Sim ( ) Não ( )

26. Mantém contato com os colegas de treino fora das aulas?

Sim ( ) Não ( )

27. Tem acesso a internet?

Sim ( ) Não ( )

28. Nível de instrução escolar?

Nenhuma ( ) Ensino Básico( ) Ensino secundário ( ) Ensino superior ( )

29. Com quantas pessoas reside? Quem?

Numero de pessoas ( )

Quem……

30. Qual era a profissão que exercia?

……

31. Qual é o meio de locomoção que mais usa?

Carro ( )

Autocarro ( )

Mota ( )

Metro ( )

Bicicleta ( ) Quanto tempo por dia……

Andar a pé ( ) Quanto tempo por dia……..

32. Tem cuidados com a alimentação?

Sim ( ) Não ( )

33. Quantas refeições faz por dia?

---

34. Onde se alimenta?

---

35. Quem prepara?

---

36. Costuma comer a ver televisão?

Sim ( ) Não ( )

37. Tem problemas de deglutição?

Sim ( ) Não ( )

38. Costuma beber pelo menos 1,5 l ou 8 copos de líquidos ao longo do dia?

Sim ( ) Não ( ) Quando me lembro ( )

Assinatura……

2.Reflexão do Estágio do lar Da Santa Casa da Misericórdia

Reflexão do mês de Outubro, da Santa Casa da Misericórdia

Antes de iniciar o estágio do lar, foi-me apresentar com a ajuda do Ricardo as utentes e futuras alunas, apresentei-me e tentei cativa-las para as aulas, perguntando que musicas gostavam de ouvir e que tipos de jogos mais gostavam de jogar. Esta iniciativa obteve um resultado relativo, pois apesar de eles não dizerem directamente que não iam, não se mostraram muito interessados.

Decidiu-se na reunião antes do começo do estágio, que se ia dividir as terças iam a ginástica os utentes dependentes, e a quinta os autónomos.

No primeiro dia de aulas tive um número reduzido de alunos, e não se mostravam muito entusiasmados com o início das aulas.

Ao longo do mês as turmas continuaram mais ou menos regular, podia faltar um ou outro aluno por motivo de doença ou se esquecia que naquele dia havia aula.

Realizei exercícios com bola, passar a bola ao colega com braços esticados, por baixo das perna, mantendo uma conversação durante a realização dos exercícios, para começar a fixar os nomes de cada um e para maior convivência.

Reflexão do mês de Novembro da Santa Casa da Misericórdia

Ao longo do mês as turmas continuaram mais ou menos regular, podia faltar um ou outro aluno por motivo de doença ou se esquecia que naquele dia havia aula.

Realizei exercícios com bola, passar a bola ao colega com braços esticados, por baixo das perna, mantendo uma conversação durante a realização dos exercícios, para começar a fixar os nomes de cada um e para maior convivência.

Passando depois para um trabalho mais de resistência muscular com halteres.

A turma demonstrava grandes problemas de mobilidade, devido ao fato de estarem muito tempo sentadas da sala de convívio, perdia algum tempo na parte inicial da aula para as preparar para a parte fundamental.

Reflexão de mês de Dezembro da Santa Casa da Misericórdia

Durante este mês tive algumas desistências, então resolvi juntar as duas turmas, assim os mais assíduos beneficiavam com duas aulas por semana em vezes de uma.

Neste mês realizei a bateria de testes Rikli & Jones, no início tive muitos duvidas se devia realizar os testes, devido ao fato que os alunos tinham grandes limitações de mobilidade. Apenas realizei quatro testes, (levantar e sentar da cadeira, flexão do antebraço, sentar e alcançar, alcançar atrás das costas). Consegui realizar os testes nas datas determinadas.

Ficou demonstrado após a realização dos testes, o que já havia concluído, que existia uma grande necessidade da turma realizar um trabalho mobilidade articular, força de membros superiores e inferiores e de flexibilidade.

Perguntei se era habitual na festa de natal, existir alguma apresentação da classe de ginástica, prepôs que isso acontece-se este ano, eu gosta mostrar o trabalho que estava a ser feito, mais ninguém se mostrou muito interessado em desenvolver a ideia.

Reflexão de mês de Janeiro da Santa Casa da Misericórdia

Depois das férias de Natal, no primeiro dia de aulas, o recomeço para alguns era muito esperado, até me disseram que quando não tinha nada para fazer iam fazendo alguns exercícios aqueles que se lembravam melhor. Para outros foi mais dolorosa, tive que ir a sala de convívio, convence-los a ir para a ginástica.

Utilizei bandas elástica para desenvolver o trabalho de força, não obtive muito sucesso devido a dificuldade de alguns idosos ter em segurar as bandas para conseguirem trabalhar. Também tentei executar um exercício com estafetas o qual alguns idosos não quiseram realizar, conclui que ainda era muito cedo para executar este tipo de exercícios, ainda existia muitos medos de não conseguirem realizar o exercício e caírem. Por isso mudei de estratégia e passei a executar trabalho na barra de força para os membros inferiores. Dividi em dois grupos os que tinha limitações nos membros inferiores continuavam sentados, os mais autónomos realizavam o exercício com o apoio da barra. Notei que existia muitos medos nos idosos mais autónomos, não sei por ser um exercício novo ou por ter de ser executado de pé. Alguns idosos tiveram de se sentar algumas vezes ao longo do exercício, para descansarem.

Neste mês também começaram a participar 2 idosas que entraram de novo na instituição.

Reflexão de mês de Fevereiro da Santa Casa da Misericórdia

Ao longo do mês de Fevereiro não realizei nenhum exercício novo no grupo, para os idosos se adaptarem aos exercícios realizados, conhecendo melhor o exercício e melhor a forma de execução e estarem mais atentas as correcções.

Neste mês existiu uma proposta da instituição para se realizar uma aula especial no de 14 de Fevereiro, no dia da amizade, uma aula em que as crianças também iam participar, infelizmente não a realizaram.

Reflexão de mês de Março da Santa Casa da Misericórdia

Continuem a realizar exercícios já conhecidos pelos alunos, comecei a sentir a evolução alguns perderam o medo do exercícios realizados na barra, pedido se podia se levantar e executa-los de pé na barra. Ainda se tinha que sentar algumas vezes durante a realização.

No trabalho de coordenação, comecei, a realizar os exercícios com pequenas coreografias utilizado músicas para a sua realização, isso motivou os alunos.

Reflexão de mês de Abril da Santa Casa da Misericórdia

A turma continuava a evoluir, os alunos eram assíduos, só faltava quando não se sentiam bem ou quando tinha visitas. Embora existisse alguns alunos mais preguiçosos, os quais tinha que ir busca-los ao quarto, raramente faltavam. A intensidade da aula ia aumentando em os alunos darem fé, já demoravam menos tempo a se deslocarem da cadeira para a barra. Notava-se mais camaradagem entre eles, motivavam-se mutuamente para conseguirem acabar o exercício, estavam a desenvolver um espírito de grupo.

Reflexão de mês de Maio da Santa Casa da Misericórdia

Os alunos já reconheciam a música de aquecimento, quando eu me demorava mais a transportar algum dos idosos que se deslocavam em cadeira de rodas, eles iam começando o exercício sozinhos.

Comecei a introduzir alguns exercícios com os bastões, em que a reacção inicial foi parecida com as primeiras aulas na barra, mas rapidamente ultrapassar o medo do desconhecido. A maior dificuldade foi no trabalho de equilíbrio, que notei que necessitava de ser mais trabalhado.

A turma continuava com o mesmo número de alunos assíduos, podendo por vezes existir um ou outro idoso que estivesse curioso por experimentar a aula.

Uma das coisas que me motiva era quando eu chegava para dar as aulas era recebida com sorrisos, e palavras de afeto.

Reflexão de mês de Junho da Santa Casa da Misericórdia

Realizei a bateria de teste novamente, decorreu com maior rapidez do que a primeira, eu já me sentia mais familiarizada com os testes. E os idosos já conheciam o teste o que facilitou a minha tarefa.

Consegui aumentar a intensidade no trabalho de força realizado nos membros superiores, o trabalho com os membros inferiores quando executado na barra os alunos já não necessitavam de decorrer tantas vezes a utilização da cadeira para descansarem, e eles próprios notavam isso.

Alguns alunos já se deslocavam para a sala de aula antes de eu chegar e iam colocando as cadeiras nas posições de círculo.

Durante a aula existia sempre uma das utentes que contava as suas anedotas, sobre os exercícios, e chegaram mesmo a colocar nomes aos exercícios.

Creio que o número de alunos foi se mantendo devido ao espirito que existia nas aulas, a existência de conversa e risos constantes, mas sem nunca esquecer o objectivo dos exercícios.

No último dia de aulas, depois de realizar a aula, e com a autorização da enfermeira, reuni os alunos e convidei-os para comer uma fatia de bolo, tivemos uma pequena reunião onde se pode conversar mais um pouco e tirar algumas fotos.

3.Reflexão do Estágio do Grupo de Musculação da FADEUP

Reflexão e mês de Setembro do grupo de Musculação da FADEUP

O estágio do grupo de musculação teve o seu início no fim de Setembro no dia 30, onde tive o primeiro contato com os alunos. Esteve presente a minha orientadora a professora Tânia. Falou-se dos procedimentos dos seguros e o estacionamento.

Pode falar com eles conhecer alguns problemas de saúde.

Reflexão de mês de Outubro do grupo de Musculação da FADEUP

Continuem com a apresentação para conhecer melhor os alunos. Também realizei um questionário, onde ajudei os alunos a preenche-lo, teve que esperar mas uma aula para que todos os alunos realizassem o pagamento do seguro, porque só podia começar a ter aulas quando o pagamento, tivesse regularizado.

Existiu uma semana de adaptação, onde os alunos tiveram contato com as máquinas, tive a oportunidade de corrigir posturas e respirações.

Não tendo muito contato com a musculação senti algumas dificuldades em manejar as máquinas.

No meio do mês comecei a realizar a bateria de teste, onde tive a ajuda de um colega, o Rafael. Demoramos um pouco mais, devido ao fato de ser a primeira vez que aplicamos os testes, e ainda não estávamos muito a vontade. Mas creio que não correu muito mal, já que os idosos estavam habituados este tipo de treino. Pode concluir com a realização dos testes que estava presente uma turma muito competitiva, apesar de também terem um bom espirito de camaradagem, e sentimento de união por já se conhecerem a muitos anos.

A seguir realizamos o teste de 1 RM, no início foi um pouco complicado pelo fato já referido anteriormente, também tive a ajuda do Rafael. Realizamos os teste na máquinas todas o que foi um erro, deveria ter escolhido as máquinas em que os alunos iam trabalhar, assim não perdia tanto tempo.

Reflexão de mês de Novembro do grupo de Musculação da FADEUP

No início do mês comecei com o trabalho de resistência muscular, nas primeiras aulas, os alunos andavam um pouco perdidos com os planos de treino individuais. Perdi algum tempo a explicar as máquinas, quantas serie e repetições que eles precisavam de fazer. Quando pedi para realizar os treinos dois a dois senti na parte de alguns alunos alguma algo resistência. Mas foi rapidamente ultrapassado.

Reflexão de mês de Dezembro do grupo de Musculação da FADEUP

Continuem com o trabalho de resistência muscular, que foi terminado antes da turma entrar em ferias de natal, na ultima aula antes das ferias realizei uma aula de Pilates com bandas. Foi a primeira vez que a turma teve contato com a modalidade, que correu bastante bem, não necessitei de corrigir muitas coisas, entendiam logo como se pega na banda, e como eu realizava os exercícios eles iam acompanhando muito bem. O feedback dos alunos foi positivo.

Reflexão de mês de Janeiro do grupo de Musculação da FADEUP

Despois das férias de natal, iniciei as aulas com multicomponentes, com já referi na justificação, as mulheres pediam-me por vezes para fazer uma aula diferente. Devido a esse fato realizei duas semanas de aulas de multicomponentes.

Passando a seguir para o trabalho de potência muscular, antes de fazer os planos de treinos, reavaliei o 1 RM, devido ao fato que algumas máquinas existia uma grande diferença entre as cargas, mas não realizei nas máquinas todas, assim realizei os teste mais rapidamente, apenas naquelas que os alunos iam treinar.

Reflexão de mês de Fevereiro do grupo de Musculação da FADEUP

Neste mês continuou-se a trabalhar potencia muscular, existiu uma pequena interrupção devido as férias de carnaval.

Antes das férias leccionei uma aula diferente, desta vez foi de localizada, notei que existia alguma euforia e curiosidade por a aula ser diferente. Nestas aulas lúdicas sinto mais a vontade e mais confiante.

A interrupção foi pequena, a turma só não teve aulas da terça – feira de carnaval, no resto do mês continuou-se a trabalhar a potência muscular.

Reflexão de mês de Março do grupo de Musculação da FADEUP

No mês de Março continuou-se com o trabalho de Potencia muscular até a ultima semana antes das férias da Páscoa. Nesta fase senti alguma dificuldade com alguns alunos que não respeitavam as cargas, ao longo da aula sempre que podia ia-me certificar se as cargas eram respeitadas, o que muitas vezes não acontecia, eu perguntava qual a razão, os alunos respondiam-me que estavam cansados devido a diversos factores.

Antes do início das férias voltei a dar mais uma aula lúdica desta vez com step, nota-se com os alunos já estão bastantes habituados com este tipo de material, não senti muitas dificuldades. O feedback voltou a ser positivo, principalmente no sexo feminino.

Reflexão de mês de Abril do grupo de Musculação da FADEUP

Depois das férias, continuem com o trabalho de potência muscular já que é o mais prolongado.

Quase no fim do mês voltei a executar uma reavaliação do 1 RM para começar com o trabalho de hipertrofia muscular.

Foi iniciado no fim deste mês o treino de Hipertrofia muscular os alunos já estavam mais habituados com os planos de treino, só apresentavam algumas dúvidas na questão da quantidade de series e repetições.

Reflexão de mês de Maio do grupo de Musculação da FADEUP

Não existiu nenhuma interrupção neste mês. As aulas decorriam na normalidade, podendo aparecer uma ou outra queixa de algum desconforto. Os alunos tinham mais cuidado com a colocação da carga. Já não existia dúvidas em relação aos planos de treino.

O único problema que ainda existia era a conversa, os alunos muitas vezes ocupavam as máquinas na conversa e esqueciam que as tinha de desocupar mal acabassem o exercício, para que o próximo grupo não tivesse de esperar. Acho que esse problema não se conseguiu superar.

Reflexão de mês de Junho do grupo de Musculação da FADEUP

Continuou-se com o trabalho de hipertrofia muscular, que ocuparam as duas primeiras semanas do mês, a turma já estava a fazer planos para o almoço de fim de ano, o que atrapalhava um bocado a aula porque mal eu virava costas formavam-se pequenos grupo a segredar.

Na terceira semana, com a ajuda do meu colega Diogo Silva iniciei a reavaliação da bateria de Testes de Rikli & Jones, foi mais rápidas a execução dos testes porque já estávamos mais habituados e mais a vontade na sua aplicação.

Nas últimas duas aulas, propôs a realização de serem aulas lúdicas, a primeira uma aula de localizada de step com trabalho de força dos membros superiores, a segunda foi de trabalho de força de membros superiores e inferiores.

O feedback continuou a ser positivo, mais na parte feminina.

Nesse mesmo dia, estava marcado o almoço de despedida do ano lectivo.

4.Material do lar da Santa Casa da Misericórdia



Halteres de 1,5 kg



Garrafas com areia

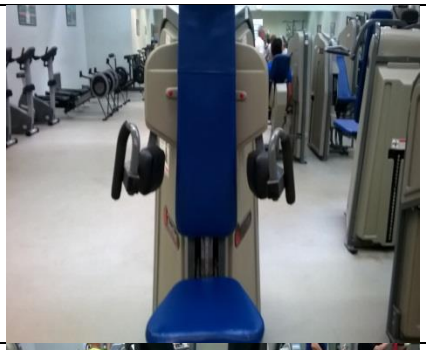
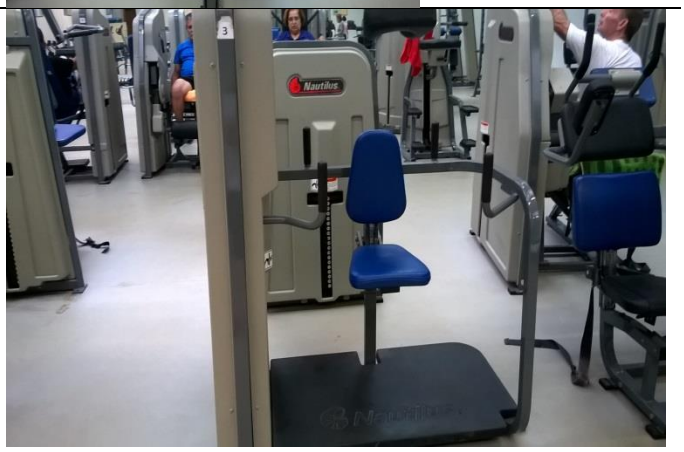


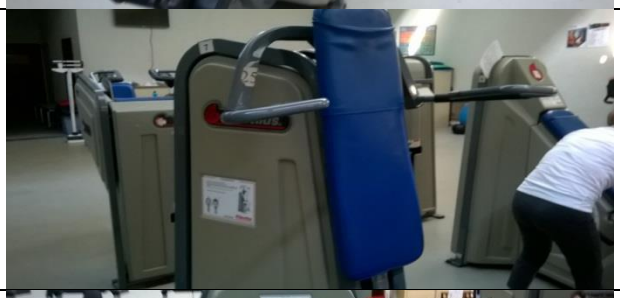
2 Bolas de volei

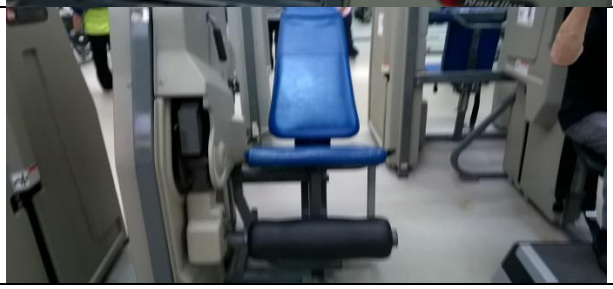


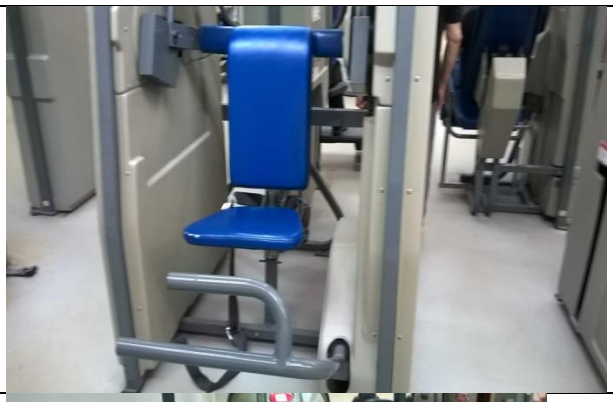
12 Bastões

5.Tabela das Maquinas da sala de Musculação da Fadeup

Nº Da Maquina	Nome da Maquina	Músculos trabalhados	Fotografia
1	Lateral Raise	Deltóide/ Trapézio	
2	Multi Triceps	Triceps	
3	Four-way-Neck	Pescoço	
4	Abdominais	Reto abdominal	

5	Bench Press & Supino	Tríceps, deltóide, peitoral, coracobraquial	
6	Cadeira Adutora/Abdutora	Tensor da fáscia Láctea, Grande Glúteo, Eretor da coluna	
7	Overhead Press	Deltóides	
8	Rotary Torso	Oblíquo interno e externo	
9	Lower Back	Lombares, Eretores da coluna	
11	Multi Biceps	Bíceps	

12	Leg Curl	Isquiotibiais	
13	Torso Arm	Bíceps branquial, tríceps, abdominais, peitoral (pequeno e grande)	
14	Chin up/Dip	Bíceps Branquial, tríceps, deltóide, abdominal, glúteo (pequeno e grande)	
15	Coumpounding Rowing	Bíceps Branquial, Tríceps, Deltóide, Trapézio, Rombóides	
16	Leg Press	Quadricípite, Glúteo maior	
17	Leg Extension	Quadricípite	

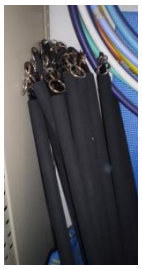
18	Women´s Super Pullover	Triceps, Peitoral (pequeno e grande), Abdominais	
20	Women´s Double Chest	Tríceps, Deltóide, Peitoral (pequeno e grande)	
25	Overhead Press	Tríceps, Deltóide, Trapézio	

Temos acesso á arrecadação do material onde existe:

<u>Inventário do material disponível</u>

Fotografia	Material	Quantidade	Estado de conservação
	Aparelhagem	1	Mau Estado

	Steps	17 Roxos	7 Em mau estado
	Colchões	24	Bom Estado
	Bolas vermelhas Grandes	6	Estado razoável
	Bolas de tenis	16	Bom Estado
	Bolas	36 Bolas Multicolor	Estado Razoável
	Bolas	5 Bolas Azuis	Bom Estado
	Coletes	5 Rosas 4 Verdes 4 Azuis 6 Amarelos	Bom Estado
	Arcos	23	Bom Estado

	Plataformas de Equilíbrio	15	Bom Estado
	Kits Lança	6	Bom Estado
	Kits Boccia	4	Bom Estado
	Halteres	6 de 3 Kg 8 de 2 Kg 24 de 1,5 Kg 7 de 1 Kg 3 Verdes	Bom Estado
	Cones	7 Grandes 20 Pequenos	Bom Estado
	Bastões Pretos	22	Bom Estado
	Caneleiras	25 Azuis 8 Vermelhas	Mau Estado

	Cordas	5 Grandes 8 Pequenas	Bom Estado
	Paraquedas	2	Bom Estado
	Bandas Elásticas	38	Mau estado
	Plataformas de instabilidade redondas vermelhas	5	Bom Estado
	Andas	2	Bom Estado
	Pratos	6	Bom Estado
	Bolas suíças por encher	3	Bom Estado
	Gonge	3	Bom Estado

	Marcadores amarelos	57	Bom Estado
	Penas	17	Bom Estado
	Raquetes de Badminton	25	Bom Estado
	Garrafas com água	25	Bom Estado
	Garrafas com areia	5	Bom Estado
	Bastões de força	4	Bom Estado
	Fitness Circulos	5	Bom Estado

	Carrinho de transporte	1	Bom Estado
	<u>Kettlebells</u>	6 de 8 Kg 6 de 6 Kg 2 de 16 Kg	Bom Estado
	Bolas Medicinais	3 Bolas de 6 Kg 1 Bola de 4 Kg	Bom Estado

6.Protocolo dos Testes de Aptidão Física Funcional da Bateria de Testes de Rikli & Jones

1. Levantar e Sentar na Cadeira

Objectivo:

Avaliar a força e resistência dos membros inferiores (número de execuções em 30'' sem a utilização dos membros superiores).

Equipamento:

Cronómetro, cadeira com encosto (sem braços), com altura do assento aproximadamente 43 cm. Por razões de segurança, a cadeira deve ser colocada contra uma parede, ou estabilizada de qualquer outro modo, evitando que se mova durante o teste.

Protocolo:

O teste inicia-se com o participante sentado no meio da cadeira, com as costas direitas e os pés afastados à largura dos ombros e totalmente apoiados no solo. Um dos pés deve estar ligeiramente avançado em relação ao outro para a ajudar a manter o equilíbrio. Os membros superiores estão cruzados ao nível dos pulsos e contra o peito. Ao sinal de "partida" o participante eleva-se até à extensão máxima (posição vertical) e regressa à posição inicial sentado. O participante é encorajado a completar o máximo de repetições num intervalo de tempo de 30''. Enquanto controla o desempenho do participante para assegura o maior rigor, o avaliador conta as elevações correctas. Chamadas de atenção verbais (ou gestuais) podem ser realizadas para corrigir um desempenho deficiente.

Prática/ ensaio:

Após uma demonstração realizada pelo avaliador, um dos dois ensaios podem ser efectuados pelo participante visando uma execução correcta. De imediato segue-se a aplicação do teste.

Pontuação:

A pontuação obtida pelo número total de execuções correctas num intervalo de 30''. Se o participante estiver a meio da elevação no final dos 30'', esta deve contar como uma elevação.

2. Flexão do Antebraço

Objectivo:

Avaliar a força e resistência do membro superior (número de execuções em 30'')

Equipamento:

Cronómetro, cadeira com encosto (sem braços) e halteres de mão (2,27 Kg para mulheres e 3,36 Kg para homens).

Devido à ausência do haltere com o peso certo utilizou-se um peso aproximado de 2,07 kg para as mulheres e de 3,29 par os homens.

Protocolo:

O participante está sentado numa cadeira, com as costas direitas, com os pés totalmente assentes no solo e com o tronco totalmente encostado. O haltere está seguro na mão dominante. O teste começa com o antebraço em posição inferior, ao lado da cadeira, perpendicular ao solo. Ao sinal de "iniciar" o participante roda gradualmente a palma da mão para cima, enquanto faz a flexão do antebraço no sentido completo do movimento; depois regressa à posição inicial de extensão do antebraço. Especial atenção deverá ser dada ao controlo da fase final da extensão do antebraço.

O avaliador ajoelha-se (ou senta-se numa cadeira) junto do participante no lado do braço dominante, colocando os seus dedos no bicípite do executante, de modo a estabilizar a parte superior do braço, e assegurar que seja realizada uma flexão completa (o antebraço do participante deve apertar os dedos do avaliador). É importante que a parte superior do braço permaneça estática durante o teste.

O avaliador pode precisar de colocar a sua outra mão atrás do cotovelo de maneira a que o executante saiba quando atingiu a extensão total, evitando

movimentos de balanço do antebraço. O relógio deve ser colocado de maneira totalmente visível.

O participante é encorajado a realizar o maior número possível de flexões num tempo limite de 30'', mas sempre com movimentos controlados tanto na fase de flexão como de extensão. O avaliador deverá acompanhar as execuções de forma a assegurar que o peso é transportado em toda a amplitude do movimento – da extensão total à flexão total.

Cada flexão correcta é contabilizada, com chamadas de atenção verbais sempre que se

verifique um desempenho incorrecto.

Prática/ ensaio:

Após demonstração por parte do avaliador deverão ser realizadas, uma ou duas tentativas pelo participante para confirmar uma realização correcta, seguindo-se a execução do teste durante 30''.

Pontuação:

A pontuação é obtida pelo número total de flexões correctas realizadas num intervalo de 30’’. Se no final dos 30’’ o antebraço estiver em meia-flexão, deve contabilizar-se como flexão total.

3. Sentado e Alcançar

Objectivo:

Avaliar a flexibilidade dos membros inferiores (distância atingida na direcção dos dedos dos pés)

Equipamento:

Cadeira com encosto (aproximadamente 43 cm de altura até ao assento) e uma régua de 45 cm. Por razões de segurança, a cadeira deve ser colocada contra uma parede de forma a que se mantenha estável (não deslize para a frente) quando o participante se sentar na respectiva extremidade.

Protocolo:

Começando numa posição sentado, o participante avança o seu corpo para a frente, até se encontrar sentado na extremidade do assento da cadeira. A dobra entre o topo da perna e as nádegas deve estar ao nível da extremidade do assento. Com uma perna flectida e o pé totalmente assente no solo, a outra perna (a perna de preferência) é estendida na direcção da coxa, com o calcanhar no chão e o pé flectido (aprox. 90º). O participante deve ser encorajado a expirar à medida que flecte para a frente, evitando movimentos bruscos, rápidos e fortes, nunca atingindo o limite da dor.

Com a perna estendida (mas não hiper-estendida), o participante flecte lentamente para a frente até à articulação da coxo-femural (a coluna deve manter-se o mais direita possível, coma cabeça no prolongamento da coluna, portanto não flectida), deslizando as mãos (uma sobre a outra, com as pontas dos dedos sobrepostas) ao longo da perna estendida, tentando tocar os dedos dos pés. Deve tocar nos dedos dos pés durante 2’’. Se o joelho da perna estendida começar a flectir, solicitar ao participante que se sente lentamente até que o joelho fica na posição estendida antes de iniciar a medição.

Prática/ ensaio:

Após demonstração realizada pelo avaliador, o participante é questionado sobre a sua perna preferencial. O participante deve ensaiar duas vezes, seguindo-se a aplicação do teste.

Pontuação:

Usando uma régua de 45 cm, o avaliador regista a distância (cm) até aos dedos dos pés (resultado mínimo) ou a distância (cm) que consegue alcançar para além dos dedos dos pés (resultado máximo). O meio do dedo grande do pé, na extremidade do sapato, representa o ponto zero. Registar ambos os valores encontrados com a aproximação de 1

cm, e fazer um circulo sobre o melhor resultado. O melhor resultado é usado para avaliar o desempenho. Assegure-se de que regista os sinais – ou + na folha de registo.

Atenção:

O avaliador deve ter em atenção as pessoas que apresentam problemas de equilíbrio, quando sentadas na extremidade da cadeira.

A perna preferida é definida pelo melhor resultado. É importante trabalhar os dois lados do corpo ao nível da flexibilidade, mas por questões de tempo apenas o lado hábil tem sido usado para a definição de padrões.

4. Estatura e Peso:

Objectivo:

Avaliar o índice de massa corporal (kg/m2).

Equipamento:

Balança, fita métrica de 150 cm, régua e marcador.

Calçado:

Por uma questão de tempo, as pessoas podem estar calçadas durante a medição da altura e do peso, com os ajustamentos abaixo descritos.

Protocolo:

Estatura – uma fita métrica deve ser aplicada verticalmente numa parede, com a posição zero exactamente a 50 cm acima do solo. O participante encontra-se de pé encostado à parede (a parte média da cabeça está alinhada com a fita métrica) e olhando em frente. O avaliador coloca a régua (ou objecto similar) sobre a cabeça do participante, mantendo-a nivelada, estendendo-a até à fita métrica. A estatura da pessoa é a medida (cm) indicada na fita métrica, mais 50 cm (distância a partir do solo até ao ponto zero da fita métrica). Caso se o participante se encontre calçado, pode ainda retirar-se de 1,3 cm a 2,5 cm do total dos cm, usando o critério mais rigoroso possível.

Peso – o participante deve despir todas as peças de vestuário pesadas, tais como, casacos, camisolas grossas, etc. O peso é medido e registado com aproximação às 100 g e ajustamentos relativos ao peso do calçado. Em geral deve ser subtraído 0,45 kg para mulheres e 0,91 kg para homens.

5. Sentado, Caminhar 2,44 e Voltar a Sentar

Objectivo:

Avaliar a mobilidade física – velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico.

Equipamento:

Cronómetro, fita métrica, cone (ou outro marcador) e cadeira com encosto (aproximadamente 43 cm de altura).

Montagem:

A cadeira deve ser posicionada contra a parede ou de outra forma que garanta a posição estática durante o teste. A cadeira deve também estar numa zona desobstruída, em frente a um cone à distância de 2,44 m (medição desde a ponta da cadeira até à parte anterior do marcador). Deverá haver pelo menos 1,22 m de distância livre à volta do cone, permitindo ao participante contornar livremente o cone.

Protocolo:

O teste é iniciado com o participante totalmente sentado na cadeira (postura erecta), mãos nas coxas, e pés totalmente assentes no solo (um pé ligeiramente avançado em relação ao outro). Ao sinal de "partida" o participante eleva-se da cadeira, caminha o mais rápido possível à volta do cone (por qualquer dos lados) e regressa à cadeira. O participante deve ser informado de que se trata de um teste "por tempo", sendo o objectivo caminhar o mais depressa possível (sem correr) à volta do cone e regressar à cadeira. O avaliador deve funcionar como assistente, mantendo-se a meia distância entre a cadeira e o cone, de maneira a poder dar assistência em caso de desequilíbrio. O avaliador deve iniciar o cronómetro ao sinal de "partida" quer a pessoa tenha ou não iniciado o movimento, e pará-lo no momento exacto em que a pessoa se senta.

Prática / ensaio:

Após demonstração, o participante deve experimentar uma vez, realizando duas vezes o exercício. Deve chamar-se a atenção do participante de que o tempo é contabilizado até este estar completamente sentado na cadeira.

Pontuação:

O resultado corresponde ao tempo decorrido entre o sinal de "partida" até ao momento em que o participante está sentado na cadeira. Registam-se os dois valores até ao 0,01'. O melhor resultado é utilizado para medir o desempenho.

6. Alcançar Atrás das Costas

Objectivo:

Avaliar a flexibilidade dos membros superiores (distância que as mãos podem atingir atrás das costas).

Equipamento:

Régua de 45 cm

Protocolo:

Na posição de pé, o participante coloca a mão dominante por cima do mesmo e alcança o mais baixo possível em direcção ao meio das costas, palma da mão para baixo e dedos estendidos (o cotovelo apontado para cima). A mão do outro braço é colocada por baixo e atrás, com a palma virada para cima, tentando alcançar o mais longe possível numa tentativa de tocar (ou sobrepor) os dedos médios de ambas as mãos.

Prática/ ensino:

Após demonstração por parte do avaliador, o participante é questionado sobre a sua mão de preferência. Sem mover as mãos do participante, o avaliador ajuda a orientar os dedos médios de ambas as mãos na direcção um do outro. O participante experimenta duas vezes, seguindo-se duas tentativas do teste. O participante não pode entrelaçar os dedos e puxar.

Pontuação:

A distância de sobreposição, ou a distância entre os médios é medida ao cm mais próximo. Os resultados negativos (-) representam a distância mais curta entre os dedos

médios; os resultados positivos (+) representam a medida da sobreposição dos dedos médios. Registam-se duas medidas. O "melhor" valor é usado para medir o desempenho. Certifique-se de que marca os sinais – e + na ficha de pontuação.

7. Andar 6 minutos

Objectivo:

Avaliar a resistência aeróbia percorrendo a maior distância em 6 minutos)

Equipamento:

Cronómetro, fita métrica, cones (ou outro marcador) e giz. As cadeiras devem estar colocadas ao longo de vários pontos, na parte de fora do circuito.

Montagem:

O teste envolve a medição da distância máxima que pode ser caminhada durante seis minutos ao longo de percurso de 50m, sendo marcados segmentos de 5m. Os participantes caminham continuamente em redor do percurso marcado, durante um período de 6 minutos, tentando percorrer a máxima distância possível. A área de percurso deve ser bem iluminada, a superfície não deve ser deslizante e lisa. Se

necessário o teste pode ser realizado numa área rectangular marcada me segmentos de 5m.

Protocolo:

Para facilitar o processo de contagem das voltas do percurso, pode ser dado ao participante um pau (ou objecto similar) no fim de cada volta, ou então um colega pode marcar numa ficha de registro sempre que uma volta é terminada. Ao sinal de partida, os participantes são instruídos para caminhar o mais rapidamente possível (sem correrem) na distância marcada à volta dos cones. Se necessário os participantes podem parar e descansar, sentando-se e retomando depois o percurso.

Prática/ensino:

O participante deve experimentar uma ocasião anterior ao dia do teste, para que possa criar o seu ritmo. No dia do teste, o avaliador deve fazer uma demonstração do procedimento e permitir ao participante que pratique rapidamente para assegurar a compreensão do protocolo. Os participantes devem ser encorajados verbalmente no sentido de obterem o desempenho máximo.

Pontuação:

O resultado representa o número total de metros caminhados durante os seis minutos.

Precauções

Qualquer participante deve interromper o teste caso tenha tonturas, dor, náuseas ou fadiga.