

# GERONTOMOTRICIDADE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PERCEPÇÃO DO IDOSO

(*GERONTOMOTRICITY IN HEALTH PROMOTION IN ELDERLY PERCEPTION*)

Francielle Xavier Ferreira<sup>1</sup>

Jefferson Nascimento dos Santos<sup>2</sup>

Lizandra Tereza de Souza Vasconcelos<sup>3</sup>

Maria Erisnilda Nunes Irineu<sup>4</sup>

Rafaele Teixeira Borges<sup>5</sup>

Geruza Baima de Oliveira Rodrigues<sup>6</sup>

**Introdução:** Os programas de promoção da saúde para a pessoa idosa fortalecem os serviços necessários no cenário da atenção à saúde, com ações que fortaleçam a autonomia e promovam a vida saudável destes e a garantia de uma atenção adequada às suas necessidades, visando a melhoria da saúde, o empoderamento, a autonomia e a segurança dessa população. **Objetivo:** Aprender a percepção do idoso quanto a contribuição da gerontomotricidade na promoção da saúde. **Metodologia:** Estudo de abordagem qualitativa, realizado com idosos de um grupo de gerontomotricidade em uma clínica de Fisioterapia privada situada no município de Fortaleza - CE, a coleta de dados ocorreu no período de setembro a outubro de 2019. **Resultados:** 13 idosos participaram da pesquisa, com uma média de  $76,92 \pm 7,95$  anos, havendo predominância do sexo feminino (92,31 %). Constituíram-se quatro categorias temáticas: “Vivência do idoso em grupo de gerontomotricidade para o envelhecimento saudável”; “Motivações à atuação em um grupo de gerontomotricidade”; “Influência da religiosidade” e “Autopercepção biopsicossocial após convivência em grupo de gerontomotricidade”. **Conclusão:** A participação nas atividades trouxe benefícios diretos à melhoria da saúde de forma global, onde aspectos físicos, mentais e sociais foram favorecidos, através da prática de exercícios. Houve ganhos com relação a socialização e possibilidade de construir redes de apoio, toda essa conjuntura é refletida em melhoria do bem-estar geral e qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Idoso; Promoção da saúde; Percepção; Envelhecimento saudável.

**ABSTRACT: Introduction:** Health promotion programs for the elderly strengthen the necessary services in the health care scenario, with actions that strengthen their autonomy and promote their healthy life and ensure adequate attention to their needs, aiming at improving health, the empowerment, independence and security of this population. **Objective:** To understand the perception of the elderly regarding the contribution of gerontomotricity in health

---

<sup>1</sup> Acadêmica de Fisioterapia pelo Centro Universitário Ateneu - UniAteneu. Unidade Lagoa. E-mail: francielle.fisio@outlook.com

<sup>2</sup> Acadêmico de Fisioterapia pelo Centro Universitário Ateneu - UniAteneu. Unidade Lagoa. E-mail: jeffersonsantos4@gmail.com

<sup>3</sup> Acadêmica de Fisioterapia pelo Centro Universitário Ateneu - UniAteneu. Unidade Lagoa. E-mail: lizandrasvasconcelos17@gmail.com

<sup>4</sup> Acadêmica de Fisioterapia pelo Centro Universitário Ateneu - UniAteneu. Unidade Lagoa. E-mail: erisnildanunes@gmail.com

<sup>5</sup> Dra. Docente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Ateneu - UniAteneu. Unidade Lagoa. E-mail: rafaele.teixeira@uniateneu.edu.br

<sup>6</sup> Fisioterapeuta, Mestre em Ensino na Saúde. E-mail: geruzabaima@hotmail.com

promotion. **Methodology:** Descriptive study of qualitative approach, conducted with elderly people from a gerontomotricity group in a private physiotherapy clinic located in Fortaleza - CE, from September to October 2019. **Results:** 13 elderly participated in the research, with an average  $76,92 \pm 7,95$  years old, with a predominance of females (92.31%). Four thematic categories were generated: “Experience of the elderly in a gerontomotricity group for healthy aging”; “Motivations to act in a gerontomotricity group”; “Influence of religiosity” and “Biopsychosocial self-perception after living in a gerontomotricity group”. **Conclusion:** Participation in the activities brought direct benefits to health improvement in a global way, where physical, mental and social aspects were favored through the practice of exercises. There were gains regarding socialization and the possibility of building support networks, all this conjuncture is reflected in the improvement of the general welfare and quality of life.

**Keywords:** Aged; Health Promotion; Perception; Healthy Aging.

## 1 INTRODUÇÃO

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), entende o envelhecimento humano como um processo sequencial, natural, individual, irreversível, universal, cumulativo, contínuo e não patológico, observando-se a diminuição progressiva e gradual da funcionalidade e cognição, decorrentes dos processos de senescência e senilidade (BRASIL, 2006).

Sua classificação divide-se em três diferentes grupos de pessoas mais velhas, sendo elas os idosos jovens, os idosos velhos e os idosos mais velhos. O termo, idosos jovens, geralmente refere-se às pessoas de 65 a 74 anos, que costumam estar ativas, cheias de vida e vigorosas. Os idosos velhos, de 75 a 84 anos, e os idosos mais velhos, de 85 anos ou mais, são aqueles que têm maior tendência para a fraqueza e para a enfermidade, e podem ter dificuldade para desempenhar algumas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's) (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

De acordo Estatuto do Idoso, a Lei N.º 10.741, de 1.º de outubro de 2003, no Art. 1º, assegura os direitos ao idoso, quando a pessoa atinge idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, independentemente de seu estado biológico, psicológico e social (BRASIL, 2009).

No Brasil, as projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) refletem que a população idosa é a que mais aumenta, com uma taxa de crescimento de mais de 4% ao ano num período compreendido entre os anos de 2012 a 2022. Estima-se que a população com 60 anos ou mais deve atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060, com um incremento médio de mais de 1,0 milhão de idosos anualmente nos próximos 10 anos (IBGE, 2015).

Devido à essa alta taxa de crescimento, a implementação de políticas voltadas à promoção de saúde se faz necessária nesse cenário. A Carta de Ottawa (1986), considerada um

símbolo na discussão sobre promoção da saúde, propôs o conceito onde o maior destaque refere-se ao empoderamento do indivíduo, de maneira, que ele se responsabilize por questões relacionadas a saúde e vida, o qual resultará em qualidade de vida (QV). Assim, estudos têm demonstrado que a prática de atividade física (AF) traz benefícios indispensáveis à saúde corporal e mental para terceira idade, quando a capacidade funcional sofre declínio e o organismo enfraquece tornando-se suscetível ao desenvolvimento de doenças. Esse destaque dado à AF ou mobilidade direcionado à determinado grupo, geram uma melhor QV e retardo da degeneração física (SIQUEIRA *et al.*, 2010).

Nesse contexto, os programas de promoção da saúde para a pessoa idosa fortalecem os serviços necessários no cenário da atenção à saúde, com ações que fortaleçam a autonomia e promovam a vida saudável destes e a garantia de uma atenção adequada às suas necessidades, visando a melhoria da saúde, o empoderamento, a autonomia e a segurança dessa população (DUARTE *et al.*, 2016; MARTINS *et al.*, 2016).

A Gerontomotricidade entra como instrumento fundamental para alcançar esses objetivos, onde de forma geral, preocupa-se com tudo o que tem a ver com a motricidade nas/para pessoas idosas. Aprofundando um pouco, faz sentido considerar que a gerontomotricidade é uma subárea da motricidade humana, sendo esta uma área transdisciplinar que enquadra um vasto conjunto de conhecimentos teóricos e científicos provenientes de disciplinas como a fisiologia, a biomecânica, a psicologia, a didática ou as neurociências. Adotando uma perspectiva holística, consideramos que a gerontomotricidade “se preocupa” acima de tudo com o papel do movimento no desenvolvimento, saúde e bem-estar da pessoa idosa, independentemente da sua idade cronológica ou da sua capacidade funcional (PRINTES *et al.*, 2016).

Dessa forma, ações realizadas em grupos de convivência na atenção à saúde, incentivam a expressão de sentimentos, vivências culturais e sociais, incluindo a aprendizagem de novas habilidades e o resgate de habilidades deixadas de lado, assim, proporcionando a melhora da autoconfiança do idoso, determinante de grande valor para convivência em grupo e para o envelhecer ativo, autônomo e independente (MOURA; SOUZA, 2015; VAGETTI *et al.*, 2013).

Visto o déficit existente na literatura de uma ferramenta assistencial e planejada, com foco em prevenção, promoção e recuperação de saúde durante o envelhecimento, surgiu o interesse dos pesquisadores que anteriormente vinham desenvolvendo a temática do envelhecimento na abordagem qualitativa em grupo de iniciação à pesquisa, a fim de melhor compreender a relação e os possíveis benefícios entre ações de gerontomotricidade, e a promoção da saúde na pessoa idosa,

Assim, posteriormente, o presente estudo poderá contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas, voltadas para a promoção da saúde no respectivo público, com enfoque nas terapias em grupo visando a funcionalidade e o envelhecimento ativo, levando ao empoderamento do indivíduo. Com isso, objetivou-se apreender a percepção do idoso quanto a contribuição da gerontomotricidade na promoção da saúde.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, realizado com idosos do grupo de gerontomotricidade em uma clínica de Fisioterapia privada situada no município de Fortaleza - CE, a coleta de dados ocorreu no período de setembro e outubro de 2019. Participaram do estudo um total de 13 idosos do referido grupo.

Foram incluídos idosos integrantes do grupo de gerontomotricidade com idade  $\geq 60$  anos, que participam há mais de 6 meses de ambos os sexos. Foram excluídos idosos que apresentaram déficit cognitivo e de mobilidade, a partir da análise de prontuário; com 3 faltas consecutivas nos últimos 6 meses e aqueles que desistiram da pesquisa após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Na coleta de dados realizou-se uma abordagem por contato direto, onde foram explicados os objetivos da pesquisa ao grupo seguido de assinatura do TCLE por aqueles que aceitaram participar.

As aplicações das escalas, questionários e entrevista foram realizados por dois autores do presente estudo que tiveram treinamento prévio por videoaulas autoexplicativas para aplicação, logo após passaram por treinamento prático para padronização das entrevistas, além disso, os escores foram analisados por dois avaliadores separadamente. Em caso de discrepância dos escores, passariam por um terceiro avaliador, a fim de evitar viés nos resultados.

Houve alocação à uma sala reservada para coleta dos dados e entrevista, onde realizou-se preenchimento da ficha sociodemográfica dos participantes (APÊNDICE B), com as seguintes variáveis: identificação com nome fictício, sexo, raça, idade, escolaridade, frequência de participação do grupo, se possui ou não cuidador, estado civil, ocupação e morbidades associadas e a pontuação total da Escala de Katz e Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional - 20 (IVCF - 20).

A Escala de Katz (ANEXO A), adaptada transculturalmente para o Brasil (LINO *et al*, 2008), foi o instrumento utilizado para a análise da capacidade funcional e classificação dos idosos em independente (Score = 6), dependência moderada (Score = 4) ou muito dependente (Score  $\leq 2$ ).

Optou-se na aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico - Funcional - 20 (IVCF 20) (ANEXO B) na versão do profissional de saúde, o qual serviu como um instrumento para a triagem da fragilidade em idosos, que classifica em idoso robusto (Score 0 à 6), idoso potencialmente frágil (Score 7 à 14), idoso frágil (Score  $\geq$  15). Ele é constituído por 20 questões distribuídas em oito seções e cada seção tem pontuação específica que perfazem um valor máximo de 40 pontos. Este instrumento foi validado no Brasil por Moraes *et al.* (2016).

Durante as entrevistas, as perguntas norteadoras (APÊNDICE C) foram: “Explique-me como a participação no grupo contribui para uma vida mais saudável”. “Descreva os motivos que o levaram a participar do grupo”. “A sua religião influenciou na busca do grupo? Explique-me”. “Quais as mudanças percebidas pelo sr. /sra. depois que iniciou sua participação no grupo?”. As mesmas foram gravadas com o gravador SONY® (Icd - Px240), e transcritas na íntegra. Com o intuito de mantê-los no anonimato, os mesmos foram identificados pela letra “I” correspondente ao termo idoso e subsequente ordem numérica (I1, I2, I3... I12, I13).

Utilizou-se medidas descritivas e expressas em valores percentuais para a construção das características sociodemográficas. Os discursos foram analisados qualitativamente segundo a análise de conteúdo temática (MINAYO *et al.*, 2016), este método apresenta três etapas: pré - análise; exploração do material e tratamento dos resultados.

A análise de dados permitiu ainda na construção das seguintes categorias temáticas: “Vivência do idoso em grupo de gerontomotricidade para o envelhecimento saudável”, “Motivações à participação em um grupo de gerontomotricidade”, “Influência da religiosidade” e “Autopercepção biopsicossocial após convivência em grupo de gerontomotricidade”.

Ressalta-se que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Ateneu (UniATENEU) sob o parecer consubstanciado (ANEXO C) de nº 3.556.239 e CAAE de nº 15804719.2.0000.8085, respeitando os preceitos éticos conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que rege as pesquisas envolvendo seres humanos.

O checklist *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), proposto por Tong *et al.* (2007), foi utilizado com a finalidade de obter transparência e qualidade na realização deste trabalho.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Participaram do estudo 13 idosos integrantes do grupo “Gerontomotricidade Funcional”, este aborda ações de socialização, a partir da interação entre os participantes, e têm

como foco a promoção da saúde, o empoderamento e o incentivo ao envelhecimento ativo, utilizando programas de atividades e exercícios físicos voltados para o idoso.

Predominou, em sua totalidade, o sexo feminino (92,31%). A idade variou entre 62 a 90 anos, com uma média de  $76,92 \pm 7,95$  anos. Houve alto nível de escolaridade, onde todos integrantes eram alfabetizados e haviam completado ensino médio. Sobre o estado civil, haviam cinco pessoas solteiras, duas casadas, quatro viúvas e duas divorciadas, frequentando o grupo duas à três vezes por semana. A grande maioria não possui cuidador (69,23%) e não tem ocupação social (76,92%). Por meio do IVCF-20, (53,85%) foram classificados em idoso robusto e (23,08%) como frágil ou com risco de fragilização, e, todos apresentaram autonomia completa de acordo com a escala de Katz.

A seguir, o quadro 1, representa a categorização sociodemográfica, descrevendo as características dos idosos participantes do estudo.

<b>Quadro 1 - Características sociodemográfica do idoso</b>			
		<b>N (13)</b>	<b>%</b>
<i>Classificação</i>	Idoso jovem	5	38,46 %
	Idoso velho	6	46,15 %
	Idoso idoso	2	15,38 %
<i>Sexo</i>	Feminino	12	92,31 %
	Masculino	1	7,69 %
<i>Escolaridade</i>	Ens. Méd. Comp.	4	30,77 %
	Ens. Sup. Comp.	6	46,15 %
	Pós-graduação	3	23,08 %
<i>Frequência</i>	2x/ semana	5	38,46 %
	3x/ semana	8	61,54 %
<i>Cuidador</i>	Sim	4	30,77 %
	Não	9	69,23 %
<i>Estado civil</i>	Solteiro	5	38,46 %
	Separado	2	15,38 %
	Viúvo	4	30,77 %
	Casado	2	15,38 %

**Fonte: Autores (2019)**

<b>Quadro 1 - Características sociodemográfica do idoso</b> <i>(continuação)</i>			
<i>Ocupação</i>	Sem ocupação social	10	76,92 %
	Com ocupação social	3	23,08 %
<i>Katz</i>	Idoso independente	13	100 %
<i>IVCF – 20</i>	Idoso robusto	7	53,85 %
	Risco de fragilização	3	23,08 %
	Idoso frágil	3	23,08 %
<b>Fonte: Autores (2019)</b>			

O envelhecer vai além de uma visão numérica e quantitativa, deve ter um olhar minucioso no social, fisiológico, econômico e ambiental. Os resultados da literatura apontam que grupos de convivência e de AF formados por idosos, constituem em sua maioria, do sexo feminino (ANDRADE *et al.*, 2014; VIANA *et al.*, 2015), aposentados (CAMPOS *et al.*, 2014), com idade inferior a 75 anos (RIBEIRO *et al.*, 2015) e baixa escolaridade (ANDRADE *et al.*, 2014). Diferenciando dos achados desse estudo, a escolaridade teve alto nível, todos concluíram a educação básica e a maioria ensino superior, e, a idade média (76,92 anos), foi superior à média da literatura (<75 anos). Já nas outras variáveis assemelha-se, como no gênero apresentando maioria do sexo feminino e a grande maioria sem ocupação social.

O primeiro modelo de fragilidade compõe: perda de peso, exaustão, baixo nível de AF, fraqueza muscular e lentidão na marcha, caracterizando maior vulnerabilidade e efeitos adversos à saúde no idoso (FRIED *et al.*, 2001). Conceitua-se fragilidade no envelhecimento: “Uma síndrome médica com múltiplas causas e contribuintes que é caracterizada por força, resistência e função fisiológica reduzidas, que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo em desenvolver maior dependência e / ou morte” (MORLEY *et al.*, 2013).

Apesar da maioria dos participantes serem idoso robusto (53,85%), apresentaram risco de fragilidade (23,08%) e idosos frágil (23,08%), segundo a classificação do IVCF-20, isso não interferiu na sua autonomia para realização de suas AIVD's, representando (100%) de idoso independente, além de abordarem maior disposição e energia, impactando na vida mais saudável e efetiva desses idosos, regredindo o processo de fragilidade no envelhecimento.

## VIVÊNCIA DO IDOSO EM GRUPO DE GERONTOMOTRICIDADE PARA O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Programas de promoção de saúde para o idoso, vem crescendo na Atenção Primária à Saúde (APS), visando ganhos na autonomia, uma vida mais saudável e a garantia de melhorias na saúde, empoderamento, autonomia e a segurança (DUARTE *et al.*, 2016). Esta participação, permite novas experiências para enfrentar os desafios durante o envelhecimento.

Através das respostas nas entrevistas podemos perceber que a participação no grupo proporcionou contribuições diretas na vida dos participantes, por meio de acréscimos positivo na saúde, no bem-estar e na socialização desses idosos.

*Ah contribuiu bastante, porque aqui eu me sinto bem melhor, toda vida que eu faço o exercício eu saio daqui melhor [...] é um bálsamo pra minha vida, para o meu bem-estar. (I1)*

*[...] Eu sinto mais disposição [...] o equilíbrio, a memória, tudo isso já melhorou. (I4)*

*[...] Contribui para... para uma saúde melhor, para o desempenho do dia a dia, das atividades. (I13)*

*Contribui em primeiro lugar pela socialização com as outras pessoas [...] E com relação a parte motor, uma forma de você exercitar a musculação, né? Se manter mais ativa. (I10)*

De acordo com Freitas *et al.*, (2012), grupos de convivência e AF são reconhecidos como espaço que permite a interação social e o desenvolvimento de emoções, refletindo em bom estado de humor e diminuição de quadros depressivos. Estes dados vão de acordo com os resultados apresentados, onde expressaram contribuições diretas com socialização viabilizada. Essa interação interpessoal de trajetórias singulares tem impactos positivos em QV.

Segundo Mora e Valencia (2018), o exercício regular é essencial para o envelhecimento saudável e oferece benefícios à saúde que inclui menor risco de mortalidade, doenças crônicas e morte prematura. Como a inatividade física é predominante, os idosos precisam realizar semanalmente exercícios aeróbicos, de fortalecimento muscular e alongamento e equilibrar as atividades conforme necessário.

A manutenção da capacidade intrínseca é uma prioridade, mas evidências indicam que a capacidade funcional permite fazer o que ele ou ela valoriza, sendo assim a essência do bem-estar, incluindo condições de vida e oportunidades à realizar-se a partir do seu potencial, e compõem elementos subjetivos de auto percepção, autonomia, competência, finalidade da vida,



controle pessoal; estado positivo e negativo, experiências emocionais e análise reflexiva de vida (MICHEL; SADANA, 2017).

## MOTIVAÇÕES À PARTICIPAÇÃO EM UM GRUPO DE GERONTOMOTRICIDADE

Um dos pontos abordados pelos idosos foram as motivações que fizeram com que eles fossem e continuassem a participar do grupo. Em suas falas muitos deles expressaram palavras como: “encaminhou”; “problema de saúde”; “bem importante”; “interação” dessa forma trazendo em discussão e evidenciando a pluralidade de motivações que os fazem frequentar o grupo.

*É porque eu faço acompanhamento porque eu tenho problema de saúde. (I2)*

*Foi o médico... [...] que me aconselhou, porque eu tinha um problema muito sério, e ainda hoje eu tenho, no joelho. Eu ficava sem poder nem andar. Andava com duas pessoas e ainda era com dificuldade [...] aí eu comecei a vir “pra qui”, mas eu “num” andava não, era arrastando os pés, “num” levantava porque “num” aguentava. E hoje se for preciso de dançar eu danço. (I7)*

*Sim. Foi o meu médico [...] que pediu “peu” vim fazer os exercícios que eu sentia muitas dores, né? E melhorou bastante. (I12)*

Observou-se que muitos idosos ingressaram no grupo de gerontomotricidade através de encaminhamento médico, dessa maneira, colocando em evidência a importância do trabalho multidisciplinar na busca pela promoção da saúde do idoso. Essa necessidade de intervenções multidimensionais e multissetoriais com foco no cuidado deve-se ao fato de que o idoso apresenta características peculiares quanto à apresentação, instalação e desfecho dos agravos em saúde, traduzidas pela maior vulnerabilidade a eventos adversos (BRASIL, 2014).

Visando isso, conforme publicada a Portaria 4.279/2010, foi estabelecida a Atenção à Saúde composta por arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde, tendo como atributos a atenção básica como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída por equipe multidisciplinar que cubra toda a população, integrando e coordenando o cuidado para atender às necessidades de saúde (BRASIL, 2010).

Além do encaminhamento médico como forma de ingressar ao grupo, outras motivações foram percebidas:

*[...] já tô bem ativa, então continuo. É bem interessante porque mexe com os músculos, é bem interessante, é bem importante. A orientação interpessoal também é muito importante. Como terapia ocupacional, social. Melhorar tudo né [...] médico sempre recomenda, mas a pessoa que escolhe. (I3)*

*Fazer exercício mesmo, reabilitação geriátrica né. Eu gosto muito, e é em grupo, tenho a interação entre o grupo, é bom! (I4)*

*Os motivos foi mesmo a questão da cirurgia, a necessidade de fazer uma atividade física, que não comprometesse os problemas já existentes né. Então nesse grupo eu me sinto segura, as atividades, a grande maioria são sentadas, e há uma atenção à postura sempre né, permanente que a fisioterapeuta sempre está atenta, então assim, pra mim é fundamental, e o motivo é questão de saúde, de melhorar o estado né. (III)*

Observou-se indícios de auxílio na obtenção de um estilo de vida mais saudável através das atividades físicas proporcionadas pelo grupo e da interação social facilitada pelo mesmo. Evidências trazem que a promoção da saúde é indispensável na melhoria da saúde e determinantes comportamentais da população idosa, a fim de promover o envelhecimento ativo, maximizando a sua capacidade funcional, e conseqüentemente mantendo sua autonomia (BEARD *et al.*, 2016).

A prática de AF pode prevenir o surgimento e atuar no tratamento de diversas doenças metabólicas interferindo positivamente na capacidade funcional de idosos, principalmente pela redução da adiposidade corporal, queda da pressão arterial, aumento do gasto energético, da massa e da força muscular dentre outros benefícios (CAMPOS *et al.*, 2014).

Vale ressaltar que a prática de qualquer atividade e não apenas a física constitui um meio de manter e/ou melhorar a capacidade funcional. Além disso, é capaz de possibilitar uma maior inserção na comunidade, através do fortalecimento de vínculos familiares, de amizade, de lazer e sociais, promovendo mudanças na vida cotidiana, como busca de melhoria da QV (FERREIRA *et al.*, 2012).

O lazer representa um dos determinantes básicos para a promoção de uma vida saudável e, quando próximo aos campos da saúde, possibilita diversas formas de atuação na melhora do humor, da ansiedade e da depressão. Nessa sequência, favorecem a autoestima, integração social e autonomia (BACHELADENSKI; MATIELLO-JÚNIOR, 2010).

## INFLUÊNCIA DA RELIGIOSIDADE

Baseado nos discursos apresentados a seguir, a ideia de a religiosidade assumir caráter motivador para adesão às atividades de gerontomotricidade foi refutada, evidenciando que não há uma relação direta neste aspecto.

*Não. Eu sou católica praticante, mas acho que isso num influencia não [...]. (I13)*

*Não. Eu sou católica e num influenciou em nada não. (I10)*

*Não, não tem nada a ver uma coisa com a outra. (I3)*

Kim e Sobal (2004), examinaram a religião e o apoio social em relação a AF. Os resultados encontrados indicam pouca relação nesta associação, apresentando níveis moderados e vigorosos de AF nas mulheres e moderado em homens. É importante salientar que o estudo envolveu adultos de faixas etárias variadas, diferente da presente pesquisa que analisou somente a população idosa. E estes níveis de atividade podem ser correlacionados com a prática das atividades religiosas cotidianamente, mas a religiosidade não obteve influência clara e concisa neste aspecto, havendo concordância com os resultados expressos nesta categoria.

A literatura científica, vem inferindo uma relação bem estabelecida entre religiosidade e QV, atuando como preditor de melhoria, principalmente no domínio físico e mental em idosos. São descritas ainda a menor escolaridade e idades avançadas, como fatores para o maior nível de religiosidade, mas não houve correlação direta entre estes níveis e a motivação para praticar AF (ABDALA *et al.* 2015). Neste estudo a amostragem possui nível de escolaridade média ou alta, os idosos foram predominantemente classificados em idoso jovem ou velho. Desta maneira, a amostragem deste estudo por lógica deve apresentar um nível de religiosidade menor.

Ao observar o domínio psicológico em idosos ativos fisicamente, é notado certa recorrência da “vontade de sentido” referindo-se a busca ou idealização de algo melhor. Em diversos momentos esse sentido, relaciona-se com aspectos de espiritualidade. (NUNES *et al.*, 2017). Possivelmente, isto pode explicar os resultados apresentados. Visto que foi investigado uma relação entre AF e religiosidade; e não o fator espiritualidade, vale ressaltar que há diferenças nítidas de significados e definições entre os dois termos, nesta nova circunstância o idoso poderia atribuir outras questões motivadoras.

Religiosidade pode ser entendida como o quanto um indivíduo acredita e/ou prática determinada religião. Enquanto que a espiritualidade está centrada na busca individual de cada indivíduo em entender as questões e sentidos relacionados à vida correlacionado ao sagrado ou transcendentalismo, independentemente das práticas religiosas, entretanto, pode ou não propagar as práticas e/ou grupos religiosos (LUCCHETTI *et al.*, 2011; KOENIG *et al.*, 2001).

Em uma análise de maior subjetividade, pode ser que haja uma troca de lugares, as relações afetivas tornam-se um ponto chave para a busca destas atividades. Os idosos adquirem um novo círculo social e de interesses compartilhados, muitas vezes, assim passa a ser o motivador diário para a integração com o grupo (MAZO *et al.*, 2019).

### **AUTOPERCEPÇÃO BIOPSIKOSSOCIAL APÓS CONVIVÊNCIA EM GRUPO DE GERONTOMOTRICIDADE**

Essa categoria está relacionada às mudanças percebidas pelo idoso após participação das atividades desenvolvidas no grupo de gerontomotricidade. Nos relatos evidenciam-se temas/sentimentos como “qualidade de vida”, “relação interpessoal”, “socialização”, “bem-estar”, “melhora na saúde” os quais representam melhoria vivenciadas nos domínios biológicos, psicológicos e sociais.

*É... Aumentou a qualidade de vida, o relacionamento interpessoal, a ajuda do profissional, a musculação do corpo, movimentação, tudo melhora! (I3)*

*“Sociabilidade” (I4)*

*De conversar mais que eu sou muito tímida, sabe? Aí eu... tem as amigas aqui, a gente... fiquei mais desenvolvida assim, como de conversar mais. (I12)*

É possível observar nas falas acima que dentre outras mudanças, os idosos enfatizam que se beneficiam do convívio social. Um estudo realizado por Bittar e Lima (2011) com 20 idosos buscou comparar as percepções dos integrantes acerca dos benefícios das atividades desenvolvidas em grupo. Destes, 10 participavam de atividades em grupo e os outros 10 foram descritos como idosos não participante. Foi visto que os idosos que participavam das atividades em grupo, relataram uma melhora nos vínculos afetivos, bem como melhora da saúde e motivação pessoal. Enquanto os que não desenvolviam as atividades em grupo, quando

indagados se acreditavam e de que forma o grupo poderia vir a contribuir com algo em sua vida? Prontamente destacaram o “convívio” e a “comunicação com pessoas de mesma idade”.

Nesse contexto, pode ser considerado ainda o conflito intergeracional, tendo os idosos demonstrado uma certa preocupação com o isolamento social em decorrência da falta de comunicação com os mais jovens até mesmo no ambiente familiar (SANTOS *et al.*, 2019).

Assim, ressalta-se a importância da promoção da saúde através de atividades em grupo, uma vez que essa estratégia beneficia a socialização, bem como a formação de vínculo afetivo a partir da interação com novas pessoas e da geração de novas amizades (PREVIATO *et al.*, 2019). Além disso, é importante citar os benefícios físicos e funcionais proporcionados aos idosos a partir das atividades desenvolvidas em grupo, como a realização regular de exercícios físicos visando a manutenção da autonomia e capacidade funcional (BITTAR; LIMA, 2011).

A participação no grupo de gerontomotricidade, contribui ainda com o envelhecimento ativo; constatado pelos relatos que apontam uma sensação de bem-estar geral e sensação de jovialidade:

*Eu me sinto mais jovem, eu me sinto assim outra pessoa. Eu tenho 90 anos, me sinto com 19 [...] (I7)*

*Uma melhora geral, bem-estar né? [...] (I9)*

Os resultados expostos corroboram com achados da literatura, os quais demonstram que a prática de AF regular, contribui para o bem-estar das pessoas idosas evitando os quadros de depressão e ansiedade. Evidencia-se que quando essas atividades são desenvolvidas em grupo elevam a autoestima do idoso levando ao reequilíbrio emocional, a prevenção de doenças e consequente melhoria da QV (ANDRADE, *et al.*, 2012).

Um outro estudo, desenvolvido na Paraíba, afirma que houve mudança total na vida dos idosos, devolvendo-lhes inclusive, a vontade de viver. Os autores reportam a importância dos encontros enfatizando a promoção do envelhecimento ativo, preservação da capacidade e do potencial do indivíduo através das atividades realizadas em grupo (ANDRADE, *et al.* 2014).

Também houve relatos de melhora na QV dos integrantes, evidenciado a partir dos depoimentos que enfatizam uma evolução na condição de saúde, como pode ser visto:

*As mudanças assim são na questão postural né, na questão de não estar em crise mais né [...] (III)*

Desfechos semelhantes são evidenciados por Valer *et al.* (2015), em seu estudo o autor revela que para alguns idosos; ter saúde se resumia a ausência de doenças ou simplesmente a

ausência de dor. Outros, porém a relacionaram a adoção de hábitos saudáveis como por exemplo a prática de exercício físico. Teve ainda os que consideraram a autonomia na prática de atividades de vida diária como sinônimo de saúde.

Pillatt *et al.*, (2017), através de uma revisão sistemática, demonstra os benefícios da prática do exercício físico regular por idosos fragilizados, tanto no aspecto físico, cognitivo quanto na QV. Os resultados dessa revisão evidenciam efeitos positivos como, performance física, melhora do equilíbrio, capacidade funcional, mobilidade, redução da fragilidade, entre outros.

#### **4 CONCLUSÃO**

Após a análise dos resultados, foi possível identificar que há contribuições da gerontomotricidade na promoção da saúde em idosos. A participação nas atividades trouxe benefícios diretos à melhoria da saúde de forma global, onde aspectos físicos, mentais e sociais foram favorecidos, através da prática de exercícios. Houve ganhos com relação a socialização e possibilidade de construir redes de apoio, toda essa conjuntura é refletida em melhoria do bem-estar geral e QV.

Sobre a influência da religiosidade como contribuinte para a busca e adesão ao programa em grupo, observou-se que não houve relação direta. Entretanto, medidas de socialização e a manutenção de bem-estar ou estado físico, assumiram esta função, tornando-se os motivos para a adesão integral ao programa.

O estudo apresenta limitações em referencial teórico pela baixa produção e publicação de estudos na área de gerontomotricidade, especificamente. Esta pesquisa evidenciou sob a ótica do idoso, as principais repercussões em diversos aspectos sobre a terapia em grupo durante o envelhecimento buscando a promoção de saúde. Esta ferramenta cada vez mais torna-se importante ao dar suporte e atenção à saúde do idoso, por seu crescimento demográfico significativo ao longo das décadas e as repercussões clínico funcionais provenientes da senescência e senilidade.

Novas pesquisas devem ser realizadas com o intuito de aumentar este debate, e preencher uma lacuna existente na literatura. Encorajamos a investigação de grupos com perfis variados, e a adoção de análises de dados mista afim de demonstrar com exatidão os resultados em medidas clínicas e funcionais. Além de ampliar os estudos empregando o método qualitativo, possibilitando uma visão multidimensional dos resultados obtidos com a terapêutica em grupo.

## REFERÊNCIAS

- ABDALA, G. A. *et al.* Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde do idoso. **Rev Saúde Pública**. v. 49, n. 55, p. 1 – 9, 2015.
- ANDRADE, A. N. *et al.* Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. v. 17, n. 1, p. 39-48, 2014.
- ANDRADE, T. P. *et al.* Projeto Conviver: Estímulo à Convivência entre Idosos do Catete, Ouro Preto, MG. **Revista Brasileira De Educação Médica**. v. 36 (Supl. 1), p. 81–85, 2012.
- BACHELADENSKI, M. S.; MATIELLO-JÚNIOR, E. Contribuições do campo crítico do lazer para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 15, n. 5, p. 2569-2579, 2010.
- BEARD, J. R. *et al.* The world report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. **The Lancet**, [s.l.], v. 387, n. 10033, p. 2145-2154, 2016.
- BITTAR C.; LIMA, L. C. V. O impacto das atividades em grupo como estratégia de promoção da saúde na senescência. **Rev. Kairós Geront**, v. 14, n. 4, p. 101-118, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília - DF. **Caderno de Atenção Básica**, n. 19, série A, Normas e Manuais Técnicos, nov., 2006.
- BRASIL. Estatuto do Idoso. Brasília - DF. **Ministério da Saúde**, ed. 2, série E, Legislação de Saúde, p. 7, 2009.
- BRASIL. Diretrizes para o cuidado de pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. **XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde**. Brasília, DF, maio. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- CAMPOS, A. C. V. *et al.* Qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física no contexto da estratégia saúde da família. **Texto & Contexto Enferm**. v. 23, n. 4, p. 889-897, 2014.
- CARTA DE OTTAWA. In: **1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, Canadá, 1986.
- DUARTE, M. G. M. *et al.* O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol**. v., 19, n. 3, p. 507-519, 2016.
- FERREIRA, O. G. L. *et al.* Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 3, n. 21, p. 513-518, jul./set. 2012.
- FREITAS, C. M. S. M. *et al.* Identidade do idoso: representações no discurso do corpo que envelhece. **Estud Interdiscip Envelhec**. v. 17, n. 1, p. 19-35, 2012.

FRIED, L.P. *et al.* Frailty in older adults evidence for a phenotype. **J. Gerontol. Ser. A: Biol. Sci. Med. Sci.**, v. 56, n. 6, p. 146-157, 2001.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI**: Subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro:IBGE, 2015. (Estudos e Análises: informação demográfica e socioeconômica, n. 3).

KIM, K. H., SOBAL, J. Religion, social support, fat intake and physical activity. **Public Health Nutr.** v. 7, n. 6, p. 773 - 781, 2004.

KOENIG, H. G. *et al.* Handbook of Religion and Health. New York: **Oxford University Press**; 2001.

LINO, V. T. S. *et al.* Adaptação transcultural da escala de independência em atividades da vida diária (Escala de Katz). **Cad. Saúde Pública.** v. 24, n. 1, p. 103-112, 2008.

MARTINS, M. *et al.* Atividade física nos mais de 65 anos e a Promoção da Saúde. **Actas de Geront.** v. 2, n. 1, p. 1-10, 2016.

MAZO, G. Z. *et al.* Percepção de viver bem mediante o nível de atividade física de idosas. **Biomotriz**, v. 13, n. 1, p. 96-104, 2019.

MICHEL, J. P.; SADANA, R. “Healthy Aging” Concepts and Measures. **Journal AMDA**, v. 18, n. 6, p. 460–464, 2017.

MINAYO, M. C. S. *et al.*, (orgs). Pesquisa social: teoria, método e criatividade – Série manuais acadêmicos. 1ª ed. Petrópolis: **Vozes**, 2016.

MORA, J. C.; VALENCIA, W. M. Exercise and Older Adults. **Clin Geriat Med**, v. 34, n. 1, p. 145-162, 2018.

MORAES, E. N. *et al.* Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Rev Saúde Pública**, v. 50, n. 81, p. 1-10, 2016.

MORLEY, J. E. *et al.* Frailty consensus: a call to action. **J. Am. Med. Dir. Assoc.**, v. 14, n. 6, p. 392-397, 2013.

MOURA, A. O. D.; SOUZA, L. K. Grupos de convivência para idosos: participantes, egressos e desinteressados. **Estud. pesqui. psicol.** v. 15, n. 3, p. 1045-1060, 2015.

NUNES, M. G. S. *et al.* Idosos longevos: avaliação da qualidade de vida no domínio da espiritualidade, da religiosidade e de crenças pessoais. **Saúde Debate**, v. 41, n. 115, p. 1102-1115, 2017.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D (orgs). **Desenvolvimento humano**. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PILLATT, A. P. *et al.*, Efeitos do exercício físico em idosos fragilizados: uma revisão sistemática. **Fisioter Pesqui.** v. 26, n. 2, p. 210-217, 2019.



- PREVIATO, G. F. *et al.* Grupo de convivência para idosos na atenção primária à saúde: contribuições para o envelhecimento ativo. **J. Res.: Fundam. Care. Online.** v. 11, n. 1, p. 173-180, 2019.
- PRINTES, C. B. *et al.* Gerontomotricidade – Programa de exercício físico para pessoas idosas. Portugal: **Self – Desenvolvimento Pessoal**, 30 p. 2016.
- RIBEIRO, R. M. *et al.* Barreiras no engajamento de idosos em serviços públicos de promoção de atividade física. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 20, n. 3, p. 739-49, 2015.
- SANTOS, P. A. *et al.* A percepção do idoso sobre a comunicação no processo de envelhecimento. **Audiol Commun Res.** v. 24, e2058, 2019.
- SIQUEIRA, R. B. G. *et al.* Pilates method in personal autonomy, static balance and quality of life of elderly females. **J Bodyw Mov Ther.** v. 14, n. 2, p. 195-202, 2010.
- TONG, A. *et al.* Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **Int J Qual Health Care.** v. 19, n. 6; p.49-57, 2007.
- VAGETTI, G. C. *et al.* Condições de saúde e variáveis sociodemográficas associadas à qualidade de vida em idosas de um programa de atividade física de Curitiba, Paraná, Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro. v. 29, n. 5, p. 955-969, maio, 2013.
- VALER, D. B. *et al.* O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v. 18, n. 4, p. 809-819, 2015.
- VIANA, C. A. C. *et al.* Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. **Ciênc. saúde coletiva.** v. 20, n. 7, p. 2221-2237, 2015.

## **APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Prezados (as) participantes

Nós, Francielle Xavier Ferreira (064.478.583-73), Jefferson Nascimento dos Santos (070.940.693-24), Lizandra Tereza de Souza Vasconcelos (062.780.693-77) e Maria Erisnilda Nunes Irineu (069.293.653-00); alunos regularmente matriculados no curso de graduação em Fisioterapia do Centro Universitário Ateneu - UniATENEU, estamos desenvolvendo uma pesquisa sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dra. Rafele Teixeira Borges.

A pesquisa intitulada “CONTRIBUIÇÕES DA GERONTOMOTRICIDADE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PERCEPÇÃO DO IDOSO” será realizada em consonância com as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde, que tratam dos aspectos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos.

Assim, de acordo com as resoluções supracitadas, esclarecemos os seguintes aspectos:

I - Essa pesquisa está sendo realizada para Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de graduação em Fisioterapia e tem como objetivo: Aprender a percepção do idoso quanto a contribuição da gerontomotricidade na promoção da saúde. A coleta de dados será realizada por meio de um questionário semiestruturado que irá abordar os dados sociodemográficos dos participantes, tais como: identificação com nome fictício, sexo, raça, idade, escolaridade, frequência de participação do grupo, se possui ou não cuidador, estado civil, ocupação, morbidades associadas e a pontuação total do índice de katz e IVCF-20. Além do roteiro com as perguntas norteadoras.

II - Quanto aos riscos deste estudo, consideramos mínimos, pois as perguntas do questionário podem causar constrangimento aos participantes. Como forma de minimizar os riscos serão atribuídos nomes fictícios aos participantes da pesquisa a fim de identificá-los e garantir o princípio de confidencialidade. Entretanto, os entrevistados poderão, a qualquer momento, optarem em não responder às perguntas ou até mesmo interromper a entrevista caso se sintam constrangidos. Não haverá nenhum procedimento invasivo à privacidade dos entrevistados. As entrevistas com os participantes ocorrerão em local fechado e reservado.

III - Quanto aos benefícios desta pesquisa, será possível conhecer a relação

entre gerontomotricidade e a promoção da saúde sob a óptica do idoso. Fornecerá ainda, uma maior compreensão acerca dos reflexos na saúde física e social, além do bem-estar geral, proporcionados pela prática de atividade física.

IV - Informamos ainda que a participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo. Porém, garantimos aos participantes livre acesso aos resultados da pesquisa.

V - Esclarecemos que você não terá nenhuma despesa por participar da pesquisa, mas também não lhe será oferecido nenhum valor.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora Dra. Rafaela Teixeira Borges por meio do telefone: 3474-5203, ramal: 7014, Rua Manuel Arruda, 70, ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Ateneu - UniATENEU, localizado na Rua Manuel Arruda, 70. Telefone: 3474-5203. E-mail: cep@fate.edu.br. Bairro: Messejana. CEP 60.863-315. Fortaleza-CE, responsável pelo acompanhamento ético de pesquisas com seres humanos. Atenciosamente,

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

---

Francielle Xavier Ferreira (Orientando)  
Matrícula: 20151113992

---

Jefferson Nascimento dos Santos (Orientando)  
Matrícula: 20151113508

---

Lizandra Tereza de Souza Vasconcelos (Orientando)  
Matrícula: 20151114322

---

Maria Erisnilda Nunes Irineu (Orientando)  
Matrícula: 20151113276

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Rafaela Teixeira Borges (Orientador)

### CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar de livre e espontânea vontade da pesquisa, sobre a qual fui devidamente esclarecido e orientado, e declaro que li cuidadosamente este termo, do qual recebi uma cópia assinada.



Assinatura Digital (caso não assine)

---

Assinatura do(a) participante

---

Local e data

### APÊNDICE B - FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

IDENTIFICAÇÃO			
Nome fictício:			
Sexo:	Raça:	DN: _____ / _____ / _____	Idade:
Escolaridade: ( ) Fundamental incompleto ( ) Fundamental completo ( ) Ensino médio incompleto ( ) Ensino médio completo ( ) Ensino superior completo ( ) Acima de superior completo			
Quantas vezes frequenta o grupo? ( ) 1x por semana ( ) 2x por semana ( ) 3x ou mais por semana			
Possui cuidador? ( ) Sim ( ) Não      Se sim, quem? _____			
ESTADO CIVIL			
( ) Solteiro      ( ) Casado      ( ) Separado      ( ) Viúvo			
Mora com:			
OCUPAÇÃO			
( ) Não aposentado ( ) Aposent. s/ ocupação social ( ) Aposent. c/ ocupação social			
MORBIDADES ASSOCIADAS			
( ) Labirintose	( ) Alt. tireóide	( ) Alt. pulmonar	Obs:
( ) HAS	( ) Câncer	( ) Depressão	
( ) DM	( ) Osteoartrite	( ) Alt. sono noturno	
( ) Osteoporose	( ) Fratura	( ) Sonolências diurna	
( ) Osteopenia	( ) Alt. cardíaca	( ) Incontinência urinária	
ÍNDICE DE KATZ (Pontuação total):			
IVCF-20 (Pontuação total):			

### **APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Explique-me como a participação no grupo contribui para uma vida mais saudável.

Descreva os motivos que o levaram a participar do grupo.

A sua religião influenciou na busca do grupo? Explique-me.

Quais as mudanças percebidas pelo sr./sra. depois que iniciou sua participação no grupo?

## ANEXO A - ESCALA DE KATZ

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se Pontos: ____	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se Pontos: ____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir ao banheiro Pontos: ____	(1 ponto) Dirigi-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre
Transferência Pontos: ____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
Continência Pontos: ____	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga
Alimentação Pontos: ____	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral

Total de Pontos = ____	6 = Independente	4 = Dependência moderada	2 ou menos = Muito dependente
---------------------------	------------------	--------------------------	-------------------------------

## ANEXO B - ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20 (IVCF 20)

IVCF-20 (versão do profissional de saúde)

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20		
<i>www.ivcf-20.com.br</i>		
<i>Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.</i>		<b>Pontuação</b>
<b>IDADE</b>	<b>1. Qual é a sua idade?</b>	<input type="checkbox"/> 60 a 74 anos <sup>0</sup> <input type="checkbox"/> 75 a 84 anos <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> ≥ 85 anos <sup>3</sup>
<b>AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE</b>	<b>2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:</b>	<input type="checkbox"/> Excelente, muito boa ou boa <sup>0</sup> <input type="checkbox"/> Regular ou ruim <sup>1</sup>
<b>ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA</b>	<p style="text-align: center;">AVD Instrumental</p> <p style="font-size: small; text-align: center;"><i>Respostas positiva valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.</i></p>	<p><b>3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?</b>  <input type="checkbox"/> Sim<sup>4</sup>    <input type="checkbox"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde</p> <p><b>4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa?</b>  <input type="checkbox"/> Sim<sup>4</sup>    <input type="checkbox"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde</p> <p><b>5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve?</b>  <input type="checkbox"/> Sim<sup>4</sup>    <input type="checkbox"/> Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde</p>
<b>AVD Básica</b>	<b>6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <sup>0</sup> <input type="checkbox"/> Não
<b>COGNICÃO</b>	<b>7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Não
	<b>8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Não
	<b>9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Não
<b>HUMOR</b>	<b>10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Não
	<b>11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Não
<b>MOBILIDADE</b>	Alcance, preensão e pinça	<b>12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Não
	Capacidade aeróbica e/ou muscular	<b>13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Não
	Marcha	<b>14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês ( );</li> <li>Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m<sup>2</sup> ( );</li> <li>Circunferência da panturrilha a &lt; 31 cm ( );</li> <li>Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) &gt; 5 segundos ( ).</li> </ul> <input type="checkbox"/> Sim <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Não
	Continência esfinteriana	<b>15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Não
		<b>16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Não
	Visão	<b>17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Não
<b>COMUNICAÇÃO</b>	Visão	<b>18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato.</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Não
	Audição	<b>19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição.</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Não
<b>COMORBIDADES MÚLTIPLAS</b>	Polipatologia	<b>20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cinco ou mais doenças crônicas ( );</li> <li>Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia ( );</li> <li>Internação recente, nos últimos 6 meses ( ).</li> </ul> <input type="checkbox"/> Sim <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Não
	Polifarmácia	
	Internação recente (<6 meses)	
<b>PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)</b>		



## ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CONTRIBUIÇÕES DE UM GRUPO DE GERONTOMOTRICIDADE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE SEGUNDO A PERCEPÇÃO DO IDOSO

**Pesquisador:** RAFAELE TEIXEIRA BORGES

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 15804719.2.0000.8085

**Instituição Proponente:** SOCIEDADE EDUCACIONAL EDICE PORTELA LTDA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.556.239

#### **Apresentação do Projeto:**

PROJETO APRESENTA TODOS OS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA A PESQUISA CIENTÍFICA

#### **Objetivo da Pesquisa:**

OBJETIVOS BEM DEFINIDOS E DE ACORDO COM O TEMA PROPOSTO

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

PROJETO APRESENTA OS RISCOS E A FORMA DE CONTORNÁ-LOS, ASSIM COMO OS BENEFÍCIOS.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

PESQUISA RELEVANTE, PODENDO CONTRIBUIR PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO ENVOLVIDA.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

PROJETO APRESENTOU OS TERMOS DE APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA, PORÉM O TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL FOI CORRIGIDO APENAS NO RECURSO.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A pendência documental relacionada ao termo de anuência institucional não foi corrigida nos pareceres anteriores, foi corrigida apenas com o recurso.

**Endereço:** Rua Manuel Arruda, 70

**Bairro:** Messejana

**UF:** CE

**Telefone:** (85)3474-5151

**CEP:** 60.842-090

**Município:** FORTALEZA

**E-mail:** cep@fate.edu.br



Continuação do Parecer: 3.556.239

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Recurso do Parecer	recurso.pdf	22/08/2019 11:41:15		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	anuenciaok.pdf	22/08/2019 11:41:12	RAFAELE TEIXEIRA BORGES	Aceito
Outros	anuenciaok.pdf	22/08/2019 11:40:45	RAFAELE TEIXEIRA BORGES	Aceito
Outros	anuenciaok.pdf	22/08/2019 11:36:05	RAFAELE TEIXEIRA BORGES	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1369576.pdf	22/07/2019 10:58:38		Aceito
Outros	anuencia.docx	22/07/2019 10:58:11	RAFAELE TEIXEIRA BORGES	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	22/07/2019 10:57:39	RAFAELE TEIXEIRA BORGES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	22/07/2019 10:57:25	RAFAELE TEIXEIRA BORGES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	22/07/2019 10:56:37	RAFAELE TEIXEIRA BORGES	Aceito
Folha de Rosto	rosto.pdf	31/05/2019 12:13:14	RAFAELE TEIXEIRA BORGES	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	31/05/2019 12:03:34	RAFAELE TEIXEIRA BORGES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 05 de Setembro de 2019

---

**Assinado por:**  
**Candice Monteiro Mariano**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Manuel Arruda, 70

**Bairro:** Messejana

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**CEP:** 60.842-090

**Telefone:** (85)3474-5151

**E-mail:** cep@fate.edu.br