



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana
Mestrado em Exercício e Saúde



**Relatório de estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de
Mestre em Exercício e Saúde**

Ginásio Clube Português

Exercício Físico, Envelhecimento e Depressão

Orientadora FMH: Doutora Flávia Giovanetti Yázigi

Orientadora GCP: Mestre Cristina Caetano

Júri:

Presidente

Professora Doutora Analiza Mónica Lopes Almeida Silva

Vogais

Professora Doutora Flávia Giovanetti Yázigi

Professora Doutora Liliana Sofia de Aguiar Pereira da Silva

Ana Teresa Ribeiro Cristo

2017

Agradecimentos

Consciente de que o apoio de muitas pessoas foi essencial para o término desta etapa, desde já agradeço:

À orientadora da faculdade, Professora Flávia Yázigi, pelo apoio na escolha da temática, pelas sugestões, críticas e dedicação na orientação deste trabalho;

À orientadora do local de estágio, Professora Cristina Caetano pelo apoio dado ao longo do ano no ginásio, bem como à Marta Morais que esteve sempre disponível para ajudar e orientar a minha participação em todas as atividades e eventos do ginásio;

A todos os professores do GCP que estiveram sempre recetivos à minha participação nas suas práticas (avaliações, prescrição, aulas de grupo, programas especiais) e disponíveis para troca de ideias ou esclarecimento de dúvidas;

A todas as participantes do projeto PAHA, as quais tive o prazer de avaliar e lecionar treinos ao longo de várias semanas;

A todas as participantes no Estudo de Caracterização da Aptidão Física e Psíquica em Idosos que se disponibilizaram e perderam um pouco do seu tempo para que este estudo fosse possível de concretizar;

Aos meus colegas de estágio, essencialmente à Catarina Castanho e à Inês Pereira, com quem passei mais tempo, pelo companheirismo e pela partilha de dúvidas e conhecimentos;

Aos meus amigos de longa data que contribuíram não só para o meu percurso académico, mas também para o meu crescimento pessoal;

À minha família que me deu um apoio especial e fundamental para chegar até aqui, porque sem eles, com certeza, não seria possível.

Resumo

O presente relatório descreve as atividades desenvolvidas no âmbito do estágio realizado no Ginásio Clube Português (GCP). Este estágio diz respeito ao Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado em Exercício e Saúde, da Faculdade de Motricidade Humana. Este documento é constituído por um enquadramento institucional, onde são exploradas temáticas como a história, instalações e serviços do GCP, seguido de um enquadramento teórico relacionado com os temas envelhecimento, depressão e o impacto que o exercício físico pode ter em idosos com esta patologia e, posteriormente, um enquadramento da prática profissional onde são detalhadas todas as atividades desenvolvidas ao longo deste estágio. Além disto, é, ainda, dado um contributo à instituição através de uma pequena reflexão sobre o que pode ser melhorado relativamente à temática da saúde mental, com o objetivo de aumentar a motivação, melhorar a autoestima e ajudar a combater comportamentos mais depressivos nos sócios do ginásio. Por fim, é possível afirmar que os objetivos iniciais do estágio foram cumpridos, tendo sido uma experiência bastante enriquecedora, onde houve a possibilidade de adquirir novos conhecimentos e maior autonomia na prática profissional.

Palavras-chave: Ginásio Clube Português; envelhecimento; depressão; exercício físico; saúde mental.

Abstract

This report describes the activities carried out under the research at the Ginásio Clube Português (GCP). This internship concerns the branch of deepening professional skills of the master degree in Physical Exercise and Health, in the Faculty of Human Kinetics. This document consists of an institutional framework, which are explored themes such as history, facilities and services of GCP. Followed by a theoretical framework related to aging issues, depression and the impact that exercise could have on elder adults with this pathology. Later a framework of professional practice which are detailed all the activities developed throughout this internship. It also made a contribution to the institution through a small reflection on what can be improved to the issue of mental health, in order to increase motivation, improve self-esteem and help fight more depressive behaviors in partners of the gym. Finally, we can say that the initial objectives of the internship have been met, having been a very enriching experience, where there was the possibility of acquiring new knowledge and greater autonomy in professional practice.

Keywords: Ginásio Clube Português; aging; depression; physical exercise; mental health.

Lista de Abreviaturas

ACSM - American College of Sports Medicine

FPC – Fundação Portuguesa de Cardiologia

GCP - Ginásio Clube Português

IDB - Inventário da Depressão de Beck

IMC - Índice de Massa Corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

NASM - Nacional Academy of Sports Medicine

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAHA - Physical Activity and Health in Aging

PC - Perímetro de Cintura

SAAT - Sala de Avaliação e Aconselhamento Técnico

SE - Sala de Exercício

SPEO - Sociedade Portuguesa para Estudo da Obesidade

UE - União Europeia

WHO - World Health Organization

Índice

Agradecimentos	II
Resumo	IV
Abstract.....	V
Lista de Abreviaturas.....	VI
Índice	VIII
Índice de Figuras	X
Índice de Tabelas	X
Capítulo 1 – Introdução	1
1. Introdução.....	2
1.1. O estágio: caracterização geral e objetivos.....	3
1.2. O relatório: como está organizado.....	4
Capítulo 2 – Enquadramento da Prática Profissional	5
2. Enquadramento da Prática Profissional.....	6
2.1. Caracterização do Local de Estágio - Ginásio Clube Português	6
2.2. Planeamento do Estágio	9
Capítulo 3 – Enquadramento Teórico	11
3. Enquadramento Teórico - Revisão de Literatura.....	12
3.1. Envelhecimento em Portugal.....	12
3.2. Processo de Envelhecimento	13
3.3. Depressão e Envelhecimento.....	16
3.4. Impacto do Exercício Físico no Idoso com Depressão.....	20
Capítulo 4 – Prática Profissional.....	25

4. Prática profissional - Atividades realizadas durante o estágio	26
4.1. Avaliação	26
4.2. Prescrição	28
4.3. Programas Especiais	29
4.4. Aulas de Grupo.....	31
4.5. Projeto <i>Physical Activity and Health in Aging</i> (PAHA).....	33
4.6. Estudo de Caracterização da Condição Física e do Estado Psicológico em Indivíduos Idosos.....	34
I) Introdução	34
II) Metodologia.....	35
• Amostra.....	35
• Protocolos de Avaliação	35
III) Análise Estatística	38
• Resultados.....	38
IV) Discussão	46
Capítulo 5 – Proposta	47
5. Proposta	48
6. Conclusão	51
7. Referências Bibliográficas.....	53
8. Anexos.....	57

Índice de Figuras

Figura 1 - Planeamento de Estágio	10
Figura 2 - Índice de Envelhecimento em Portugal (INE, 2015).....	12
Figura 3 - Média da idade nos vários grupos.....	39
Figura 4 - IMC >25 kg/m ² nos vários grupos.....	43
Figura 5 - Perímetro da Cintura >88cm nos vários grupos	45
Figura 6 - Análise SWOT estágio GCP.....	52

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Análise descritiva dos Grupos tendo em conta a atividade praticada pelos indivíduos	38
Tabela 2 - Análise descritiva dos grupos tendo em conta as suas idades	39
Tabela 3 - Análise descritiva relativa à Classificação do Índice de Massa Corporal (IMC).....	40
Tabela 4 - Análise descritiva relativa à Classificação do Perímetro de Cintura.....	40
Tabela 5 - Análise descritiva relativa à classificação obtida no questionário Inventário da Depressão de Beck (IDB II).....	41
Tabela 6 - Comparação dos valores de IMC e perímetro da cintura nos diferentes grupos de atividades (Teste <i>Kruskal-Wallis</i> ; Variável de Agrupamento: grupo de atividade)..	42
Tabela 7 – Comparação do IMC nos diferentes grupos de atividades (Teste <i>Sheffe</i> ; Variável dependente: Classificação IMC).....	42
Tabela 8 - Comparação do perímetro da cintura nos diferentes grupos de atividades (Teste <i>Sheffe</i> ; Variável dependente: Classificação Perímetro Cintura)	44
Tabela 9 – Comparação dos resultados do questionário IDB-II nos diferentes grupos de atividade (Teste <i>Kruskal Wallis</i> ; Variável de Agrupamento: Grupo de Atividade).....	45

Capítulo 1 – Introdução

Este capítulo apresenta uma pequena introdução relativa ao tema tratado neste relatório, bem como uma caracterização do estágio, os seus objetivos gerais e específicos e, ainda, organização do relatório

1. Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a atividade física é definida como qualquer movimento corporal produzido pelo sistema músculo esquelético que requer gasto de energia. A inatividade física tem sido apontada como um dos principais fatores de risco para a mortalidade, causando um número estimado de 3,2 milhões de mortes em todo o mundo (WHO, 2016). A atividade física regular de intensidade moderada, como caminhar, andar de bicicleta ou participar em modalidades desportivas traz benefícios significativos para a saúde a vários níveis. Segundo Teixeira (2016) a atividade física não é uma mera questão de estilo de vida, mas sim uma verdadeira prioridade de saúde pública, uma vez que a inatividade física na população está diretamente associada a 4% dos casos de doença coronária, 5% da diabetes, 7% dos casos de cancro da mama e do cólon, e a 6% de mortes por todas as causas. Este autor refere também o impacto protetor que a atividade física regular tem na depressão, na doença de Alzheimer (13% dos casos poderiam ser evitados) e na demência em geral.

Nos últimos anos a prática de exercício físico regular tem sido apontada como fundamental para uma vida mais saudável. "Maior preocupação dos portugueses com a saúde e entrada das cadeias *low cost* no mercado acelerou o acréscimo de sócios em ginásios desde 2012" (Nobre, 2016). Por este motivo, o mercado de trabalho nesta área tem crescido e o número de ginásios está constantemente a aumentar, sobretudo na capital. Tendo em conta a situação atual e a importância que o exercício tem na vida de muitas pessoas hoje em dia, é fundamental aperfeiçoar e elevar o padrão de qualidade de intervenção dos profissionais nesta área. Neste sentido, as principais ambições para este estágio passaram por adquirir competências na área do exercício e saúde, especificamente nos programas para pessoas idosas e mais tarde, alargar o conhecimento relativamente ao envelhecimento e à saúde mental, mais concretamente em relação aos sintomas depressivos, com o objetivo de compreender os benefícios do exercício físico no idoso com depressão. Com base neste último objetivo, foram pesquisadas formas de despiste da depressão no idoso, como questionários. Em situação de avaliação em ginásios e *health clubs* parece ser de extrema importância este tipo de avaliação, na medida que poderá contribuir para uma prescrição mais adequada do exercício, bem como uma escolha mais adequada, por parte do cliente, dos programas de exercício a frequentar.

1.1. O estágio: caracterização geral e objetivos

Este relatório, realizado no âmbito do segundo ano do Mestrado de Exercício e Saúde, no ramo de aprofundamento de competência profissionais da Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, pretende, não só, apresentar o percurso desenvolvido durante o ano de estágio passado no Ginásio Clube Português (GCP), mas também, fazer uma reflexão sobre o trabalho e as competências adquiridas ao longo do estágio.

O estágio constitui uma unidade curricular orientada para o aperfeiçoamento e consolidação de competências no ramo do exercício físico e da saúde, sendo a minha principal motivação adquirir autonomia na avaliação da condição física, na liderança de programas para idosos, no aconselhamento/promoção da atividade física e na prescrição de exercício. Pelo facto de vários estudos indicarem a depressão como um problema de saúde pública, que afeta frequentemente a população idosa, senti necessidade de compreender de que forma o exercício pode influenciar o combate a atitudes e sintomas depressivos. Considero esta, uma oportunidade excelente para entrar em contacto com outros profissionais que possam contribuir, pelo seu conhecimento e experiência, para a minha formação.

Neste estágio, foram traçados vários objetivos gerais, nomeadamente:

- Conhecer todo o contexto e envolvimento do GCP;
- Adquirir maiores conhecimentos na área do exercício e saúde;
- Aperfeiçoar e consolidar competências sobre a avaliação da condição física;
- Ganhar maior autonomia na prescrição de exercício físico;
- Aplicar conhecimentos adquiridos.

À parte destes, outros objetivos mais específicos foram delineados, nomeadamente:

- Participar e colaborar nos diversos eventos proporcionados pelo GCP;
- Consolidar competências relativamente a programas de exercício e protocolos de avaliação dirigidos à população idosa;
- Alargar o conhecimento relativamente aos temas envelhecimento e depressão;
- Compreender os benefícios do exercício físico para o idoso com depressão;
- Identificar áreas que podem ser melhoradas no trabalho com idosos do GCP.

1.2. O relatório: como está organizado

O presente relatório encontra-se organizado de forma a facilitar a compreensão por parte dos leitores, relativamente às tarefas e ao percurso desenvolvido ao longo do estágio. Desta forma, apresenta-se de seguida o enquadramento da prática profissional, onde são referidos os principais motivos que levaram à escolha deste local de estágio, a caracterização do GCP e o planeamento do estágio. No ponto seguinte é apresentada a revisão bibliográfica, que de facto foi essencial para uma prática mais sustentada e objetiva, sendo que esta revisão foi feita com foco na área de intervenção e investigação. Posteriormente são apresentados os vários programas e projetos relativos à prática profissional e é referida uma proposta de contributo à instituição de acolhimento, para melhoria dos seus serviços. Por fim, é feita uma reflexão/conclusão e são apresentadas as referências bibliográficas utilizadas para a construção deste relatório.

Capítulo 2 – Enquadramento da Prática Profissional

Neste capítulo é feita uma apresentação da história, instalações e serviços do Ginásio Clube Português. É também exposto, neste capítulo, o planeamento de estágio.

2. Enquadramento da Prática Profissional

Sendo o GCP um clube de excelência, que se destaca, não só pelas suas condições (serviços e instalações), mas sobretudo pela inovação e excelência prestada no âmbito dos serviços da Direção de Exercício e Saúde, esta foi uma escolha bastante clara no momento de optar por um local de estágio que providenciasse, enquanto profissional de exercício físico, a possibilidade de obter maior competência e experiência nesta área.

2.1. Caracterização do Local de Estágio - Ginásio Clube Português

O GCP, reconhecido pelo seu papel inovador na área do exercício e saúde, é um espaço bastante apelativo, não só pela sua história e instalações, mas também pelo amplo número de serviços que oferece aos seus sócios.

História: O GCP, clube com 141 anos de existência, fundado em 1875, é uma instituição privada, sem fins lucrativos e que desempenha um papel determinante no crescimento e promoção do desporto, saúde e educação nacional. Pioneiro no conceito de Clube com finalidades desportivas, sociais e culturais, o GCP conta com cerca de 50 atividades distintas e é um dos clubes mais antigos do mundo, estando por isso associado à origem e desenvolvimento de muitas das modalidades desportivas que se praticam hoje em Portugal. Neste clube surgiu o Movimento Olímpico Português e o reconhecimento do trabalho por parte do Comité Olímpico Internacional, que já valeu ao GCP a atribuição da Taça “*Fearnley*” (1951) e da Taça Olímpica (1981), troféus estes destinados a galardoar clubes amadores de reconhecido mérito mundial. O GCP é o único clube do mundo a deter esta dupla distinção e a nível nacional detém também inúmeras condecorações. Na sua área de intervenção é o maior Clube do País, contando hoje com cerca de 10.000 associados de todas as idades, com mais de 4.500 praticantes de atividade desportiva no edifício sede e cerca de 2500 na Piscina Municipal de Campo de Ourique. Entre estas duas instalações desportivas, a sua sede e a piscina municipal de Campo de Ourique, o GCP assegura uma oferta de atividade desportiva de aproximadamente 600 horas semanais, contando com uma qualificada estrutura profissional de 130 professores e 65 funcionários de apoio. Em síntese, o GCP, caracteriza-se por ser um clube de primeira linha na área da formação, competição e também no domínio do Exercício e Saúde, sendo o seu slogan “O Bem-estar do Sócio é a nossa Missão” (Ginásio Clube Português).

Instalações: O GCP sede é composto por 8 pisos, o que demonstra desde logo a sua grandeza e as condições que aporta. Neste edifício podemos contar com uma sala de avaliação e aconselhamento técnico, uma sala de exercício e diversos ginásios, cada um com características específicas para cada modalidade ou aula de grupo.

Além de tudo isto, o ginásio tem ainda um gabinete de apoio, onde se realizam consultas de nutrição e psicologia, e outros espaços concessionados por diversos serviços.

Relativamente as Piscinas de Campo de Ourique estas instalações contam com uma piscina de 25 metros com 6 pistas, onde são realizadas aulas de hidroginástica e natação, e um tanque de aprendizagem com 12,50 m x 8,00 m, onde se realizam aulas de hidroginástica, hidroterapia, natação para bebés e adaptação ao meio aquático.

Serviços: O GCP tem uma vasta oferta de serviços, que vai muito além do exercício físico, pensando sobretudo no bem-estar do sócio. Dentro das suas instalações existem diversos serviços e parceiros, nomeadamente: clube saúde; clube *wellness*; centro de estética; restaurante petra clube; cabeleireiro *hairfit*; *smartway*; clube oxigénio; *fun space*; spa Alegria, entre outros.

Em relação aos serviços geridos pela direção de exercício e saúde, existem vários programas especiais (clube da corrida, obesidade infantil, reabilitação cardíaca, gestão e controlo de peso e reabilitação psicomotora), mas também treino personalizado, aulas de grupo (235 aulas semanais) e avaliação da condição física (avaliação da composição corporal, avaliação postural, avaliação funcional, estratificação do risco, avaliação cardiorrespiratória, avaliação hemodinâmica, avaliação antropométrica).

Este é um clube com um papel determinante no desenvolvimento e promoção do Desporto, da Saúde e da Educação em Portugal, procurando sempre evoluir e expandir as suas atividades.

De seguida serão apresentados, de forma mais detalhada, os serviços geridos pela direção de exercício e saúde, nomeadamente os que tive oportunidade de conhecer de forma mais aprofundada ao longo do estágio.

a) Sala de Avaliação e Aconselhamento Técnico (SAAT): “Para uma prática segura e eficaz de qualquer programa de exercício físico é essencial conhecer o nível de condição física de cada indivíduo, assim como as suas limitações de saúde, objetivos e necessidades” (Ginásio Clube Português, 2016). A SAAT, está localizada no piso 1 do GCP e caracteriza-se por um atendimento personalizado, com profissionais especializados e todo o tipo de equipamentos necessários para uma avaliação completa que inclui anamnese e estratificação do risco, medições antropométricas e hemodinâmicas, avaliação postural/capacidade funcional, aptidão cardiorrespiratória e por fim, demonstração e explicação dos resultados e aconselhamento técnico.

b) Sala de Exercício (SE): A SE encontra-se localizada no piso 3 do GCP. Este é um espaço multiusos, equipado e preparado para realizar trabalho cardiorrespiratório, treino de força, treino de flexibilidade e treino funcional, sempre acompanhado de uma vasta equipa de profissionais.

c) Programas Especiais: “Os programas especiais servem para aumentar a especificidade e o acompanhamento individualizado dos sócios face ao seu perfil, tendo como principal objetivo contribuir para a melhoria e preservação da saúde e qualidade de vida dos sócios. Atualmente o GCP tem a funcionar três programas especiais: o Programa de Reabilitação Cardíaca, o Programa de Gestão e Controlo de Peso e o Programa de Obesidade Infantil. Estes programas dão acesso a um acompanhamento individualizado na área do exercício e na área da nutrição” (Ginásio Clube Português, 2016).

d) Aulas de Grupo: O GCP apresenta uma extensa oferta de aulas de grupo (aproximadamente 235 aulas por semana), sendo estas dirigidas a todos os sócios com mais de 14 anos. Todos os ginásios, onde estas aulas são lecionadas, estão devidamente equipados para a prática das mesmas. As aulas são sempre adaptadas em função do nível dos alunos, da faixa etária e do tipo de aula/modalidade que está a ser lecionada.

2.2. Planeamento do Estágio

Planear é uma parte bastante importante do processo de trabalho, uma vez que nesta fase colocam-se em questão todos os objetivos, ambições e expectativas sobre o local de estágio. O planeamento anual de estágio permite desde logo estabelecer o foco nas atividades mais importantes para a formação do estagiário e determinar, de forma organizada, em que momento, este, poderá passar pelas mesmas. Desta forma, este planeamento foi construído tendo por base não só, o vasto leque de atividades oferecidas pelo GCP e o calendário anual de atividades 2015/2016, mas sobretudo os objetivos gerais e específicos traçados inicialmente e já referidos anteriormente.

Este planeamento está dividido por meses e atividades, refletindo de forma organizada e resumida as tarefas planeadas/desenvolvidas ao longo do estágio.

De seguida, apresenta-se em forma de quadro resumo o planeamento mensal das atividades propostas em contexto de estágio (figura 1).

MÊS	ATIVIDADES			
Outubro	Conhecer e experimentar todo o leque de aulas de grupo que o GCP oferece aos seus sócios.	Acompanhar várias avaliações da condição física realizadas aos sócios do GCP - medições antropométricas e hemodinâmicas; avaliação postural e funcional; avaliação cardiorrespiratória	Acompanhar planos de treino dos vários programas especiais do GCP - Obesidade Infantil; Gestão e Controlo de Peso; Reabilitação Cardíaca.	Conhecer toda a envolvença do GCP - funcionários, instalações, serviços
Novembro				Colaborar na Organização do Congresso de Obesidade da SPEO - Dias 19 a 22.
Dezembro	Acompanhar aulas de grupo do GCP direcionadas para idosos - condição física; moderada. Realizar uma reflexão crítica das mesmas.			
Janeiro	Observar e realizar as aulas de Condição Física e Moderada. Fazer uma reflexão crítica sobre as mesmas.	Observar e experimentar aulas de hidro sénior na Piscina Municipal de Campo de Ourique. Fazer uma reflexão crítica sobre as mesmas.	Colaborar no projeto PAHA - preparar folheto de divulgação e recrutamento de pessoas para o início do projeto.	
Fevereiro			Divulgar projeto PAHA fora do GCP.	Participar no <i>Workshop</i> GCP "Social 4fun" - Dia 27.
Março	Colaborar no Evento Zumba Solidária - Dia 12		Implementar projeto PAHA (entregar pedómetros, realizar avaliações e planos de treino).	Organizar Semana da Condição Física (avaliação funcional, avaliação da composição corporal e saúde mental) - avaliações para investigação.
Abril	Participar no Workshop "Comer, mover e (con)viver com a doença reumática" - Dia 9.	Participar no Seminário "Exercício, Saúde e Cidadania" - Dia 16.		
Maió	Colaborar no Evento GCP: "Maio Mês do Coração"	Colaborar no Evento GCP: <i>Workshop</i> "Yoga" - Dia 14.	Colaborar no Evento GCP "Mega Aula de <i>Bike</i> " - Dia 21.	Implementar a "Semana da Condição Física" - avaliações para investigação.
Junho	Tratar dados recolhidos na "Semana da Condição Física".		Construir reflexão crítica sobre o tema escolhido para desenvolver ao longo do estágio (envelhecimento, exercício físico e depressão).	

Figura 1 - Planeamento de Estágio

Capítulo 3 – Enquadramento Teórico

Neste capítulo é apresentada uma revisão de literatura sobre os temas envelhecimento, depressão e o impacto do exercício físico em idosos com esta patologia.

3. Enquadramento Teórico - Revisão de Literatura

"Em resultado da queda da natalidade e do aumento da longevidade nos últimos anos, verificou-se em Portugal o decréscimo da população jovem (0 a 14 anos de idade) e da população em idade ativa (15 a 64 anos de idade), em simultâneo com o aumento da população idosa (65 e mais anos de idade) " (INE - Statistics Portugal, 2015). Divulgados estes dados, compreende-se desde logo a importância de investir numa consciencialização para o envelhecimento saudável.

3.1. Envelhecimento em Portugal

Segundo o Instituto Nacional de Estatística, "o envelhecimento demográfico traduz alterações na distribuição etária de uma população expressando uma maior proporção de população em idades mais avançadas. Esta dinâmica é consequência dos processos de declínio da natalidade e de aumento da longevidade e é entendida internacionalmente como uma das mais importantes tendências demográficas do século XXI. As alterações na composição etária da população residente em Portugal e para o conjunto da UE 28 são reveladoras do envelhecimento demográfico da última década. Neste contexto, Portugal apresenta no conjunto dos 28 Estados Membros o 5º valor mais elevado do índice de envelhecimento" (INE - Statistics Portugal, 2015), sendo que entre 2012 e 2015 o índice de envelhecimento em Portugal passou de 131,1 para 146,5 na população geral (ilustração 2) e de 153,2 para 175,3 tendo apenas em conta a população do sexo feminino (ilustração 2).

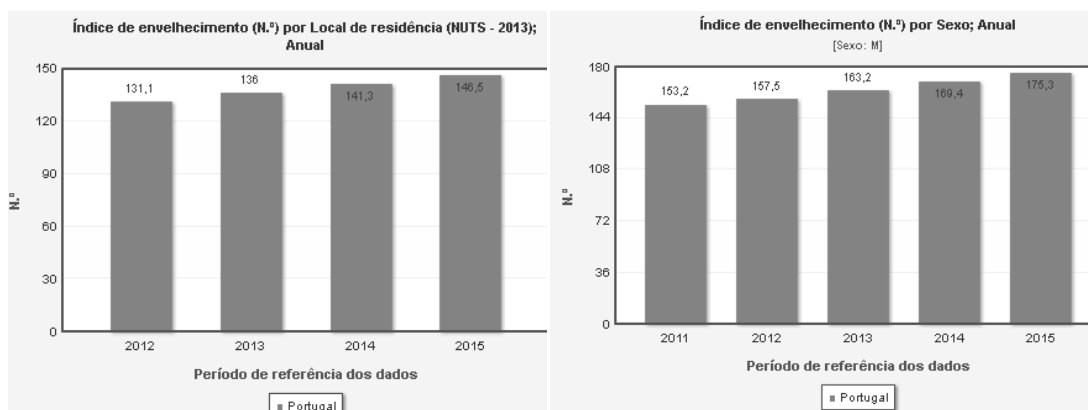


Figura 2 - Índice de Envelhecimento em Portugal (INE, 2015)

3.2. Processo de Envelhecimento

Segundo a OMS, a terceira idade tem início entre os sessenta (60) e sessenta e cinco (65) anos. Desta forma, definem pessoa idosa acima de 60 anos nos países em desenvolvimento e acima dos 65 anos nos países desenvolvidos. No entanto a definição de envelhecimento ainda gera muitas discordâncias, uma vez que esta não depende exclusivamente da idade cronológica.

Sabe-se então, que existem diversas formas para classificar o envelhecimento, sendo que a pessoa que envelhece pode intitular-se como idoso, velho, sénior, etc. No entanto, independentemente de como são designados, os sinais de envelhecimento existem e podem ser tanto físicos como mentais. Estes são medidos respetivamente pela idade biológica e pela idade psicológica.

A idade biológica refere-se ao estado de desenvolvimento físico/degeneração do corpo e inclui não só o envelhecimento geral do corpo, mas também o envelhecimento dos vários sistemas envolvidos, nomeadamente: sistema locomotor (perda de massa e volume muscular, diminuição dos estímulos elétricos - leva a uma diminuição da força e resistência muscular; perda de mobilidade articular e elasticidade dos músculos e tendões - leva a deterioração da flexibilidade; perda progressiva de densidade óssea; alterações posturais devido à degeneração da capsula articular e consequente achatamento dos discos intervertebrais); sistema cardiovascular (endurecimento das artérias e válvulas - provocam aumento da pressão arterial e maior risco de doença cardiovascular); sistema respiratório (perda de elasticidade pulmonar e diminuição da superfície alveolar - decréscimo do consumo máximo de oxigénio e da capacidade vital-aumento do risco de infeções e doenças respiratórias); sistema nervoso (diminuição no tempo de reação e no processamento da informação devido a uma transmissão de impulsos nervosos cada vez mais lentos e perda de capacidade de concentração e atenção, assim como da memória a curto prazo); sistema sensorial (perda de eficiência nos órgãos sensoriais e o aumento dos limiares para a sua estimulação); e outros sistemas (alterações hormonais; diminuição nas reservas energéticas e abrandamento do metabolismo) (Llano, Manz, & Oliveira, 2006).

Por outro lado, a idade psicológica refere-se ao estado psicológico da pessoa comparado ao de uma pessoa média da mesma idade cronológica (Stuart-Hamilton, 2002).

Neste plano psicoafectivo é visível que "a deterioração progressiva de grande parte das capacidades leva a que os idosos sintam uma perda de confiança em si mesmos, como consequência da mudança que ocorre na sua imagem corporal. Há uma diferença entre o que creem que ainda podem fazer e o que, na realidade, são capazes de fazer, fator que afeta grandemente a sua autoestima. Se a isto juntarmos a ocorrência de mais acontecimentos stressantes como a reforma, a perda de amigos e entes queridos, faz dos idosos um grupo especialmente vulnerável a estados de depressão frequentes" (Llano, Manz, & Oliveira, 2006).

Fontaine (2000) cit. por Cancela (2007) refere que "o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial que afeta todos os seres vivos e o seu termo natural é a morte do organismo. Desta forma, é impossível datar o seu começo, porque de acordo com o nível no qual ele se situa (biológico, psicológico ou sociológico), a sua velocidade e gravidade variam de indivíduo para indivíduo". Assim, Fontaine (2000), tal como Stuart-Hamilton (2002), diferenciam idade biológica, de idade social e de idade psicológica, que podem ser muito diferentes da idade cronológica. Ou seja, "a idade biológica está ligada ao envelhecimento orgânico, sendo que cada órgão sofre modificações que diminuem o seu funcionamento durante a vida e a capacidade de autorregulação torna-se também menos eficaz; a idade social refere-se ao papel, aos estatutos e aos hábitos da pessoa, relativamente aos outros membros da sociedade. Esta idade é fortemente determinada pela cultura e pela história de um país; e por último a idade psicológica relaciona-se com as competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente; inclui a inteligência, memória e motivação" (Cancela, 2007).

"Birren (1995), considera também o envelhecimento como um processo ecológico, uma interação entre organismos com um determinado património genético e diversos meios físicos e sociais. Para este autor, o aumento da longevidade no século XX, de 45 para 75 anos, aproximadamente, esteve mais relacionado com mudanças económicas, tecnológicas e sociais, do que propriamente com mudanças do património genético da população. Ou seja, os fatores biológicos e genéticos não asseguram a expressão ótima do desenvolvimento humano. Esta dependerá também de aspetos históricos, sociais e culturais" (Fonseca & Paúl, 2005).

Por outro lado, "Spirduso (1996), define envelhecimento como o processo ou grupo de processos, que ocorrem nos organismos vivos e que com a passagem do tempo levam a uma perda de adaptabilidade, danos funcionais e eventualmente à morte, sendo uma extensão lógica dos processos fisiológicos de crescimento e desenvolvimento" (Llano, Manz, & Oliveira, 2006).

Em suma, o envelhecimento é um processo complexo influenciado sobretudo por fatores biológicos, psicológicos e sociais. Sendo que para um envelhecimento ótimo, devem ser tidos em conta diversos aspetos como a personalidade do indivíduo, a sociabilidade, a sua saúde e ainda o seu estilo de vida. Todos estes fatores acabam por relacionar-se, sendo que a existência de uma rede de apoio (amigos, família) é essencial para assegurar maior autonomia, saúde mental e satisfação com a vida.

É, ainda, necessário referir que o envelhecimento não é uma doença, acontece a todos nós envelhecermos, é inevitável. "Envelhecer é um processo natural que ocorre desde o nascimento até a morte, e que é caracterizado por uma série de alterações inerentes ao processo natural de envelhecimento" (Zago, 2010). Sendo assim, para que o processo de envelhecimento decorra de forma normal (sem o acompanhamento de patologias), deve ser dada maior atenção à prática de exercício físico, pois "manter-se fisicamente ativo é uma atitude que irá beneficiar a relação saúde-doença, uma vez que o exercício físico traz benefícios tanto ao indivíduo idoso, principal alvo para esta relação, quanto o poder público com os gastos no sistema público de saúde" (Zago, 2010).

3.3. Depressão e Envelhecimento

Para falar em depressão é inevitável abordar o tema saúde mental e compreender o que acontece no processo de envelhecimento em termos cognitivos. Quando falamos em saúde mental vários aspetos são apontados como possíveis causas de um maior declínio no idoso. Segundo Salthouse (1998) cit. por Fonseca & Paúl (2005), em termos de cognição, sabe-se que associado à idade existe um determinado declínio cognitivo, sendo notado principalmente no decréscimo de um certo tipo de memória, raciocínio e resolução de problemas, no entanto, ainda não é possível prever ou prevenir os efeitos cognitivos do envelhecimento. Este, é um dos principais fatores que afeta o idoso em termos psicológicos, sendo difícil de aceitar e compreender o porquê de já não ter a mesma capacidade de memória e de raciocínio. Outros fatores são encontrados para explicar este fenómeno, nomeadamente a perda de rotinas, a morte de entes queridos e o isolamento social que ocorre muitas vezes com a passagem à reforma e com a ausência de atividades sociais e de lazer que permitam a criação de uma rede de apoio. Mas, não são apenas as alterações cognitivas que afetam o idoso. As transformações de ordem física estabelecem um desafio para a pessoa que envelhece, exigindo a aceitação de um novo "*self*", diferente da imagem da juventude. Ou seja, a compreensão da saúde mental no idoso, deve ser interpretada conforme o envelhecimento, como um processo em que múltiplos fatores intervêm, de ordem física, psicológica e social. Associado a este processo estão fatores negativos como é o caso da ansiedade e depressão, desencadeados, na maioria dos casos por situações de *stress*.

Segundo Callegari (2000), o *stress* parece constituir uma espécie de epidemia, típica das sociedades ocidentais mais civilizadas, provocando no quotidiano uma série de problemas com impacto na saúde, inclusive de foro psíquico, nomeadamente a ansiedade, a irritabilidade, a insónia, a depressão e ainda a sensação geral de fadiga, quase sempre originada por uma sobrecarga a nível psíquico. Ou seja, o *stress* parece estar na base do desencadeamento de doenças do foro psíquico, relacionando-se não só com o próprio envelhecimento, mas sobretudo com as obrigações, os objetivos impostos no trabalho, os relacionamentos falhados e a fraca rede de apoio cada vez mais visível nas sociedades de hoje. No entanto, o *stress* não tem o mesmo impacto e efeito em todas as pessoas, sendo este um estímulo físico ou psíquico capaz de desencadear uma série de reações no indivíduo, desde o aumento da tensão ao aumento do estado de vigília, o

stress pode, desde logo e segundo esta perspetiva, ser considerado "bom" ou "mau". Numa perspetiva positiva o *stress* pode criar motivação e valorização, ou pode ser visto de forma negativa e provocar medo, ansiedade e repulsão.

"Algumas estatísticas apontam que mais de 3 mil milhões de pessoas, mais cedo ou mais tarde, desenvolverão um transtorno psiquiátrico. Um número assombroso que indica que as sociedades modernas se tornaram uma fábrica de pessoas stressadas" (Cury, 2015).

Em consequência desta situação atual, as perturbações do foro psíquico têm vindo a aumentar, sobretudo a depressão. A depressão pode ser vista como uma condição de tristeza, mal estar emocional momentâneo, ou como um estado que se configura como um verdadeiro distúrbio/doença, no entanto nem sempre é fácil distinguir o verdadeiro estado do sujeito, uma vez que a depressão é diagnosticada através de uma série de sintomas associados.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization: WHO, 2016), a depressão é um transtorno mental comum, caracterizado por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, distúrbios do sono ou do apetite, sensação de cansaço e falta de concentração. Esta pode ser de longa duração ou recorrente e é a principal causa de incapacidade em todo o mundo.

Por outro lado, Tier, Costa Santos, Pelzer, & Bulhosa (2007), explicam que esta é uma doença com importantes repercussões sociais e individuais, devido ao facto de afetar não somente o convívio social, mas impossibilitar uma rotina de vida satisfatória. Desta forma, estes autores explicam que a depressão é um distúrbio da área afetiva ou do humor, com forte impacto funcional em qualquer faixa etária, de natureza multifatorial, envolvendo aspetos de ordem biológica, psicológica e social. Referem ainda que nos idosos, particularmente, a depressão pode ser caracterizada pela apatia e por uma perda de interesse pelas atividades habituais. Desta forma, "as principais categorias de sintomas depressivos são o humor (que inclui tristeza, perda de interesse e/ou prazer, crises de choro, variação diurna do humor), sintomas vegetativos ou somáticos (inclui alterações no sono, no apetite e no peso, há perda de libido, obstipação e fadiga), aspetos motores (inclui inibição ou retardo, agitação, inquietação), aspetos sociais

(inclui apatia, isolamento, incapacitação para o desempenho das tarefas quotidianas), aspetos cognitivos (inclui desesperança, desamparo, ideias de culpa e de suicídio, indecisão, perda de *insight*, isto é, do reconhecimento de que está doente), sintomas de ansiedade (inclui ansiedade psíquica, somática e fóbica), sintomas de irritabilidade (inclui hostilidade, auto e heterodirigida)" (Tier, Costa Santos, Pelzer, & Bulhosa, 2007).

Sendo assim, "a depressão é uma condição que quase todas as pessoas vivenciam de forma relativamente branda em muitos momentos da vida. Na maioria dos casos, o sentimento de melancolia é uma reação a um acontecimento específico, mas dissipa-se em poucos dias e não costuma ser considerado uma doença mental. A depressão que realmente merece atenção clínica é de longa duração e suficientemente grave para interferir no funcionamento normal da vida do indivíduo. É importante enfatizar que a depressão clínica não é apenas "sentir-se triste" - o paciente fica, na verdade, incapacitado pela condição. Além de um humor deprimido, fica sem energia mental e física num grau extremo, tem sentimentos irracionais de desvalor e/ou culpa, e pode pensar em morrer e suicidar-se (geralmente os pacientes mais velhos têm mais sintomas físicos - Caine et al.,1994). Uma depressão dessa magnitude é muito mais rara na velhice do que em qualquer outra idade; entretanto, sintomas isolados de depressão são muito mais frequentes (Kasl-Godley, Gatz e Fiske, 1998; Smyer e Qualls, 1999). O último achado provavelmente se deve ao facto das pessoas mais velhas serem expostas a mais acontecimentos depressivos, como luto, doença dolorosa, e assim por diante" (Stuart-Hamilton, 2002).

"As causas de depressão na velhice são frequentemente atribuídas a acontecimentos estressantes e negativos. Por exemplo, sabemos que a morte de uma pessoa querida causa sintomas depressivos, embora estes na maioria dos casos sejam de duração relativamente breve, não estando mais aparentes depois de um ano. Doenças e efeitos colaterais de medicações podem também causar e exacerbar a depressão em alguns pacientes. Penninx e colaboradores (1996) relatam que os sintomas depressivos aumentam com o número de doenças que acometem o paciente. Além disso algumas doenças parecem conduzir mais à depressão do que outras: talvez não surpreenda que as doenças que tragam dor crónica, como a artrite, estejam mais associadas à depressão do que a condições sérias, mas menos dolorosas como a diabetes. Beekman e

colaboradores (1997) argumentam que um preditor ainda mais sólido da depressão é o nível de saúde física em oposição à doença. Numa linha semelhante, Palinkas, Wingard e Barret-Connor (1996) descobriram que a depressão era significativamente maior em pessoas mais velhas obesas. O estado psicológico também pode ser um fator importante em alguns casos; vários declínios reais ou imaginários nas capacidades, tal como demência e perda de memória estão correlacionadas com sintomas depressivos. Mas geralmente, aspetos do estilo de vida, tais como problemas financeiros ou problemas sociais e de relacionamentos mais antigos, também são fatores que contribuem." (Stuart-Hamilton, 2002).

Ou seja, vários são os fatores que podem contribuir para o aparecimento e manutenção da depressão a longo prazo, sobretudo na idade adulta e na velhice. Para contrariar as tendências atuais é importante alterar alguns hábitos, particularmente os sedentários, uma vez que o exercício físico pode ser uma ajuda não só no tratamento da doença, mas também na prevenção da mesma.

3.4. Impacto do Exercício Físico no Idoso com Depressão

"Apesar do envelhecimento ser inevitável, tanto a taxa, como a magnitude do declínio na função fisiológica, podem ser amenizados, ou mesmo revertidos, através da intervenção do exercício e da atividade física" (Raposo & Marques, 2007). Segundo Llano, Manz, & Oliveira (2006), a prática de exercício físico regular produz uma série de melhorias ao nível da saúde, tanto na prevenção como no controlo de certas doenças, trazendo benefícios quer ao indivíduo, ao proporcionar-lhe um estilo de vida mais saudável, quer ao nível da sociedade, fazendo destes cidadãos, pessoas mais felizes e autossuficientes. Ou seja, a independência, que se distingue de acordo com a capacidade funcional do idoso, também se relaciona de forma positiva com a saúde e a qualidade de vida. Quer isto dizer que um indivíduo fisicamente ativo, que realiza todas as atividades do dia-a-dia e exercício regularmente, tem maior bem-estar físico e psicológico e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida.

Tendo em conta os argumentos anteriormente apresentados, entende-se desde logo a importância da prática de exercício físico regular, no entanto, antes de refletir sobre a eficácia dos diferentes tipos de exercício físico em idosos com depressão é importante compreender a diferença entre atividade física e exercício físico. Entende-se por atividade física qualquer movimento músculo-esquelético que resulte num gasto energético superior aos níveis de repouso, ou seja, qualquer atividade diária básica pode ser considerada atividade física. Sendo assim, a atividade física contribui para o menor sedentarismo e permite testar as capacidades de cada indivíduo através da execução de movimentos simples ou mais complexos, contudo não tem necessariamente o objetivo de desenvolver a condição física. Por outro lado, o exercício físico é praticado com o propósito de melhorar, ou manter uma condição física, sendo esta, uma atividade planeada, estruturada e repetitiva. Ou seja, no exercício físico existe uma prescrição orientada e executada de maneira a exigir um gasto energético superior quando comparado aos níveis de repouso, criando novas adaptações fisiológicas e novos estímulos, o que resultará em alterações orgânicas benéficas, melhorando as condições físicas gerais.

Segundo a *World Health Organization* (WHO) para adultos com 65 anos ou mais, a atividade física inclui atividades de lazer (caminhar, dançar, nadar, andar de bicicleta), trabalho, tarefas domésticas, jogos, modalidades desportivas ou exercícios programados no contexto de atividades diárias, familiares e comunitárias. Com o objetivo de melhorar a função cardiorrespiratória e muscular, a saúde óssea e funcional, reduzir o risco de doenças não transmissíveis, depressão e declínio cognitivo, a WHO indica que os idosos devem fazer pelo menos 150 minutos de intensidade moderada de atividade física aeróbia durante a semana, ou fazer pelo menos 75 minutos de intensidade vigorosa de atividade física aeróbia durante a semana, ou uma combinação equivalente de atividades de intensidade moderada e vigorosa. Sendo assim, é possível compreender a importância não só do exercício físico, mas também da atividade física realizada ao longo da semana, sobretudo no idoso.

Vários estudos têm vindo a ser realizados ao longo dos anos para compreender os benefícios do exercício físico em geral, mas também dos diferentes tipos de treino no idoso com depressão.

Segundo Callegari (2000), o exercício aeróbio é acompanhado pela secreção de endorfinas, o que explica a sensação física agradável de bem-estar e contribui para a manutenção de uma saúde mental saudável. Ou seja, mesmo que não de forma intensiva, o exercício exerce um efeito libertador e ansiolítico. Assim, o exercício não funciona apenas como um remédio contra a ansiedade, mas representa também uma espécie de treino natural para o *stress* futuro, servindo de prevenção contra o stress e contra os males que dele derivam - a ansiedade e a depressão.

Por outro lado, Brito, et al. (2011), também refere que o exercício físico atua como fator preventivo de processos inflamatórios decorrentes do envelhecimento e que estão na base de várias doenças, como é o caso da aterosclerose, sarcopenia e ainda défices cognitivos, onde se inclui a depressão. Ou seja, "o exercício reduz a atividade de citocinas pró-inflamatórias e aumenta a liberação de substâncias anti-inflamatórias", sendo esta mais uma consideração importante a ter quando se fala nos benefícios de uma prática regular de exercício físico.

Num estudo atual, realizado em 2015, Viana Campos, Duarte Vargas & Ferreira e Ferreira, com o objetivo de definir os determinantes do envelhecimento ativo, concluíram que este, é diferente entre os géneros, sendo que 64,7% dos idosos do grupo desfavorável são mulheres. Estes resultados indicam que as mulheres possuem maiores taxas de dependência funcional, défice cognitivo, depressão, pior funcionamento familiar e uma perceção negativa da própria saúde quando comparadas aos homens. Segundo estes autores, uma possível explicação para estes resultados, é a alta prevalência de dependência funcional entre as mulheres (33,0%) quando comparadas aos homens (23,7%), bem como alta prevalência de depressão (34,4% no sexo feminino e 23,8% no sexo masculino). Ou seja, as diferenças de género aparentemente estão relacionadas aos padrões socioculturais do comportamento humano e são fatores relevantes que determinam a ocorrência de eventos e atitudes que podem se tornar limites ou possibilidades para a conquista do envelhecimento mais ativo e com qualidade de vida. Concluiu-se então, que "a qualidade de vida e a participação em grupos são os principais determinantes de envelhecimento ativo, e que os demais fatores associados são diferentes para cada género" (Viana Campos, Duarte Vargas, & Ferreira e Ferreira, 2015).

Barbanti (2010), realizou um estudo com o objetivo de investigar a mudança na qualidade de vida em 45 pacientes depressivos (PD), sobre a remissão de sintomas em indivíduos com episódio depressivo de leve a moderado, que participaram de atividades aeróbias: caminhada e *fitness* e também fizeram alongamentos. Com este estudo, foi possível confirmar que a prescrição destes exercícios físicos pode ser utilizada, como fator de prevenção da doença e melhoria da qualidade de vida desta população alvo. Barbanti (2010), concluiu assim que, "um programa gradual de exercício, com intensidade baixa a moderada, pode ser desejável e recomendável para a obtenção de efeitos antidepressivos e promover a adesão e manutenção dos indivíduos dos programas de atividade física".

Minghelli, Tomé, Nunes, Ana, & Cátia (2013), realizaram uma investigação com o objetivo de comparar a relação entre os níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. A amostra foi constituída por 72 idosos, divididos num grupo de 38 idosos sedentários (GS) e outro grupo (GA) de 34 fisicamente ativos. Os resultados obtidos demonstraram que o GS apresentou 38 vezes mais de probabilidade de vir a

desenvolver sintomas de ansiedade e depressão e os indivíduos sem habilitações apresentam 11 vezes mais de probabilidade de vir a desenvolver esses sintomas. Enquanto que no GS, 35 (92,1%) idosos apresentaram níveis de ansiedade ou depressão e 3 (7,9%) não apresentaram, no GA apenas 8 (23,5%) apresentaram níveis de ansiedade ou depressão e 26 (76,5%) não revelaram esses sintomas ($p < 0,05$). Ou seja, estes autores concluíram que a prática da atividade física pode representar um fator importante para reduzir os níveis de ansiedade e depressão em idosos.

Lanuez, Jacob-Filho, Lanuez, & Beccatini de Oliveira (2011) realizaram um estudo comparativo dos efeitos de dois programas de exercício físico na flexibilidade e no equilíbrio em idosos saudáveis com e sem depressão maior. Neste estudo o principal objetivo era avaliar a flexibilidade e o equilíbrio em idosos saudáveis com ou sem depressão maior, por meio de dois diferentes programas: prática de exercícios aeróbios e realização de exercícios de flexibilidade e equilíbrio. Desta forma, observou-se que, os idosos com depressão maior obtiveram melhora expressiva da flexibilidade e do equilíbrio, assim como os não deprimidos, principalmente no grupo que realizou exercício aeróbio. Assim, os autores concluíram que esta investigação reforça a relevância da prática de exercício físico em idosos com depressão maior, sendo este um importante instrumento no tratamento e acompanhamento desse grupo de pacientes.

Outro estudo semelhante, realizado por Santos da Silva, Farias da Silva, Borges, Navarro, & Júnior (2013) e com o objetivo de avaliar os efeitos da atividade física na capacidade psicossocial e funcional do idoso demonstrou que é clara a importância da atividade física para o idoso, com destaque para os benefícios da prática em imersão. Neste estudo, a média de idade foi 68,78 (sedentários), 70,23 (em solo) e 71,72 (em imersão), maioria feminina e os resultados mostraram que "os componentes físicos e mentais exibiram melhores escores em solo e imersão. Nos domínios estado geral da saúde, aspetos sociais e saúde mental, os praticantes em imersão tiveram maiores escores."

Por outro lado, Brunoni, Schuch, Dias, Martins Kruehl, & Tiggeman (2015) realizaram um estudo sobre o treino de força com o objetivo de avaliar os efeitos deste tipo de treino, prescrito com base na escala subjetiva de esforço, nos sintomas depressivos e na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) de idosas. Neste estudo, os autores

obtiveram os resultados que pretendiam, uma vez que de facto, foi encontrada uma redução dos sintomas depressivos, bem como da frequência de idosas com pontuação indicativa de episódio depressivo atual, após o treino de força. Para a QVRS, foram encontradas melhoras nas subescalas de capacidade funcional, estado geral da saúde, vitalidade e saúde mental.

Ou seja, com a prática regular de exercício físico ambiciona-se oferecer ao indivíduo qualidade de vida no seu envelhecimento, podendo esta, ser muito boa ou, pelo menos, preservada desde que os indivíduos permaneçam ativos, com autonomia e independência, boa saúde física e relações sociais" (Viana Campos, Duarte Vargas, & Ferreira e Ferreira, 2015).

Todos estes estudos demonstram que o exercício físico em geral e mesmo a atividade física são benéficos na prevenção e no tratamento da depressão no idoso.

Capítulo 4 – Prática Profissional

Neste capítulo são detalhadas as atividades realizadas ao longo do estágio, divididas em vários tópicos, nomeadamente: avaliação; prescrição; programas especiais; aulas de grupo; projeto Physical Activity and Health in Aging (PAHA); e, por fim, estudo de caracterização da aptidão física e psíquica em idosos.

4. Prática profissional - Atividades realizadas durante o estágio

Relativamente ao trabalho desenvolvido ao longo do estágio, este passou por vários contextos, nomeadamente avaliações da condição física, prescrição de planos de treino, acompanhamento de programas especiais, observação e prática de aulas de grupo, implementação do projeto PAHA e ainda estudo de caracterização da aptidão física e psíquica em idosos do GCP.

4.1. Avaliação

A avaliação é realizada a qualquer sócio que pretenda iniciar um programa de exercício e tem como objetivo compreender as necessidades, objetivos e limitações do indivíduo.

Anamnese e estratificação do risco: Nesta anamnese são analisadas várias componentes essenciais para delinear de forma correta e objetiva o plano individual de treino. É realizado um questionário onde são recolhidos dados pessoais, informação a cerca de hábitos diários, prática de atividade física, estado de saúde atual, limitações físicas e/ou restrições clínicas. É também realizada uma estratificação do risco de doenças cardiovasculares, através da recolha de diversos dados, nomeadamente: pressão arterial, frequência cardíaca de repouso, índice de massa corporal (IMC), idade, hereditariedade, sedentarismo, tabagismo, glicemia e perfil lipídico.

Medições hemodinâmicas: Relativamente às medições hemodinâmicas, para a estratificação do risco, é medida a pressão arterial (sistólica e diastólica) e ainda a frequência cardíaca de repouso. Estas medições são efetuadas com um medidor de pressão arterial de braço Omron digital automático.

Avaliação da Composição Corporal: Em termos de medições antropométricas são medidos os perímetros da cintura, anca e abdominal. Estas medições são efetuadas com uma fita métrica comum. Em relação à medição das pregas corporais, são poucos os casos onde estas são utilizadas, uma vez que este tipo de avaliação é mais invasiva, é preferível recorrer a um equipamento de avaliação da composição corporal, devidamente validado (bio impedância).

Avaliação Postural/Capacidade Funcional: Esta avaliação tem como principal objetivo o despiste de possíveis desequilíbrios posturais e musculares a nível estático e dinâmico. Esta é essencial para a prescrição de um plano de treino adequado às características e objetivos do sócio. Para esta avaliação recorre-se ao protocolo da Nacional Academy of Sports Medicine (NASM, 2006), este, inclui uma avaliação na posição ortostática, uma avaliação dinâmica (*overhead squat, one leg squat, pushing e pulling*) e ainda o teste de Adams. Além desta avaliação geral, no caso dos idosos é ainda realizada a bateria de Fullerton (Rickly & Jones) para avaliação das capacidades funcionais e a Escala Avançada de Equilíbrio de Fullerton (Rose, 2003) para avaliação do equilíbrio.

Aptidão Cardiorrespiratória: Nesta avaliação recorre-se ao protocolo de Rockport, sendo o procedimento, deste, caminhar 1 milha (1600m) o mais rápido possível e monitorizar a FC final. Esta avaliação é realizada em passadeira. Na maioria dos casos esta prova é realizada sempre em marcha, sobretudo nos idosos. Esta avaliação tem como objetivo dar a conhecer a condição cardiorrespiratória do indivíduo.

Apresentação de resultados e aconselhamento técnico: A apresentação dos resultados é feita através de um relatório pessoal onde é cedido um pequeno texto para a população em geral sobre o estilo de vida, o estado de saúde e a aptidão física, sendo que os resultados obtidos e os pretendidos são colocados em forma de gráfico para que desta forma seja mais fácil compreender os mesmos. Além disto, através da recolha de alguns dados como é o caso da pressão arterial, da composição corporal e ainda do resultado do teste de aptidão cardiorrespiratória é apresentada uma perspetiva global dos resultados de forma a traçar alguns objetivos mais específicos. É através deste relatório, juntamente com a restante avaliação, e tendo em conta os objetivos do sócio que depois será construído o plano de treino.

Na SAAT, tive oportunidade de observar aproximadamente 30 avaliações, sendo algumas delas de sócios dos programas especiais e outras, a maioria, avaliações iniciais. No segundo semestre, pude realizar mais de 40 avaliações com bastante autonomia, sendo que algumas faziam parte do projeto PAHA, outras do estudo realizado com idosos e ainda outras realizadas a sócios do ginásio. Uma avaliação completa e feita com algum rigor é fundamental para uma prescrição mais objetiva e eficaz.

4.2. Prescrição

A prescrição de treino é delineada pelo técnico de exercício físico, após a realização de uma avaliação global da condição física. O objetivo desta prescrição é organizar uma sequência de treino desafiante, que vá de encontro às necessidades e objetivos de cada sócio e que será continuamente adaptada em função dos seus progressos e desejos. Este planeamento de treino é feito na sala de exercício e num primeiro treino o sócio é acompanhado, os exercícios são explicados e adaptados ou alterados se necessário e são definidas intensidades, cargas, repetições, séries e tempos de recuperação.

Na prescrição são seguidas as *guidelines* ACSM. No caso da população idosa é recomendado em termos de treino cardiovascular uma frequência cinco vezes por semana de intensidade moderada durante 30-60 minutos, ou três vezes por semana de intensidade vigorosa durante 20-30 minutos, ou ainda uma combinação equivalente. A intensidade de treino pode também ser regulada através da escala subjetiva de esforço (0-10), em que um esforço moderado é equivalente a 5-6 e um esforço intenso 7-8. Relativamente ao treino de força muscular e resistência, este deve ser realizado pelo menos duas vezes por semana com intensidade moderada (60-70% 1RM) ou intensidade leve para os iniciantes (40-60% 1RM), o plano deve conter 8 a 10 exercícios envolvendo os grandes grupos musculares, com pelo menos uma série de 10-15 repetições. Por último, o treino de flexibilidade deve também ser realizado pelo menos duas vezes por semana até ao ponto de maior amplitude articular. Cada alongamento deve ter a duração de 30-60 segundos.

Neste estágio, foi possível observar vários treinos iniciais ou até mesmo renovações de plano de treino. No geral, foram observados cerca de 15 prescrições de planos de treino e o respetivo treino. Após a observação da prescrição de vários planos de treino iniciais ao longo do estágio, foi possível também prescrever alguns, inicialmente com o auxílio de um professor da sala e mais tarde com plena autonomia, tal como era objetivo.

4.3. Programas Especiais

Neste estágio tive oportunidade de observar e acompanhar treinos dos vários programas especiais, nomeadamente o programa de gestão e controlo de peso, o programa de obesidade infantil e o programa de reabilitação cardíaca.

Programa de Gestão e Controlo de Peso tem como principal objetivo a melhoria da aptidão física em geral e a redução da percentagem de massa gorda em particular. Destina-se a todas as pessoas que ambicionam reduzir a sua percentagem de massa gorda, melhorar a aptidão física, a saúde e a qualidade de vida, sendo que as pessoas com excesso de peso ou obesidade beneficiam especialmente deste programa, uma vez que estas condições são consideradas fator de risco cardiovascular, metabólico e ortopédico.

Este programa é estruturado através de uma primeira avaliação dos indicadores de saúde e de aptidão física e definição dos objetivos a atingir, sendo depois implementado um programa de acompanhamento individualizado na área do exercício (sessões de treino personalizado) e de nutrição, sob a orientação de técnicos com formação superior especializada e certificada para o efeito. Neste programa, são feitas reavaliações e reajustes sistemáticos.

Programa de Obesidade Infantil tem como objetivo a educação para um estilo de vida mais ativo e uma alimentação mais consciente e equilibrada. Este destina-se a todas as crianças e jovens com excesso de peso ou obesidade. O programa é estruturado através de uma abordagem integrada, em que o exercício e a alimentação saudável representam estratégias de destaque, devidamente enquadradas de acordo com o perfil individual de cada jovem. Inicialmente é feita uma avaliação dos indicadores de saúde e de aptidão física e são definidos os objetivos a atingir. Relativamente ao treino, é implementado um programa de acompanhamento individualizado na área do exercício e da nutrição, sob a orientação de técnicos com formação superior especializada e certificada para o efeito. Além de tudo isto, ao longo do tempo, são ainda feitas reavaliações e reajustes sistemáticos do programa.

Programa de Reabilitação Cardíaca: tem como objetivos gerais a melhoria da capacidade funcional e da qualidade de vida e prevenção de futuros eventos cardiovasculares. Como objetivos específicos tem a redução da pressão arterial, melhoria do perfil lipídico (redução do colesterol total, aumento das HDL e redução das LDL), auxílio do controlo de peso, da diabetes, melhoria aptidão cardiorrespiratória, aumento do limite de segurança na realização de atividade física, melhoria da autoestima e da gestão do *stress*. Este programa, destina-se a pessoas portadoras de disfunções cardiovasculares ou com fatores de risco para doença cardiovascular. Este, encontra-se estruturado por sessões de exercício físico supervisionadas, com monitorização de variáveis hemodinâmicas, cronotrópicas e sinais vitais, promovendo progressivamente a autonomia do sócio relativamente a sua própria monitorização. Existe também um acompanhamento nutricional realizado por uma técnica com formação especializada, que orienta mudanças na alimentação para melhorar a qualidade de vida, prevenir e controlar fatores de risco para doenças cardiovasculares. Por fim, é ainda fundamental o aconselhamento, educação e utilização de técnicas de modificação comportamental constantes ao longo de todo o programa.

Em suma, do programa de gestão e controlo de peso foram observados mais de 10 treinos e foi possível auxiliar e até mesmo acompanhar alguns sócios com a autorização do professor responsável. Do programa de obesidade infantil foram observados também alguns treinos e auxiliados outros tantos, no entanto em termos de intervenção a solo apenas foram lecionados dois treinos. Por último, do programa de reabilitação cardíaca apenas foram observados alguns treinos para compreender melhor o trabalho desenvolvido neste programa, mas a integração foi menor uma vez que este não era o meu objetivo. Sendo assim, dos programas especiais, aquele onde houve maior intervenção foi o programa de gestão e controlo de peso, ainda que esta não fosse a área de intervenção prioritária a quando do início do estágio, este é um tema de interesse pessoal e por essa razão foi aproveitada a oportunidade para aprofundar conhecimentos e ganhar maior traquejo neste âmbito.

4.4. Aulas de Grupo

Inicialmente, neste estágio, foram seguidas várias aulas de grupo apenas com o intuito de ficar a conhecer melhor cada uma delas, mas tendo como principal objetivo e motivação o trabalho com a população sénior foi fundamental observar aulas de grupo onde esta população está inserida. Desta forma, as aulas selecionadas foram: hidro sénior, moderada e condição física.

Condição Física: Esta é uma aula de "condicionamento geral de intensidade baixa/moderada, cujo principal objetivo é a recuperação e/ou manutenção dos níveis de resistência ao esforço, flexibilidade, resistência aeróbia, coordenação e destreza geral, através de exercícios variados e de fácil execução" (Ginásio Clube Português, 2016).

Esta aula, talvez por ocorrer muitas vezes durante a semana, foi aquela em que houve maior oportunidade de observar (num total de 13 aulas). Fazendo uma reflexão, estas aulas proporcionam uma melhoria da condição física geral, através do trabalho cardiorrespiratório, padrão de marcha, trabalho de força, coordenação e flexibilidade, no entanto, dentro das aulas de condição física (46 aulas por semana) existem várias intensidades, sendo este um dos aspetos que deveria ser melhor estruturado, uma vez que as aulas diferem bastante de professor/a para professor/a, apesar do nome ser exatamente o mesmo. Ou seja, a colocação de níveis dentro da condição física, por exemplo, facilitaria a que qualquer socio que veja o calendário de aulas consiga perceber em qual delas se enquadraria melhor.

Moderada: Esta é uma aula dirigida a pessoas com mais de 55 anos, com o principal objetivo de permitir a todos os sócios iniciar uma atividade física, independentemente das suas limitações e da sua idade. Esta aula dá a oportunidade a pessoas com baixo nível de condição física de realizar exercício físico, de forma monitorizada, tendo como principal objetivo ganhar maior mobilidade e força muscular.

De todas as aulas observadas, esta foi aquela que tive menos oportunidade de construir relatório, uma vez que acontecia menos vezes na semana e é uma aula bastante específica com uma população bem mais envelhecida do que a aula de condição física, por exemplo.

Ainda assim, durante a prática destas aulas pude verificar que apesar de serem bastante completas e organizadas, não trabalham todos os aspetos fundamentais do mesmo modo, sendo que o trabalho específico de equilíbrio é a maior lacuna, uma vez que a maior parte do trabalho é realizado no colchão ou com o auxílio dos espaldares. Por esta razão, penso que esta vertente deve ser mais integrada nestas aulas.

Hidro Sénior: Esta aula, realizada na piscina de Campo de Ourique, é destinada a adultos com mais de 55 anos. A Hidro Sénior é uma "aula de ginástica aquática de carácter lúdico de manutenção, com a duração de 45 minutos. Indicada também para pessoas que pretendem uma adaptação ao meio aquático, por nunca terem praticado a modalidade" (Ginásio Clube Português, 2016).

Ao longo deste estágio observei e participei em várias aulas de hidro sénior e a partir dos relatórios que construí, pude compreender que estas aulas são bastante procuradas por idosos, no entanto, na maioria dos casos, não são tão eficazes na melhoria da condição física quanto as aulas de grupo "terra", direcionadas para a mesma faixa etária. Isto acontece porque os sócios que frequentam estas aulas procuram sobretudo o convívio social, acabando estas por ter baixa intensidade. Ou seja, talvez devesse existir um aconselhamento por parte dos técnicos de exercício físico a que estas pessoas frequentassem além da piscina algumas aulas como a moderada e condição física do GCP, por forma a realizar um trabalho mais completo com o objetivo de melhorar a sua performance física.

A realização destas aulas permitiu, não só, melhorar a minha experiência pessoal, mas também, a minha visão crítica e detalhada sobre as componentes que devem ou não ser trabalhadas nesta população e de que forma deve ser desenvolvido este trabalho. A partir destas observações pretendeu-se de alguma forma, fazer análises construtivas com o objetivo de melhorar os serviços do GCP e o trabalho realizado pelos professores que lecionam estas aulas. Para uma reflexão mais objetiva e eficaz foram construídos relatórios das aulas (anexo 1). Nestas aulas o objetivo nunca passou por lecionar as mesmas, mas sim por compreender o trabalho desenvolvido, os benefícios e as restrições de cada uma delas.

4.5. Projeto *Physical Activity and Health in Aging* (PAHA)

É do conhecimento comum os benefícios que a atividade física e o exercício têm na população em geral. Ser fisicamente ativo traz melhorias ao nível da saúde física e mental, sobretudo em adultos e idosos. Por esta razão, este projeto procurou auxiliar pessoas sedentárias, com mais de 55 anos, a tornarem-se ativas.

Sobre o Projeto: Este projeto teve como principal objetivo promover um envelhecimento ativo e saudável, através de um programa de exercício supervisionado e estruturado. Este programa foi implementado em oito países da União Europeia (EU) e teve a duração de seis semanas seguido de um follow-up a três e a seis meses. O programa incluiu uma sessão semanal com acompanhamento e outras duas realizadas de forma mais autónoma. Este programa destinou-se a pessoas entre os cinquenta e cinco e os sessenta e cinco anos, que não praticassem exercício físico há mais de seis meses, ou seja indivíduos sedentários. Por forma a avaliar o nível de atividade física praticada ao longo das semanas em que o projeto decorreu, todos os participantes, utilizaram um pedómetro e registaram a sua atividade diária numa plataforma *on-line mywellness*. Nesta plataforma, foram também registados os dados pessoais de cada participante, bem como a sua anamnese e os resultados dos questionários implementados no início do programa e no follow-up. Os questionários implementados relacionavam-se com autoeficácia ("*Confidence - Self-efficacy*"), decisão ("*Decisional Balance*"), apoio dos amigos e família na prática de atividade física ("*Social Support for Physical Activity Scale*") e prazer na prática de atividade física ("*Physical Activity Enjoyment Scale*").

Implementação: Foram responsáveis por esta fase 2 professores do GCP e 3 estagiários. Com o objetivo de captar a população alvo foi desenvolvido um folheto informativo (anexo 2). Esta fase foi a mais complicada, visto que muitas pessoas recusaram participar no programa por não compreender a importância do mesmo, ou por ter algum receio de mais tarde serem obrigadas a frequentar o ginásio. Após esta divulgação foi possível iniciar o projeto com dois grupos distintos. Inicialmente, todos os participantes foram avaliados e registados na plataforma, depois foi entregue um pedómetro a cada um deles e foram iniciados os treinos. Ao longo de seis semanas houve oportunidade de avaliar, prescrever exercício e acompanhar vários participantes com total autonomia, o que foi bastante positivo. Os resultados deste estudo ainda não foram divulgados.

4.6. Estudo de Caracterização da Condição Física e do Estado Psicológico em Indivíduos Idosos

I) Introdução

Este tema é bastante importante e atual, uma vez que grande parte da população não tem muita noção da importância e da influência que o exercício físico pode ter na sua saúde física e psicológica. Hoje em dia a maioria da população torna-se sedentária, principalmente com o avançar da idade, mas também a partir do momento que casa, tem filhos, começa a trabalhar, deixa de haver tempo para o exercício físico. Aquela sensação de sair do trabalho e estar demasiado cansado para praticar exercício torna as pessoas cada vez mais inativas. Isto junto a uma alimentação desadequada pode levar ao aumento de peso, que ao longo dos anos acaba por se revelar numa baixa autoestima e pode trazer outros problemas do foro psicológico. A Fundação Portuguesa de Cardiologia (FPC) desenvolveu um estudo intitulado “os Portugueses e o Sedentarismo” onde concluiu que 64% dos portugueses são sedentários, sendo que as mulheres mostram ser mais sedentárias que os homens. Neste estudo é também referido que com o avançar da idade, esta tendência de hábitos sedentários aumenta e ainda mais quando associada ao tempo que cada indivíduo passa sentado por dia. "O assessor médico da Fundação Portuguesa de Cardiologia, Dr. Luís Negrão, revela que o mais preocupante neste estudo é o facto de 43% dos inquiridos que se assumem como sedentários, dizerem que fazer exercício físico não é muito importante nem interessante. Quase metade das pessoas pouco ou nada fazem por considerarem que a atividade física não é importante." (FPC, 2016).

Os objetivos de estudo passavam por desenvolver competências ao nível da aplicação de protocolos de avaliação em idosos e conhecer o nível de condição física e estado psicológico dos idosos que frequentam os diversos serviços do ginásio, quando comparados com sedentários da mesma faixa; comparar os vários grupos de atividade (hidroginástica, aulas de grupo, sala de exercício, sedentarismo) nas variáveis avaliadas.

II) Metodologia

- Amostra

A amostra presente neste estudo é constituída por trinta e nove sujeitos caucasianos do sexo feminino, que foram submetidos a uma avaliação da sua condição física e psíquica.

Relativamente aos critérios de inclusão na amostra, os indivíduos tinham a obrigatoriedade de ter mais de 65 anos e ser do sexo feminino. Foram construídos quatro grupos, tendo em conta o tipo de atividade realizada pelos indivíduos, nomeadamente frequentar com regularidade as aulas de grupo (condição física ou moderada), ou hidro sénior, ou sala de exercício, ou ser sedentário. Sendo o grupo sedentário uma amostra aleatória, enquanto os restantes grupos população do GCP.

- Protocolos de Avaliação

O ambiente onde é realizado o protocolo de avaliação é importante para a validade e confidencialidade do teste. Para minimizar a ansiedade dos participantes, os procedimentos do teste devem ser explicados adequadamente e o ambiente do teste deve ser sossegado e privado. Deve também ser tida em conta a temperatura da sala onde se realiza a avaliação. Os procedimentos não devem ser apressados e o avaliador deve mostrar-se sereno e confiante durante o processo de avaliação (ACSM, 2014).

Antes do início dos testes é importante obter um consentimento informado da participação de cada indivíduo nesta avaliação, uma vez que este deve estar a par dos objetivos da avaliação e caso existam riscos para o participante este deve ter noção dos mesmos.

A aplicação deste protocolo permite ao fisiologista do exercício conhecer, através de questionários, medições e realização de testes de aptidão física, o estado fisiológico, funcional e emocional em que se encontra o indivíduo.

Este protocolo deve ser realizado na SAAT, do GCP, preparada e equipada para uma avaliação confortável e completa.

O procedimento de avaliação deve ser explicado resumidamente através de um folheto informativo e imediatamente antes do início dos testes, na sala de avaliação. Os procedimentos devem ser realizados sempre pelos mesmos avaliadores.

Após a assinatura do consentimento de participação deve ser feita uma pequena anamnese e a aplicação do questionário de beck validado em português (anexo 3). De seguida, deve ser realizada a avaliação da composição corporal (Seca mBCA 215), o teste de força de preensão (dinamómetro - JAMAR) e os vários testes da bateria de Fullerton, nomeadamente: testes de flexibilidade (sentar e alcançar; alcançar atrás das costas); testes de aptidão funcional (sentar e levantar, 2,44m marcha, equilíbrio unipedal); e por fim, teste da aptidão cardiorrespiratória (6 minutos marcha).

Questionário BDI-II: "O Inventário de Depressão de Beck – BDI (1961) consiste em 21 itens, cada um com quatro opções de resposta em forma de afirmações, ordenadas de acordo com a gravidade. A pessoa que responde seleciona aquela que melhor se ajusta à forma que se sente no momento. A avaliação global do BDI é realizada por meio da soma dos números ao lado das perguntas, conferidos aos itens selecionados pelo respondente. O item da perda proposital de peso (item 19) não é computado. Uma soma de 0-9 é considerada Normal; 10-15 sugere a existência de uma Depressão Leve; 16-23, uma Depressão Moderada; e 24 ou mais pontos, de Depressão Severa" (Tier, Costa Santos, Pelzer, & Bulhosa, 2007).

Seca mBCA 215: A Seca mBCA tem um método de medição bastante eficaz, através de um sistema bioelétrico de 8 pontos e análise de impedância. Este é um instrumento que se destaca pela sua precisão: "Com um apoio vertical que garante que se meça sempre na posição correta. Com eléctrodos de pegas que impedem erros de medição e uma grande plataforma de vidro, que é adequada a pacientes até 300 kg. Outras vantagens são a curta duração de medição inferior a 20 segundos e a utilização fácil e intuitiva por parte do utilizador no visor Touch-Screen" (SECA, 2016). Através deste instrumento é possível obter vários dados importantes para uma avaliação completa, nomeadamente altura, peso, IMC, massa gorda, massa isenta de gordura, massa muscular, ângulo de fase, água.

Inicialmente deve ser medido o perímetro da cintura (zona mais estreita do abdómen) e inseridos os dados do participante no computador, posteriormente os mesmos devem ser pesquisados diretamente na balança.

Tendo a conta do participante a ser avaliado inserida na balança, o próximo passo é medir a altura através do estadiómetro automático, este envia diretamente o resultado para a balança. De seguida o participante deve colocar-se devidamente na balança para ser feita a análise. Por fim, os dados apresentados devem ser enviados para o computador novamente por forma a conseguir imprimir o relatório.

Após imprimir o relatório desta avaliação torna-se mais simples explicar ao participante os dados que estão a ser recolhidos e a importância dos mesmos.

Apesar da participação na aplicação dos vários protocolos de avaliação, para este trabalho apenas foram utilizados os dados relativos ao IMC, perímetro de cintura e questionário da depressão de beck.

III) Análise Estatística

O programa utilizado para esta análise estatística foi o SPSS 22.0. A análise descritiva de dados foi efetuada a partir dos valores máximos, mínimos, médias e desvios-padrão das variáveis em estudo. Para a realização desta análise estatística a normalidade foi verificada, sendo utilizados testes não paramétricos para populações sem distribuição normal. Desta forma, para a realização de uma análise por grupos de atividade foram utilizados testes não paramétricos (kruskal wallis), uma vez que os grupos não apresentam uma distribuição normal. Para a realização destes testes o nível de significância foi estabelecido em $p \leq 0,05$.

- Resultados

Tabela 1 - Análise descritiva dos Grupos tendo em conta a atividade praticada pelos indivíduos

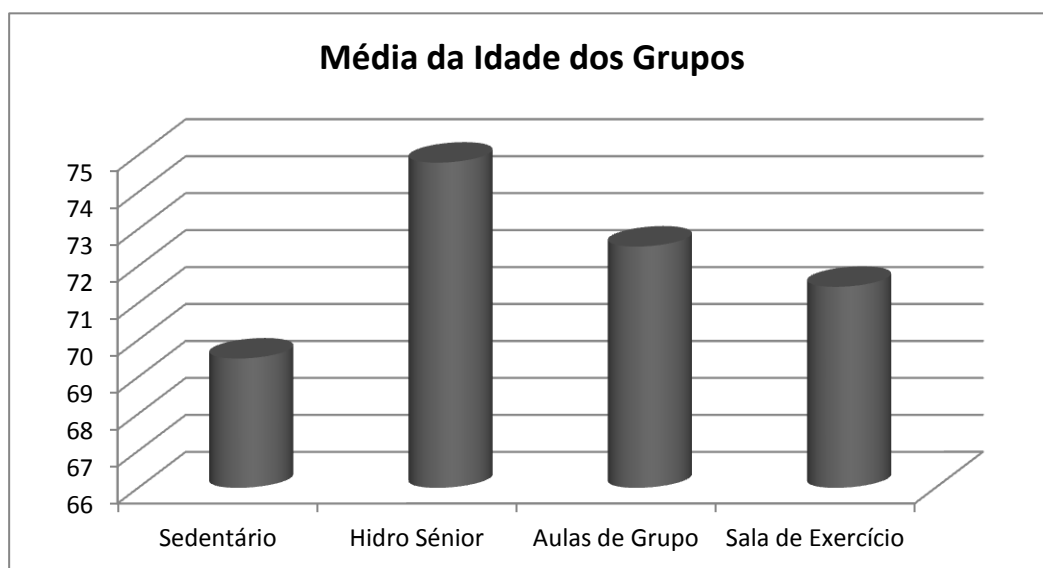
		Grupos - Atividades			
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sedentário	10	25,6	25,6	25,6
	Aulas de grupo	15	38,5	38,5	64,1
	Sala exercício	9	23,1	23,1	87,2
	Hidroginástica	5	12,8	12,8	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Na tabela 1 é apresentada a amostra deste estudo dividida por grupos de atividades. Nesta tabela, é possível verificar que a maioria da amostra (38,5%) frequenta as aulas de grupo. Sendo o grupo da hidroginástica o menos significativo. No conjunto compreende-se desde logo que a grande maioria da amostra é ativa, visto que apenas 25,6% é sedentária.

Tabela 2 - Análise descritiva dos grupos tendo em conta as suas idades

Grupos - Idades					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	65-69	14	35,9	35,9	35,9
	70-74	12	30,8	30,8	66,7
	75-79	9	23,1	23,1	89,7
	80-84	2	5,1	5,1	94,9
	85-89	2	5,1	5,1	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Na tabela 2 são apresentados vários grupos de idade, estruturados a partir do score da bateria de Fullerton. Nesta tabela, é possível verificar que a amostra deste estudo encontra-se sobretudo nos primeiros intervalos de idade, nomeadamente entre os 65 e 69 anos (35,9%) e entre os 70 e 74 anos (30,8%).

**Figura 3** - Média da idade nos vários grupos

Através da figura 3 é possível verificar que a média de idades mais elevada ocorre no grupo da hidro sénior, por outro lado o grupo sedentário é aquele onde a média de idades é mais baixa.

Tabela 3 - Análise descritiva relativa à Classificação do Índice de Massa Corporal (IMC)

		Índice de Massa Corporal - Classificação			
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Baixo Peso	1	2,6	2,6	2,6
	Peso Normal	12	30,8	30,8	33,3
	Excesso peso	15	38,5	38,5	71,8
	Obesidade grau 1	10	25,6	25,6	97,4
	Obesidade grau 2	1	2,6	2,6	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Na tabela 3 são apresentados os resultados relativos à classificação do Índice de Massa Corporal (IMC), sendo que grande parte da amostra (38,5%) tem excesso de peso e 25,6% apresenta obesidade grau 1.

Tabela 4 - Análise descritiva relativa à Classificação do Perímetro de Cintura

		Perímetro Cintura - classificação			
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	<88	19	48,7	48,7	48,7
	>88	20	51,3	51,3	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Na tabela 4 são apresentados os dados relativos ao perímetro da cintura na mulher, sendo que <88cm é considerado um perímetro normal e >88cm já é considerado nível de obesidade. Tal como pode ser verificado na tabela, mais de metade da amostra (51,3%) tem um perímetro da cintura superior a 88cm. Um elevado perímetro da cintura é um importante indicador, sendo este, tal como o IMC, um dos fatores de risco cardiovascular.

Tabela 5 - Análise descritiva relativa à classificação obtida no questionário Inventário da Depressão de Beck (IDB II)

		IDBII_Classificação			
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válid	Sem depressão	22	56,4	56,4	56,4
o	Depressão leve	11	28,2	28,2	84,6
	Depressão moderada	4	10,3	10,3	94,9
	Depressão severa	2	5,1	5,1	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Na tabela 5 são apresentados os resultados obtidos através do questionário da depressão de beck validado em português. Tal como é possível verificar, a maioria da amostra (56,4%) parece não apresentar níveis de depressão, enquanto uma pequena percentagem (5,1%) apresenta níveis de depressão severa. O resultado destes questionários foi surpreendente tendo em conta que muitas respostas não corresponderam à perceção com que fiquei no momento da avaliação, esperando níveis de depressão superiores.

Associação entre variáveis e grupos de atividade

- Existem diferenças significativas no índice de massa corporal (IMC) e no perímetro da cintura (PC) nos diferentes grupos de atividade?

$h_0: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = \mu_4$ VS h_1 : pelo menos uma das medianas é diferente das demais

Tabela 6 - Comparação dos valores de IMC e perímetro da cintura nos diferentes grupos de atividades (Teste *Kruskal-Wallis*; Variável de Agrupamento: grupo de atividade)

Estatísticas de teste		
	IMC Classificação	Perímetro Cintura Classificação
Qui-quadrado	14,924	13,863
Df	3	3
Significância Sig.	,002	,003

$p < 0,05$, ou seja rejeita-se h_0 e verifica-se que existem diferenças significativas nos valores do IMC e do perímetro da cintura nos diferentes grupos de atividade.

Tendo em conta este resultado, deve ser feito o teste "*Scheffe*" para compreender onde se encontram estas diferenças.

Tabela 7 – Comparação do IMC nos diferentes grupos de atividades (Teste *Sheffe*; Variável dependente: Classificação IMC)

Comparações múltiplas						
(I) Grupo Atividade	(J) Grupo Atividade	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
Sedentário	Aulas de grupo	1,033 [*]	,298	,015	,16	1,91
	Sala exercício	1,367 [*]	,335	,003	,38	2,35
	Hidroginástica	,300	,400	,904	-,87	1,47
Aulas de grupo	Sedentário	-1,033 [*]	,298	,015	-1,91	-,16
	Sala exercício	,333	,308	,760	-,57	1,24
	Hidroginástica	-,733	,377	,302	-1,84	,37
Sala exercício	Sedentário	-1,367 [*]	,335	,003	-2,35	-,38
	Aulas de grupo	-,333	,308	,760	-1,24	,57
	Hidroginástica	-1,067	,407	,095	-2,26	,13
Hidroginástica	Sedentário	-,300	,400	,904	-1,47	,87
	Aulas de grupo	,733	,377	,302	-,37	1,84
	Sala exercício	1,067	,407	,095	-,13	2,26

Se $p < 0,05$ rejeita-se a hipótese nula e conclui-se que existem diferenças significativas no IMC, entre os grupos "sedentário" e "aulas de grupo" e entre os grupos "sedentário" e "sala de exercício".

Por outro lado, se $p > 0,05$ não se rejeita a hipótese nula e conclui-se que não existem diferenças significativas no IMC entre os grupos "sedentário" e "hidroginástica", ou seja, de todas as atividades esta será a que menos influencia os resultados do IMC.

Outra conclusão que se pode tirar deste teste é que também não existem diferenças significativas entre as atividades sala de exercício e aulas de grupo, relativamente aos valores de IMC apresentados.

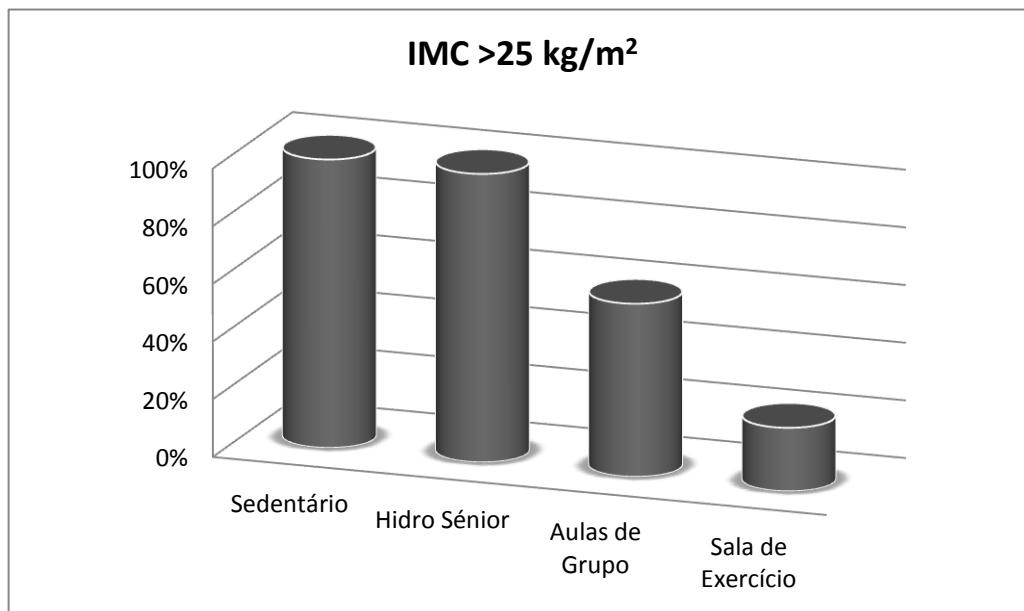


Figura 4 - IMC >25 kg/m² nos vários grupos

Na figura 4 é possível verificar que 100% da amostra "sedentário" e "hidro sênior" têm um IMC superior a 25 kg/m², enquanto os grupos "aulas de grupo" e "sala de exercício" são os que se destacam com menor percentagem.

Tabela 8 - Comparação do perímetro da cintura nos diferentes grupos de atividades (Teste Sheffe; Variável dependente: Classificação Perímetro Cintura)

Comparações múltiplas						
(I) Grupo	(J) Grupo	Diferença	Erro	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
Atividade	Atividade	média (I-J)	Padrão		Limite inferior	Limite superior
Sedentário	Aulas de grupo	,500	,172	,053	,00	1,00
	Sala exercício	,789 [†]	,193	,003	,22	1,36
	Hidroginástica	,100	,230	,979	-,58	,78
Aulas de grupo	Sedentário	-,500	,172	,053	-1,00	,00
	Sala exercício	,289	,177	,458	-,23	,81
	Hidroginástica	-,400	,217	,350	-1,04	,24
Sala exercício	Sedentário	-,789 [†]	,193	,003	-1,36	-,22
	Aulas de grupo	-,289	,177	,458	-,81	,23
	Hidroginástica	-,689 [†]	,235	,050	-1,38	,00
Hidroginástica	Sedentário	-,100	,230	,979	-,78	,58
	Aulas de grupo	,400	,217	,350	-,24	1,04
	Sala exercício	,689 [†]	,235	,050	,00	1,38

Se $p < 0,05$ rejeita-se a hipótese nula e conclui-se que existem diferenças significativas no perímetro da cintura, entre os grupos "sedentário" e "sala de exercício".

No caso dos grupos "hidroginástica" e "sala de exercício" o *p value*, relativamente aos valores de perímetro da cintura é exatamente 0,05 o que significa que também existem diferenças significativas entre estes grupos.

Por outro lado, se $p > 0,05$ não se rejeita a hipótese nula e conclui-se que não existem diferenças significativas no perímetro da cintura entre os grupos "sedentário" e "hidroginástica" e entre os grupos "sedentário" e "aulas de grupo", apesar de nesta última comparação o *p value* estar bastante próximo dos 0,05 (0,053).

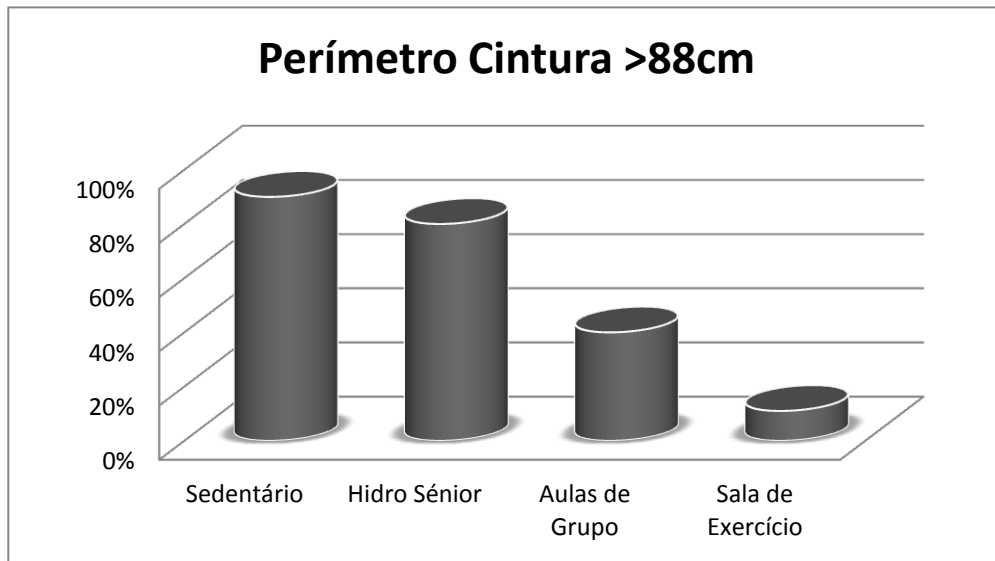


Figura 5 - Perímetro da Cintura >88cm nos vários grupos

Na figura 5 é possível verificar que os grupos "sedentário" e "hidro sênior" são os que apresentam com maior frequência um perímetro de cintura superior a 88cm.

- Existem diferenças significativas no resultado do questionário IDB II nos diferentes grupos de atividade?

$h_0: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = \mu_4$ VS h_1 : pelo menos uma das medianas é diferente das demais

Tabela 9 – Comparação dos resultados do questionário IDB-II nos diferentes grupos de atividade (Teste Kruskal Wallis; Variável de Agrupamento: Grupo de Atividade)

	IDBII_classi
Qui-quadrado	1,052
df	3
Significância Sig.	,789

$p > 0,05$, ou seja não se rejeita h_0 e conclui-se que não existem diferenças significativas no resultado do questionário IDB-II nos diferentes grupos.

IV) Discussão

Das variáveis analisadas, apenas se verificaram diferenças significativas entre os vários grupos de atividade, nos valores do índice de massa corporal (IMC) e no perímetro da cintura. Sendo que no questionário aplicado para avaliação da depressão (IDB-II), não foram verificadas diferenças significativas nas medianas dos diferentes grupos.

O excesso de peso e a obesidade relativas ao IMC são considerados fatores de risco cardiovascular, ou seja, apesar da maioria da amostra ser ativa isso não se reflete no seu IMC. relativamente a fatores como o IMC e o perímetro da cintura, a hidroginástica, dos grupos ativos, é o que apresenta menos resultados positivos. No entanto, não quer dizer que esta atividade quando complementada com outra não seja uma mais valia, por exemplo, na alteração do estado psíquico, uma vez que esta atividade por apresentar menor intensidade e impacto pode ser bastante relaxante e benéfica para a melhoria de sintomas depressivos.

Limitações do Estudo

O facto de os grupos não conterem o mesmo número de indivíduos poderá ter influência nestes resultados.

Outro fator que pode ter influenciado os resultados do questionário para avaliação da depressão (IDB-II), foi o seu preenchimento, uma vez que muitas pessoas apresentavam algumas preocupações e lamentações no seu discurso durante a avaliação o que não se refletiu depois no preenchimento do questionário. Esta situação pode ter ocorrido por falta de compreensão na leitura do mesmo. Ainda assim e apesar desta situação menos favorável na obtenção de resultados, 43,6% dos inquiridos parece apresentar sintomas depressivos fora do nível "normal", o que não deixa de ser bastante preocupante.

Capítulo 5 – Proposta

Neste capítulo é feita uma proposta ao local de estágio, tendo como objetivo a melhoria dos serviços do ginásio. Esta proposta relaciona-se diretamente com o tema escolhido para aprofundamento de competências.

5. Proposta

Apesar de não ser fácil avaliar o estado psíquico dos indivíduos em contexto de ginásio, penso que é importante procurar de alguma forma melhorar esta componente, por forma fazer o despiste da existência de sintomas depressivos, criar estratégias motivacionais e, se necessário promover o encaminhamento para especialistas. Esta avaliação pode ser realizada através da aplicação de pequenos questionários ou até mesmo através de entrevistas motivacionais. O aconselhamento motivacional irá com certeza ajudar todos aqueles que atravessam uma fase psíquica menos positiva e fazer com que essas pessoas se mantenham ativas e frequentem o ginásio com maior regularidade, motivação e empenho. Esta avaliação pode ser integrada durante a avaliação da condição física, após a anamnese, e deve ser feita de modo a não constranger os sócios com questões fechadas e muito concretas mas sim dar-lhes a possibilidade de refletir sobre os seus objetivos específicos, interesses pessoais, a sua auto motivação e os enormes benefícios que o exercício físico pode trazer para uma significativa melhoria do seu quotidiano e do seu estado físico e psíquico. O profissional que realiza a entrevista motivacional deve ter em conta alguns princípios, nomeadamente: escutar com empatia, evitar o reflexo de correção ("não é isso que deve fazer, é isto"), compreender e explorar as motivações da pessoa e apoiar e reforçar a autonomia e as competências da mesma. Durante a conversa devem ser feitas questões abertas para que a resposta seja longa e necessite de reflexão por parte do entrevistado, além disto devem ser colocadas afirmações que validem o que foi dito e ajudem a pessoa a refletir e a falar sobre determinado assunto e ainda sumários que resumam tudo aquilo que foi falado e que possam levar a pessoa a acrescentar algo mais.

Assim, uma avaliação deste género poderá ser útil, não só a quem está numa fase da vida menos positiva e precisa de alguma motivação para iniciar a prática de exercício, mas a todos os sócios que queiram frequentar o ginásio, uma vez que este tipo de entrevista, apesar de não ser fácil de aplicar (uma vez que os profissionais de exercício teriam que ter algum tipo de especialização nesta área), seria uma mais valia tanto para o ginásio, que com certeza iria reter maior quantidade de pessoas motivadas para a prática de exercício físico, como para os seus sócios, que certamente teriam uma mudança de comportamento muito positiva.

Além da avaliação outras estratégias metodológicas podem ser introduzidas, tanto nas aulas de grupo como nos treinos personalizados, com o objetivo de aumentar a motivação, melhorar a autoestima dos sócios e ajudar a combater comportamentos mais depressivos. Estas estratégias passam por mostrar confiança no sócio e nas suas capacidades; dar-lhe autonomia, competência e ter um relacionamento positivo com este; definir objetivos claros, específicos e realistas de acordo com a opinião e motivação do sócio; ter uma atitude positiva e um discurso motivador; e tentar provar ao sócio que o exercício não é um sacrifício, mas sim um momento de prazer que irá contribuir para se sentir melhor.

6. Conclusão

Tal como já foi referido anteriormente, a população mundial está a envelhecer, com maior incidência nos países desenvolvidos. Este aumento da média etária tem implicações significativas para os profissionais de exercício e saúde à medida que o papel do exercício para a independência funcional se torna cada vez mais conhecido e aceite. O envelhecimento leva ao decréscimo dos níveis de habilidade funcional e como consequência, a um decréscimo das capacidades físicas (força, equilíbrio, resistência, velocidade de reação, etc.). Este processo agrava-se com a redução da capacidade física o que dificulta a realização das tarefas diárias (Llano, Manz, & Oliveira, 2006).

A atividade física moderada regular pode ajudar a gerir o *stress* e melhorar o humor. Ser ativo com regularidade pode ajudar também a reduzir sentimentos de depressão. Os estudos sugerem que o exercício pode melhorar ou manter alguns aspetos da função cognitiva, como a sua capacidade de mudar rapidamente entre as tarefas, planear uma atividade, e ignorar informações irrelevantes. Os idosos devem manter-se saudáveis em varias áreas como a resistência, força, equilíbrio e flexibilidade. Segundo recomendações ACSM, a atividade aeróbia deve ser efetuada em séries de pelo menos 10 minutos de duração com intensidade moderada; pessoas com baixa mobilidade devem realizar atividades para melhorar a flexibilidade, o equilíbrio e evitar quedas, três ou mais dias da semana; e as atividades de reforço muscular, devem envolver grandes grupos musculares e ser feitas em dois ou mais dias por semana.

Relativamente à prática de exercício físico qualquer treino planeado e com objetivos específicos pode ser benéfico, no entanto umas modalidades podem ser mais eficazes do que outras em determinados aspetos. Ou seja, tal como foi demonstrado com este pequeno estudo realizado no término do estágio, relativamente a fatores como o IMC e o perímetro da cintura a hidroginástica é a atividade que apresenta menor eficácia em atingir resultados positivos, no entanto não quer dizer que esta atividade quando complementada com outra não seja uma mais valia, por exemplo, na alteração do estado psíquico, uma vez que esta atividade por apresentar menor intensidade e impacto pode ser bastante relaxante e benéfica para a melhoria de sintomas depressivos.

É essencial que se compreenda a importância cada vez maior do exercício físico para um envelhecimento saudável, pois nunca é tarde para iniciar a prática de uma modalidade, quanto mais cedo o fizermos melhor e tudo o que ultrapasse o sedentarismo será benéfico. Mas, se forem construídos objetivos específicos, auto motivação e uma prática de exercício físico regular então será muito mais fácil ter um envelhecimento saudável tanto ao nível físico (autonomia na realização de todas as tarefas e capacidade de superação) como psíquico (sentimento de felicidade e aceitação da velhice). Em suma, é importante encarar o envelhecimento de outra forma, isto porque deve ser extinta a ideia de que as pessoas mais velhas são um grupo homogéneo e inferior que já não tem utilidade na sociedade. A velhice pode e deve ser a continuação de uma vida ativa e feliz e isto poderá ser possível através da prática regular de exercício físico.

Relativamente ao meu percurso ao longo do estágio faço um balanço positivo do mesmo e apresento, de seguida, como forma de reflexão final, uma análise SWOT (*Strength; Weakness; Opportunities; Threats*). Esta análise foi realizada com base numa reflexão crítica do meu percurso neste estágio e inclui fatores internos (pontos fortes e pontos fracos) e fatores externos (oportunidades e ameaças).

<p style="text-align: center;">PONTOS FORTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de maior conhecimento e experiência com profissionais qualificados na área do exercício e saúde; • Instalações e equipamentos de elevada qualidade permitiram a realização do estudo com aplicação de vários protocolos de avaliação; • Oportunidade de participar em vários eventos contribuiu para a minha formação pessoal e profissional; • Oportunidade de intervir com população variada (diferentes idades e objetivos). 	<p style="text-align: center;">PONTOS FRACOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número elevado de estagiários diminuiu oportunidades de intervenção e prolongou o tempo de adaptação até ser possível intervir com maior autonomia ao nível dos vários serviços da divisão de exercício e saúde.
<p style="text-align: center;">OPORTUNIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A escolha do GCP como um dos ginásios em Portugal para desenvolver o projeto PAHA impulsionou a minha experiência e autonomia profissional. 	<p style="text-align: center;">AMEAÇAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade na captação de indivíduos, devido à falta de disponibilidade dos mesmos, para implementação do PAHA e para aplicação das avaliações finais, levou a um número de participantes menor que o desejado nos dois casos.

Figura 6 - Análise SWOT estágio GCP

7. Referências Bibliográficas

Barbanti, E. J. (set/out/nov/dez de 2010). Avaliação da Eficiência e Eficácia da Prática de Dois Tipos de Exercícios Aeróbicos e Alongamento na Qualidade de Vida no Tratamento da Depressão. *Revista ISSN* .

Brito, J. C., Pinheiro Volp, A. C., Toledo Nóbrega, O., Silva Júnior, F. L., Mendes, E. L., Martins Roas, A. F., et al. (2011). Exercício Físico Como Fator de Prevenção aos Processos Inflamatórios Decorrentes do Envelhecimento. Motriz, Rio Claro.

Brunoni, L., Schuch, F. B., Dias, C. P., Martins Krueh, L. F., & Tiggeman, C. L. (2015). Treinamento de Força Diminui os Sintomas Depressivos. *Revista Brasileira Educação Física e Esporte* , 189-196.

Callegari, A. (2000). *Como Vencer o Stress, a Ansiedade e a Depressão*. Lisboa: Estampa.

Cancela, D. M. (16 de Maio de 2007). O Processo de Envelhecimento. *O Portal dos Psicólogos* .

Correia, P. P., Espanha, M., & Barreiros, J. (1999). *Envelhecer Melhor com a Actividade Física*. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.

Cury, A. (2015). *Felicidade Roubada*. Pergaminho.

Fonseca, A. M., & Paúl, C. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climpsi editores.

FPC. (2016). *Fundação Portuguesa de Cardiologia*. Obtido em Janeiro de 2017, de <http://www.fpcardiologia.pt/mais-de-metade-dos-portugueses-sao-sedentarios/>

Ginásio Clube Português. (2016). Obtido em Dezembro de 2015, de <http://gcp.pt/aulas-e-classes/fitness/condicao-fisica>

Ginásio Clube Português. (2016). Obtido em Dezembro de 2015, de www.gcp.pt/piscina/aulas-e-classes/hidrogenastica/hidro-senior

Ginásio Clube Português. (s.d.). Obtido em Abril de 2016, de <http://gcp.pt/>

INE - *Statistics Portugal*. (11 de Julho de 2015). Obtido em Junho de 2016, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2

INE. (2015). Obtido em Junho de 2016, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004165&contexto=bd&selTab=tab2

Lanuez, F. V., Jacob-Filho, W., Lanuez, M. V., & Beccatini de Oliveira, A. C. (Agosto de 2011). Comparative Study of the Effects of Two Programs of Physical Exercises in Flexibility and Balance of Healthy Elderly With and Without Major Depression. São Paulo, Brasil.

Llano, M., Manz, M., & Oliveira, S. (2006). *Para Envelhecer Saudavelmente*. Cacém: A. Manz Produções.

Minghelli, B., Tomé, B., Nunes, C., Ana, N., & Cátia, S. (Fevereiro de 2013). Comparação dos Níveis de Ansiedade e Depressão Entre Idosos Ativos e Sedentários. Portugal.

Nobre, A. (2016). *Expresso*. Obtido em 2016, de Expresso: <http://expresso.sapo.pt/economia/exame/2016-01-27-Negocio-do-fitness-mostra-os-musculos-1>

Raposo, F., & Marques, R. (2007). *Populações Especiais - Avaliação e Prescrição de Exercício*. Porto Salvo: A. Manz Produções.

Santos da Silva, C., Farias da Silva, A. M., Borges, T. d., Navarro, F., & Júnior, J. C. (Maio/Jun de 2013). Efeitos da Atividade Física na Capacidade Psico-social e Funcional do Idoso. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício* , pp. 287-292.

SECA. (2016). Obtido em 2016, de SECA: http://www.seca.com/pt_pt/produtos/todos-os-produtos/detalhes-do-produto/secambca515.html

Stuart-Hamilton, I. (2002). *A Psicologia do Envelhecimento: uma introdução* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Teixeira, P. (21 de Agosto de 2016). *Atividade Física: um novo sinal vital de saúde*. Obtido em Janeiro de 2017, de Público: <https://www.publico.pt/2016/08/21/desporto/noticia/atividade-fisica-um-novo-sinal-vital-de-saude-1741819>

Teixiera, P. (s.d.).

Tier, C. G., Costa Santos, S. S., Pelzer, M. T., & Bulhosa, M. S. (2007). Evaluation levels for depression in the elderly. *Revista Baiana de Enfermagem* .

Tier, C., Santos, S. C., Pelzer, M., & Bulhosa, M. (2007). Escalas de avaliação da depressão em idosos. *Revista Baiana de Enfermagem* , pp. 21 (2/3), 27-36.

Viana Campos, A. C., Duarte Vargas, A. M., & Ferreira e Ferreira, E. (2015). Determinants of Active Aging According to Quality of Life and Gender. *Ciência & Saúde Coletiva* , p. 2222.

WHO. (2016). Obtido em Agosto de 2016, de World Health Organization: http://www.who.int/topics/physical_activity/en/

WHO. (s.d.). *World Health Organization*. Obtido em 04 de 2016, de http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/en/

World Health Organization: WHO. (2016). Obtido em Agosto de 2016, de Organização Mundial de Saúde: <http://www.who.int/topics/depression/en/>

Zago, A. S. (2010). Exercício físico e o processo saúde-doença no envelhecimento. *Revista Bras. Geriatr. Geront.* , 153-158.

8. Anexos

Anexo 1 - Relatório Aulas de Grupo (exemplar)

Data: .../.../....

Nº alunos: ... (... Homens e ... Mulheres)

Hora: ...h...-...h...

Média etária dos alunos: ... anos

Objetivos específicos da sessão: ...

Caracterização: Intensidade ... ; ... Séries; ... Repetições.

Aquecimento	Parte Fundamental	Retorno à Calma

Comentários:

Material Utilizado: ...

Música: ...

Aspetos Positivos: ...

Aspetos Menos Positivos: ...

Anexo 2 - Folheto de divulgação PAHA



Projeto de Promoção da Atividade Física e Saúde no Envelhecimento

OBJETIVO: promover a atividade física e a saúde no envelhecimento através de um programa de exercício supervisionado e estruturado.

SOBRE O PROGRAMA:

- Implementado em 8 países da UE
- Duração de 6 semanas seguido de um follow-up
- Inclui 3 sessões semanais de exercício com acompanhamento

A QUEM SE DESTINA: Pessoas entre os 55 e 65 anos, que não pratiquem exercício físico há mais de 6 meses.

PRÉMIO DE PARTICIPAÇÃO: Livre-trânsito no GCP até ao final da época desportiva (Julho de 2016).

MAIS INFORMAÇÕES.

Data prevista de início: Fevereiro 2016

Local: Ginásio Clube Português, Praça Ginásio Clube Português, 1 1250-11 Lisboa

Contactos:

- Tlf.: 213841580
- e-mail: paha.gcp2016@gmail.com
- exercicioesaude@gcp.pt (direção de exercício e saúde)



Anexo 3 - Questionário Depressão de Beck II validado em português

IDB II

Este questionário é composto por 21 grupos de afirmações. Por favor leia cada grupo de afirmações cuidadosamente e depois escolha **uma afirmação**, em cada grupo, que melhor descreva a forma como se tem sentido nas **duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje**. Faça um círculo à volta do número correspondente à afirmação que seleccionou. Se lhe parecer que diversas frases do mesmo grupo se aplicam igualmente bem, coloque o círculo à volta do número mais elevado para esse grupo. Assegure-se de que não escolhe mais do que uma frase em cada grupo, inclusive no Item 16 (Mudanças no Padrão de Sono) ou no Item 18 (Mudanças no Apetite).

1. Tristeza

- Não me sinto triste 0
- Sinto-me triste a maior parte do tempo 1
- Estou sempre triste 2
- Estou tão triste ou infeliz que não aguento mais 3

2. Pessimismo

- Não estou pessimista em relação ao meu futuro 0
- Sinto-me mais pessimista acerca do meu futuro do que era normal 1
- Não espero que as coisas se vão resolver em meu benefício 2
- Não tenho esperança no meu futuro e penso que ainda irá piorar 3

3. Fracassos do passado

- Não me sinto um falhado/a 0
- Fracassei mais do que deveria 1
- Quando olho para o meu passado, vejo imensos fracassos 2
- Como pessoa, sinto-me completamente falhado/a 3

4. Perda de prazer

- Sinto a mesma satisfação de sempre, com as coisas de que gosto 0
- Não gosto tanto das coisas como gostava antes 1
- Obtenho muito pouco prazer das coisas de que costumava gostar 2
- Não consigo ter qualquer prazer com as coisas de que costumava gostar 3

5. Sentimentos de culpa

Não me sinto particularmente culpado/a	0
Sinto-me culpado/a com muitas coisas que fiz ou que devia ter feito	1
Sinto-me culpado/a a maior parte do tempo.....	2
Sinto-me constantemente culpado/a.....	3

6. Sentimentos de punição

Não sinto que esteja a ser punido/a	0
Sinto que talvez venha a ser punido/a	1
Espero vir a ser punido/a.....	2
Sinto que estou a ser punido/a.....	3

7. Auto-desvalorização

O que sinto acerca de mim próprio/a não se tem alterado	0
Perdi a confiança em mim.....	1
Estou desiludido comigo próprio/a.....	2
Não gosto de mim	3

8. Auto-crítica

Não me critico ou culpo mais do que o habitual	0
Sou mais crítico/a de mim próprio/a do que era habitual	1
Critico-me por todos os meus erros.....	2
Culpo-me por todo o mal que acontece.....	3

9. Pensamentos ou desejos suicidas

Não tenho pensamentos suicidas.....	0
Tenho pensamentos suicidas, mas nunca os levaria à prática.....	1
Gostaria de me suicidar.....	2
Se tivesse oportunidade matava-me	3

10. Chorar

Não choro mais do que chorava 0

Choro mais do que costumava chorar 1

Choro por tudo e por nada..... 2

Tenho vontade de chorar mas não consigo..... 3

11. Agitação

Não estou mais inquieto/a ou agitado/a do que o normal 0

Sinto-me mais inquieto/a ou agitado/a do que o normal 1

Estou tão inquieto/a ou agitado/a que é difícil ficar parado/a..... 2

Estou tão inquieto/a ou agitado/a que tenho de estar sempre a mexer-me ou a fazer alguma coisa 3

12. Perda de interesse

Não perdi o interesse nas outras pessoas ou actividades 0

Estou menos interessado nas outras pessoas ou coisas do que era habitual..... 1

Perdi a maior parte do interesse nas outras pessoas ou coisas 2

É muito difícil interessar-me por alguma coisa 3

13. Indecisão

Tomo decisões tão bem como sempre 0

Sinto mais dificuldade em tomar decisões do que é normal..... 1

Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões do que antes..... 2

Tenho problemas em tomar qualquer decisão 3

14. Sentimento de inutilidade

Não sinto que seja um/uma inútil ou uma pessoa sem valor 0

Não considero que tenha tanto valor e utilidade como dantes..... 1

Sinto que tenho menos valor quando me comparo com outras pessoas 2

Sinto-me completamente inútil e sem valor 3

15. Perda de energia

Tenho tanta energia como sempre..... 0

Tenho menos energia do que era habitual 1

Não tenho energia para fazer muita coisa..... 2

Não tenho energia para o que quer que seja 3

16. Alterações no ritmo de sono

Não tenho notado qualquer mudança no meu padrão de sono 0

Durmo um pouco mais/menos do que o costume..... 1

OU

Durmo muito mais/menos do que o costume 2

Durmo a maior parte do dia 3

Acordo 1-2 horas mais cedo e não consigo voltar a adormecer 3

17. Irritabilidade

Não estou mais irritável do que o normal..... 0

Estou mais irritável do que o normal..... 1

Estou muito mais irritável do que o normal 2

Estou sempre irritável 3

18. Mudanças no apetite

Não noto qualquer mudança no meu apetite 0

O meu apetite é um pouco menor do que o normal..... 1

OU

O meu apetite é um pouco maior do que o normal..... 1

O meu apetite é muito menor do que antes 2

OU

O meu apetite é muito maior do que antes 2

Não tenho nenhum apetite..... 3

Estou constantemente com vontade de comer..... 3

19. Dificuldade de concentração

Consgo-me concentrar tão bem como sempre..... 0

Não me consigo concentrar tão bem como o habitual 1

É difícil concentrar-me nalguma coisa durante muito tempo 2

Acho que não me consigo concentrar em nada 3

20. Cansaço ou falta de energia

Não me sinto mais cansado ou sem energia do que o normal 0

Fico cansado ou sem energia mais facilmente do que o normal..... 1

Sinto-me demasiado cansado ou sem energia para fazer muitas das coisas que costumava fazer..... 2

Sinto-me demasiado cansado ou sem energia para fazer a maior parte das coisas que costumava fazer 3

21. Perda de interesse em sexo

Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo 0

Tenho menos interesse por sexo do que era habitual 1

Actualmente estou muito menos interessado em sexo 2

Perdi completamente o interesse por sexo..... 3