

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS

Programa de Pós-graduação em Ensino de Ciências e Matemática

Janaína Luciano Labanca Yuki

**MÉTODO PILATES E IDOSOS: PERFIL E PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE
VIDA**

Belo Horizonte

2018

Janaina Luciano Labanca Yuki

MÉTODO PILATES E IDOSOS: PERFIL E PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ensino de Ciências e Matemática da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino de Ciências e Matemática.

Orientadora: Dra. Cláudia de Vilhena Schayer Sabino

Área de concentração: Biologia

Belo Horizonte

2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Y94m	<p>Yuki, Janaína Luciano Labanca</p> <p>Método pilates e idosos: perfil e percepção da qualidade de vida / Janaína Luciano Labanca Yuki. Belo Horizonte, 2018.</p> <p>82 f.: il.</p> <p>Orientadora: Cláudia de Vilhena Schayer Sabino</p> <p>Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências e Matemática</p> <p>1. Qualidade de vida. 2. Envelhecimento - Prevenção. 3. Pilates, Método. 4. Análise estatística - Pacientes - Belo Horizonte (MG). 5. Atividade motora. 6. Dor - Tratamento. I. Sabino, Cláudia de Vilhena Schayer. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências e Matemática. III. Título.</p> <p>SIB PUC MINAS</p> <p>CDU: 519.24</p>
------	---

Ficha catalográfica elaborada por Fernanda Paim Brito - CRB 6/2999

Janaina Luciano Labanca Yuki

**MÉTODO PILATES E IDOSOS: PERFIL E PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE
VIDA**

Dissertação apresentada ao Programa de Programa de Pós-graduação em Ensino de Ciências e Matemática da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino de Ciências e Matemática.

Orientadora: Dra. Cláudia de Vilhena Schayer Sabino

Área de concentração: Biologia

Dra. Cláudia de Vilhena Schayer Sabino – PUC-Minas (Orientadora)

Dra. Aline Cristina de Souza – Newton Paiva (Banca Examinadora)

Dr. Wolney Lobato – PUC-Minas (Banca Examinadora)

Belo Horizonte, 28 de junho de 2018.

*A minha família, por todo incentivo, em
especial à minha mãe e meu marido, que sempre
acreditaram no meu potencial e me
deram suporte para concluir
mais esta etapa.*

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Dra. Cláudia de Vilhena Schayer Sabino, que tornou possível a realização deste sonho.

Aos meus colegas mestrandos, hoje meus grandes amigos, por tornar mais feliz e divertido todos os dias de aula.

Ao meu querido cunhado Roberto Fully, pela paciência e disponibilidade em me ajudar com as dificuldades deste trabalho.

À minha amiga Thamires Lima, pela sua imensa dedicação, solicitude e amizade.

Aos meus pacientes da Clínica, que fizeram voluntariamente parte deste estudo.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para esta construção.

RESUMO

Este estudo trata do perfil e da percepção de qualidade de vida do paciente idoso praticante do Método Pilates. Objetivos: investigar qual o perfil do paciente idoso que pratica o Método Pilates e sua percepção quanto à qualidade de vida, motivações, doenças associadas, queixa de dores e tempo de permanência praticando o método. Produto: uma videoaula para explicar como deve ser uma intervenção ao idoso em uma aula de Pilates. Métodos: o estudo utilizou a metodologia por pesquisação e a amostragem por conveniência. Foram incluídas 81 avaliações de idosos ($69,38 \pm 7,90$ anos), sendo 19 homens e 62 mulheres, realizadas em uma Clínica de Belo Horizonte de 2006 a 2016. As avaliações foram analisadas e os dados tabelados para análise das variáveis relacionadas ao perfil e à qualidade de vida dos idosos. Para mensurar as variáveis sobre a qualidade de vida, foi aplicado um questionário de acordo com Pierre Dansereau. Para análise da qualidade da videoaula, foi aplicado um questionário destinado a 10 fisioterapeutas que analisaram seu entendimento e aplicabilidade. Resultados: Concluiu-se nessa amostra que o perfil dos idosos praticantes do método Pilates são os idosos jovens (entre 60 e 70 anos), do sexo feminino, hipertensos, praticantes de tênis, com maior incidência de dor na coluna; e que, embora exista a busca por uma vida saudável e com independência, os indivíduos também desejam algo mais para usufruir de uma vida com qualidade. Eles querem ser capazes de participar das tomadas de decisões e serem reconhecidos pela sociedade. Além disso, a videoaula apresentou aceitação quanto à aplicabilidade real da intervenção entre os profissionais de fisioterapia.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Envelhecimento. Pilates. Dor. Atividade física.

ABSTRACT

This study deals with the profile and perception of quality of life of the elderly patient practicing the Pilates Method. Objectives: To investigate the profile of the elderly patient who practices the Pilates Method and their perception about the quality of life, motivations, associated disease, complaint of pain, and time of permanence holders practicing the method. Product: a video lessons to explain how it should be an intervention for the elderly in a Pilates class. Methods: The study used a search methodology and a sampling for convenience. Eighty-one evaluations of the elderly ($69,38 \pm 7,90$ years) were included, being 19 men and 62 women, performed in the Belo Horizonte Clinic from 2006 to 2016. The evaluations were analyzed and data were tabulated for analysis of variables related to the profile and quality of life of the elderly. To measure the variables on quality of life, a questionnaire was applied according to Pierre Dansereau. To analyze the quality of video lessons, a questionnaire was applied to 10 physiotherapists who analyzed their understanding and applicability. Results: It was concluded in this sample that the profile of the elderly practicing the Pilates method are young elderly (60 to 70 years old), female, hypertensive, tennis practitioners, with a higher incidence of spinal pain; and that while there is a quest for a healthy and independent life, individuals also want something more to enjoy a life with quality. They want to be able to participate in decision-making and be recognized by society. In addition, the video lessons presented acceptance as to the real applicability of the intervention among physiotherapy professionals.

Keywords: Quality of life. Aging. Pilates. Pain. Physical activity.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Bolo do ambiente	25
-----------------------------------	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Fases da pesquisa-ação contextualizadas a este trabalho	36
Quadro 2 – Dados do questionário aplicado por meio do Google Formulários para avaliação da videoaula.....	66

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Motivo pelo qual os pacientes idosos – acima de 60 anos – procuram pelo Pilates.	42
Gráfico 2: Local de dor, relatado pelos idosos avaliados.	45
Gráfico 3: Quantidade de pessoas que procuram o Pilates de acordo com idade e sexo.....	47
Gráfico 4: Esportes praticados pelos indivíduos avaliados neste estudo	49
Gráfico 5: Doenças associadas relatadas pelos indivíduos avaliados	51
Gráfico 6: Tempo de permanência praticando o Pilates dos indivíduos avaliados.....	53
Gráfico 7: Relação da idade e os motivos para a prática de Pilates	55
Gráfico 8: Relação do gênero com a região de dor relatada pelos indivíduos	57
Gráfico 9: Relação entre o tempo de permanência na prática do Pilates e doenças associadas relatadas pelos indivíduos	58
Gráfico 10: Você tem tudo que considera imprescindível para amar e ser amado?	60
Gráfico 11: Você tem tudo que considera imprescindível financeiramente?	61
Gráfico 12: Você tem tudo que considera imprescindível para participação política?.....	62
Gráfico 13: Você tem tudo que considera imprescindível para participar de religiões e ser ético?.....	63
Gráfico 14: Você tem tudo que considera imprescindível e de direito para viver em sociedade?	64

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
2	REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1	Qualidade de vida	24
2.2	Envelhecimento.....	29
2.3	Pilates	32
3	METODOLOGIA.....	34
3.1	Pesquisa-ação	34
3.2	Amostragem por conveniência.....	37
3.3	Levantamento de dados.....	38
3.4	Clínica	38
3.5	Videoaula (O produto)	39
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	42
4.1	Análise de dados das avaliações realizadas na Clínica entre os anos de 2006 a 2016.....	42
4.2	Análise de dados de pacientes que atualmente praticam o Método Pilates.....	59
4.3	Análise de dados do questionário aplicado por meio do Google Formulários para avaliação da videoaula.	65
5	CONCLUSÃO.....	68
	REFERÊNCIAS.....	70
	APÊNDICE A - Questionário sobre qualidade de vida	81

1 INTRODUÇÃO

Muito se discute sobre a importância da qualidade de vida durante o processo de envelhecimento. É desejo de todos chegar à terceira idade com saúde e disposição. A expectativa média de vida aumentou acentuadamente no país, o que implica a necessidade de criação de soluções para lidar com as consequências sociais, econômicas e de saúde do envelhecimento populacional (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987), uma vez que não basta apenas viver mais, o grande desafio, atualmente, é investir em esforços para dar mais qualidade de vida para os idosos.

Durante o envelhecimento, a vida saudável é resultante da manutenção da autonomia e da independência. Sendo a primeira definida como a capacidade de decisão do indivíduo, e a segunda como a aptidão de realizar algo por meios próprios, portanto, quando se quantifica o grau de autonomia do idoso, bem como o grau de independência no desempenho de atividades diárias, está se avaliando a saúde e a qualidade de vida (MARTINS et al. 2009).

O envelhecimento pode estar associado a um bom nível de saúde, uma vez que os avanços nas áreas da saúde e da tecnologia possibilitam a garantia de uma melhor qualidade de vida na velhice. As estratégias de prevenção ao longo da vida são mais importantes para resolver os desafios de hoje e, de forma crescente, os de amanhã (KALACHE, 2008; MEIRELLES et al. 2007).

Joia, Ruiz e Donalísio (2007) reforçam que “com o aumento geral da sobrevida da população, ressalta-se a importância de garantir aos idosos não apenas maior longevidade, mas felicidade, qualidade de vida e satisfação pessoal”.

Os autores acima citados afirmam que a qualidade de vida e a satisfação na velhice têm sido relacionadas à idade dependência-autonomia, levando-se em consideração os efeitos da idade. Há pessoas que apresentam declínio no estado de saúde e nas competências cognitivas precocemente, enquanto outras vivem saudáveis até idades muito avançadas (JOIA, RUIZ; DONALÍSIO, 2007).

Vieira (2004, p. 270) cita que qualidade de vida “é o estado ou condição benéfica de vida em que os componentes que interferem no bem-estar físico, mental, emocional e social estão devidamente controlados”.

Uma elevação da qualidade de vida é resultado da aceitação das mudanças, prevenção das doenças, modificação no estilo de vida prejudicial à saúde,

estabelecimento de relações sociais e familiares positivas e consistentes, e a manutenção de um bom senso de humor (VIEIRA, 2004).

A inatividade física no idoso acelera a perda de força, flexibilidade, equilíbrio e resistência cardiovascular, levando ao declínio funcional, aumento e agravamento dos problemas de saúde, culminando com a perda da independência (SEEMAN et al. 2010; SEGUIN et al. 2012).

Para a Organização Mundial de Saúde – OMS (2005) a atividade física é um dos principais fatores a se considerar para a garantia de um envelhecimento ativo, o qual apresenta como consequência direta melhora nos níveis de qualidade de vida, nesse sentido, cabe mencionar que, segundo a referida organização, houve um incremento na prática desportiva pela parcela idosa da população, haja vista a influência da atividade física na garantia de níveis adequados de saúde.

Com o aumento da adesão dos idosos a prática de atividades físicas, houve a necessidade de oferecer programas de exercícios físicos que se adequem a essa situação, com respeito às limitações individuais e apresentando como objetivo principal uma velhice com qualidade.

As atividades mais procuradas e indicadas para essa parcela da população são as de baixa e média intensidade, baixo impacto e longa duração como: caminhada, natação, hidroginástica, dança e, atualmente, observa-se um grande interesse pelo Método Pilates (SACCO, 2005).

O Método Pilates promove o reforço do centro de força e a melhora da resistência, flexibilidade, estabilidade postural e desempenho motor. Seus benefícios apontam para uma melhor estabilização corporal durante atividades estáticas e dinâmicas, favorecendo o equilíbrio do praticante e, conseqüentemente, ganhos significativos no desempenho funcional e na qualidade de vida (RODRIGUES et al. 2010).

Levando-se em consideração o aumento da população idosa no cenário nacional, o contato com a literatura científica relacionada e as experiências profissionais vivenciadas, a temática sobre envelhecimento e qualidade de vida despertou interesse.

Nesse sentido, propõe-se aqui estudar o perfil dos pacientes idosos que praticam o Método Pilates, a percepção desses indivíduos no que se refere à qualidade de vida, as respectivas motivações, doenças associadas, queixa de dores e tempo de permanência praticando o método, com a finalidade de possibilitar o

desenvolvimento de formas de ampliar o acesso ao método referido a fim de contribuir para a melhoria da qualidade de vida dessa população.

O estudo em voga tem como objetivos específicos descrever o perfil dos idosos que praticam o Método Pilates e identificar qual a percepção desses indivíduos no que diz respeito à própria qualidade de vida.

Além disso, o presente estudo tem o objetivo de orientar fisioterapeutas que utilizam o Método Pilates quanto à criação de uma sessão com exercícios específicos para idosos através de uma videoaula publicada no YouTube®.

Dessa maneira, a primeira parte desse estudo consta do Referencial Teórico, subdividido em três partes: a primeira menciona uma abordagem sobre qualidade de vida na população idosa; a segunda aborda aspectos importantes sobre o envelhecimento; a terceira parte aborda conceitos, benefícios e indicações do método Pilates para esses indivíduos.

A segunda parte trata da metodologia utilizada no estudo, como: tipo de pesquisa, seleção da amostra, levantamento de dados, caracterização do local de coleta, aplicação de questionário, procedimento e análise dos dados coletados. Além disso, nessa parte consta a criação do produto (videoaula) apresentado nesse estudo, sua avaliação e análise dos dados.

A terceira parte apresenta os resultados e a discussão dos dados da pesquisa, na qual demonstra-se o perfil do idoso praticante de Pilates, os motivos para adesão ao método, as principais queixas, as doenças associadas, esportes praticados simultaneamente e o tempo de permanência na atividade, além dos resultados da análise pessoal da qualidade de vida de idosos. Constatam também, nessa parte, os resultados e a discussão a respeito da videoaula, as críticas pertinentes e as implicações para outros fisioterapeutas.

Por último, salientam-se as considerações finais do estudo, apresentando a percepção do idoso acerca da sua qualidade de vida.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Qualidade de vida

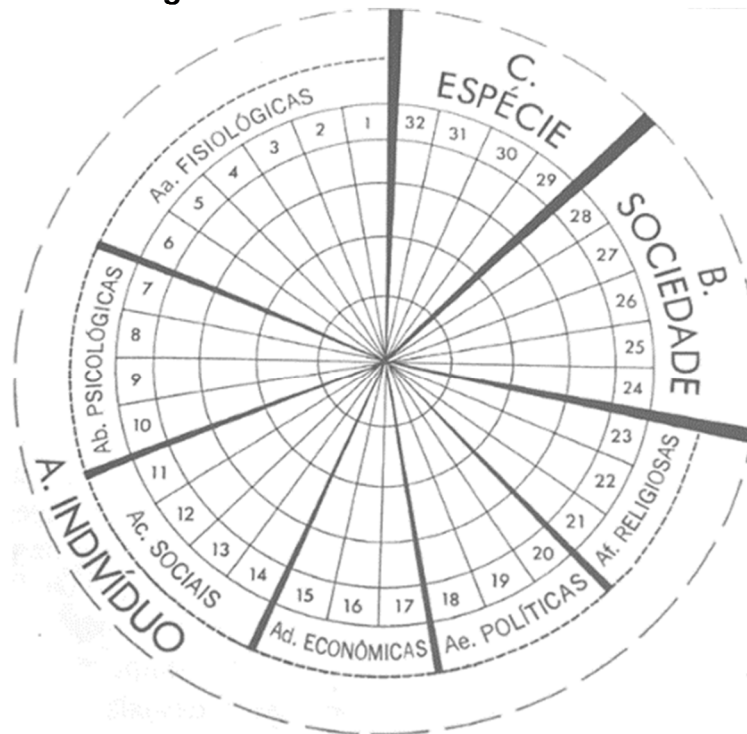
A OMS (2017) propõe um conceito para qualidade de vida subjetivo e multidimensional: “qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

A qualidade de vida é um conceito amplo e complexo, que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio ambiente. Consequentemente, a qualidade de vida reflete a percepção que os indivíduos têm de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou, ainda, que estão sendo negadas a eles oportunidades de alcançar a felicidade e a autorrealização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições socioeconômicas (OMS, 2017).

De acordo com Pierre Dansereau (VIEIRA; RIBEIRO, 1999, p. 403), as necessidades humanas têm como ponto de referência o ecossistema e as ordens de grandeza. Em análise, ele se questionou sobre os conflitos e a compatibilidade envolvendo necessidades e satisfações.

Dansereau concluiu que se distinguirmos as necessidades fisiológicas, psicológicas, sociais, econômicas, políticas e éticas (morais), podemos indagar o que seria necessário fazer para que fossem atendidas as exigências de cada categoria do bolo do ambiente (Figura 1). Ou seja, o que isso exigiria em termos de recursos, e qual seria a resposta de um indivíduo caso lhe pedíssemos para indicar sua condição de privação (no centro); de satisfação mínima (no segundo círculo); de realização integral (no terceiro); e, no quarto círculo, de convívio com uma condição de excesso (VIEIRA; RIBEIRO, 1999, p. 403).

Figura 1 – Bolo do ambiente



Indivíduo	Indivíduo	1. luz, 2. ar, 3. água, 4. alimento
	Família	5. abrigo, 6. progeneritura, 7. espaço
	Casa	8. paz, 9. sexo, 10. relacionamentos, 11. vizinhança
	Vizinhança	12. assentamento doméstico, 13. trabalho, 14. associação, 15. renda
	Assentamento	16. decisão, 17. propriedade, 18. educação
	Paisagem	19. informação, 20. participação, 21. fé, 22. congregação
Sociedade	Região	23. ética, 24. gestão, 25. investimento
	País	26. planejamento, 27. legislação, 28. cultura.
Espécie	Planeta	29. diversidade, 30. produtividade, 31. ajuda, 32. saúde.

Fonte: Vieira e Ribeiro, 1999.

Dansereau pensava em: qual é o acesso da população de tal cidade, tal espaço? Quais são as satisfações fisiológicas, psicológicas, sociológicas, econômicas, políticas e éticas? São acessíveis os mesmos recursos da respiração, da comida, da educação? Essa proposição de um sistema de representação, que permite uma leitura geográfica e ecológica para qualificar e eventualmente

quantificar a resposta do homem, fez com que o autor criasse um modelo partilhado: o bolo do ambiente. (VIEIRA; RIBEIRO, 1999, p. 403).

No que diz respeito às necessidades do indivíduo, as satisfações fisiológicas são consideradas aquelas consideradas básicas (CASADO, 2002): como luz, ar, água, alimento, abrigo e progenitura.

As satisfações psicológicas são o suporte social, a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam conosco, nos valorizam e gostam de nós (SARASON et al. 1983, p. 127).

As satisfações sociais são definidas como o suporte social, que se refere aos recursos ao dispor dos indivíduos e unidades sociais (tais como a família) em resposta aos pedidos de ajuda e assistência, como: vizinhança, assentamento doméstico, trabalho e associação. As satisfações econômicas referem-se às possibilidades de possuir de cada indivíduo como: renda, decisão, propriedade. As satisfações políticas englobam educação, informação e participação. As satisfações religiosas são a fé, congregação e ética (DUNST; TRIVETTE, 1990).

No que diz respeito às funções da sociedade consideram-se necessários a gestão, investimento, planejamento, legislação e cultura. No âmbito da espécie, a necessidade é o destino da espécie humana. Preocupa-se com a diversidade, produtividade, ajuda e saúde. (VIEIRA; RIBEIRO, 1999, p. 404).

A resposta à carência, à abundância ou à necessidade dos recursos depende, justamente, tanto do desejo quanto da necessidade. Depende também, na mesma medida, tanto da capacidade quanto da satisfação. Segundo Dansenreau, não é preciso ser um grande psicólogo para constatar que o desejo pode ultrapassar, e muito, a necessidade. (VIEIRA; RIBEIRO, 1999, p. 404).

O fato de alguém ter “os olhos maiores que a pança” reflete bem essa desigualdade de potencial. Quer se trate de alimento, de sexo, de renda, de educação ou religião, cada indivíduo apresenta uma fórmula autoecológica (exigência-tolerância-capacidade) que lhe é própria. Apoiado nesse equipamento pessoal, e de maneira mais ou menos habilidosa, ele extrai dos ecossistemas os recursos correspondentes as suas necessidades. (VIEIRA, RIBEIRO, 1999, p. 404).

Dansereau utiliza o bolo do ambiente para avaliar os contrastes na sociedade. Ele compara as estratégias de cada indivíduo na sociedade onde vive. Os resultados

são muito diferentes, as privações são individuais para cada indivíduo ou grupo populacional. (VIEIRA; RIBEIRO, 1999, p. 404).

Saba (2001, p. 71), relata que a qualidade de vida proporciona o bem-estar por meio de sensação de conforto físico e mental, alívio, leveza, dever cumprido, originado pelo prazer, pela satisfação pessoal. Também Lorda, (2001, p. 28), considera qualidade de vida como fator multidimensional, pois envolve bem-estar, felicidade, sonhos, dignidade e cidadania.

Para muitas pessoas, para ser possuidor de boa qualidade de vida, há a necessidade de também possuir muitos bens materiais; quanto mais posse, melhor a qualidade de vida. É evidente que os bens materiais têm importância. Existe um patamar material mínimo, para se falar em boa qualidade de vida: seria a satisfação das necessidades mais elementares da vida humana. Alimentação, moradia, trabalho, educação, transporte, saúde, lazer, acesso a água potável, saneamento básico, respeito e dignidade são necessidades elementares. Para cada uma dessas, há um nível minimamente aceitável. Abaixo dele, temos exclusão social; acima dele, cidadania (FABRINO, et al. 2007).

A análise do que as pessoas consideram como qualidade de vida nos ajuda a compreender melhor como levar até elas esse objetivo. Cada pessoa busca sempre por uma vida com melhor qualidade. Devemos considerar satisfações diferentes para cada idade, sexo e sociedade, para tentar entender cada indivíduo.

Veras (2004) discute a importância da atividade física como estratégia para a melhoria da qualidade de vida da população idosa. Cabe mencionar que existem determinantes, dentre eles os demográficos, culturais e econômicos, que fazem com que a saúde e qualidade de vida do idoso sejam relevantes para a sociedade. Mudanças deverão ser realizadas no que concerne à priorização do envelhecimento saudável, haja vista a transição demográfica que caracteriza o momento atual. (VERAS, 2004).

O incentivo à prática regular da atividade física vem sendo apontado como importante ação na área da saúde pública, uma vez que acarreta melhora na qualidade de vida. Ainda, o estudo de Ferreira (2005) aponta a necessidade de se ampliar o número de ofertas, acessibilidade e qualidade dos espaços que oferecem essas ações.

A atividade física provoca alterações fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, portanto, pode ser considerada uma intervenção não medicamentosa para o

tratamento de distúrbios relacionados aos aspectos psicobiológicos. Nota-se a importância dos resultados positivos da atividade física para: o sono e seus possíveis distúrbios, aspectos psicológicos e transtornos de humor, como a ansiedade e a depressão, aspectos cognitivos, como a memória e a aprendizagem e como eles afetam a qualidade de vida do ser humano (MELLO, 2005).

Em uma análise para averiguar se existe contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental na qualidade de vida global de indivíduos idosos, o domínio que mais contribui na qualidade de vida global foi o físico, seguido do ambiental e do psicológico (PEREIRA, 2006).

O resultado do estudo com idosos de Cheik (2008) sugere que a prática regular de atividade física, orientado com parâmetros fisiológicos, pode contribuir para a redução dos escores para depressão e ansiedade em indivíduos com mais de 60 anos.

Convém realçar que as evidências mostraram um efeito benéfico decorrente da adoção de um estilo de vida ativo na manutenção da capacidade funcional e da autonomia física durante o processo de envelhecimento, minimizando a degeneração provocada pela senilidade e, assim, propiciando uma melhoria geral na saúde e qualidade de vida. Por isso são tão difundidos os conceitos de melhoria da qualidade de vida e bem-estar, nos quais a atividade física atua positivamente (FREITAS et al. 2007).

Os estudos citados acima mostram o papel da atividade física como um dos elementos decisivos para a aquisição e manutenção da saúde, aptidão física e bem-estar, sendo indicador de uma boa qualidade de vida em pessoas idosas, conseqüentemente, esse fato pode influenciar de alguma forma esses indivíduos a iniciarem e permanecerem praticando algum tipo de exercício.

Diante de tantos benefícios da atividade física, vale analisar a motivação em idosos para algumas atividades. Eles podem ser motivados por meio de programas de exercícios e de promoção da saúde, que além de favorecerem a permanência das pessoas, por mais tempo, exercitando-se regularmente, objetivam trazer elementos substantivos para a sistematização de tais atividades e melhorias consideráveis na qualidade de vida dos idosos (FREITAS et al. 2007).

A motivação é definida por Samulski (2002, p. 349) como um processo intencional, ativo e dirigido a uma meta, o qual depende da relação de fatores pessoais (intrínsecos) e ambientais (extrínsecos).

Sendo assim, qualquer discussão sobre motivação implica investigar os motivos que influenciam um determinado comportamento, ou seja: todo comportamento é motivado, é impulsionado por motivos (FREITAS, 2007).

2.2 Envelhecimento

Hoje, cem anos é uma idade possível. Qual a qualidade dessa sobrevivência? Como aumentar o vigor físico, intelectual, emocional e social dessa população até os momentos que precedem a morte? Como favorecer uma sobrevivência cada vez maior, com uma qualidade de vida cada vez melhor? (PASCHOAL, 1996).

Muitas transformações acontecem lentamente com o passar de décadas devido a alguns fatores, como os patológicos, os traumáticos ou os degenerativos, ou ainda os decorrentes de alterações musculoesqueléticas e neurológicas primárias. As mudanças decorrentes do avanço da idade manifestam-se principalmente no plano sagital e incluem algumas características, como o aumento da curvatura cifótica da coluna torácica, a diminuição da lordose lombar, o aumento do ângulo de flexão do joelho, o deslocamento da articulação coxofemoral para trás e a inclinação do tronco para diante, acima dos quadris (KENDALL, 1995).

Os sinais do envelhecimento vão aparecendo com a idade: a elasticidade é reduzida nos tecidos moles; a estatura é diminuída pelo estreitamento dos discos intervertebrais; as articulações são menos capazes de absorver pressões e tornam-se mais rígidas; as cartilagens ficam menos elásticas; o poder muscular diminui, levando à desaceleração dos movimentos e à perda da coordenação; os ossos podem se tornar osteoporóticos; as dificuldades com o equilíbrio aparecem, sendo apontados como fatores causadores da perda da propriocepção dos tecidos nas superfícies de apoio com carga, da fraqueza muscular e das alterações degenerativas dos canais semicirculares. (THOMSON; SKINNER; PIERCY, 2002).

A partir dos 40 anos, a estatura começa a se reduzir em torno de um centímetro por década. Isso se deve à redução dos arcos plantares, ao aumento da curvatura da coluna vertebral, à redução do volume dos discos intervertebrais, o que, por sua vez, ocorre porque o volume de água do corpo diminui por meio de perda intracelular, comprometendo, dessa forma, as AVDs (Atividades de Vida Diária) (PICKLES et al. 2002). Constatam-se, também, reduções do número de células nos

órgãos, o que leva à perda de massa, principalmente no fígado e rins (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2000).

Conforme estudo de Papaléo Netto, Carvalho Filho e Salles (2005), o corpo humano é uma máquina perfeita, mas, como toda máquina que é utilizada constantemente, após certo tempo de uso, começa a apresentar alterações.

No idoso, devido a uma maior suscetibilidade às condições que reduzem a capacidade funcional, são frequentes os prejuízos nas funções do corpo, dificuldades no desempenho das atividades cotidianas e restrição na participação social (ANDERSSON, 1999).

A coluna vertebral é uma das estruturas musculoesqueléticas que sofrem maiores alterações morfológicas, acarretando limitações físicas ao indivíduo na terceira idade (GRIMMER et al. 2002). Entre os segmentos da coluna vertebral, a região lombar é apontada como a maior causadora de algias musculoesqueléticas não só em idosos, mas também em outras faixas etárias (JESUS, 2006; SILVA, 2004).

A expectativa de vida das pessoas tem aumentado e é dever do profissional da saúde levar a melhora da qualidade de vida à população, incluindo a parcela idosa, que tem crescido exponencialmente. Finalmente, é preciso considerar que, em populações que estão envelhecendo, como é o caso do Brasil, as melhoras nas condições de saúde podem ajudar a reduzir gastos com cuidados médicos e, ao mesmo tempo, minimizar a sobrecarga gerada no sistema de saúde em decorrência do envelhecimento populacional (CAMARGOS, 2009).

Segundo Toscano e outros (2009), a qualidade de vida de pessoas idosas que possuem maior nível de atividade física é melhor que as de menor nível de atividade.

A expectativa de vida total é composta pela quantidade de anos vividos, desde o nascimento ou a partir de uma determinada idade, em diferentes estados de saúde, até a morte, sendo que os anos vividos com saúde fornecem a expectativa de vida saudável (JAGGER; VAN OYEN; ROBINE, 2014).

Idosos fisicamente ativos possuem melhor flexibilidade e mobilidade da coluna lombar em comparação aos idosos sedentários. No estudo realizado por Moorcelli e outros (2010), não foi encontrada diferença na intensidade de dor lombar durante o teste de flexão de tronco entre o grupo de idosos ativos e sedentários, entretanto, para o grupo de idosos ativos, foram observadas correlações inversas

entre frequência da prática de atividade física e a intensidade de dor e número de comorbidades, mostrando que a frequência semanal da atividade física colabora para uma melhor condição de saúde.

As mulheres idosas não apenas apresentam maiores expectativas de vida como também esperam viver um número maior de anos, quando percebem ter boa saúde; e quando comparadas aos homens, as mulheres apresentam uma maior proporção de anos a serem vividos percebendo sua saúde como ruim (CAMARGOS, 2009).

Para Rebelatto e outros (2006), um programa de atividade física de longa duração para mulheres idosas entre 60 e 80 anos evitou a ocorrência de perdas naturais da flexibilidade, que o processo de senescência determina.

Vários são os fatores para dificultar ao idoso a prática de atividade física. A dor está entre os principais motivos que podem impactar negativamente na qualidade de vida do indivíduo idoso, pois limita suas atividades, aumenta a agitação, o risco para estresse e o isolamento social (ANDRADE et al. 2006).

O envelhecimento tem sido associado a aspectos negativos, tais como as doenças crônicas, a dependência, a fragilidade, a incapacidade e a morte. Por outro lado, as representações do envelhecimento ativo (EA) foram caracterizadas por aspectos positivos. Os idosos relacionaram o idoso ativo (IA) aos afazeres domésticos, ao lazer e aos exercícios físicos, o que pode ser caracterizado como não sedentarismo. Destaca-se o fato de eles ligarem o EA à independência funcional, ou seja, à autonomia para realizar suas atividades diárias (FERREIRA, 2010).

Para Fabrino e outros (2007), os idosos do Brasil são pessoas com possibilidades menores de uma vida digna, dada não apenas a imagem social da velhice vista como época de perdas, incapacidades, decrepitude, impotência, dependência, mas, também, pela situação objetiva de aposentadoria insuficiente, analfabetismo, oportunidades negadas, desqualificação tecnológica, exclusão social, pelo menos da maioria, e mesmo em condições tão adversas, encontramos idosos que se sentem felizes, que se dizem contentes com suas vidas.

Atualmente, a população busca muitas formas para a melhora da qualidade de vida. Cada indivíduo apresenta suas preferências e procuram atividades que trabalhem o corpo de uma forma global e interessante e o método pilates é uma escolha frequente dos idosos.

2.3 Método Pilates

Joseph Humbertus Pilates criou uma série de exercícios baseados nos movimentos progressivos que o corpo é capaz de executar. Durante a I Guerra Mundial, Pilates iniciou o uso das molas nas camas de hospital, desenvolvendo um sistema que inspirou a criação de seus equipamentos e de seu método (APARÍCIO; PEREZ, 2005).

Joseph Pilates desenvolveu o Método Pilates com o objetivo próprio de ter uma vida saudável, já que foi uma criança acometida por várias doenças, como asma e raquitismo (BRUNELLI, 2009).

O método Pilates apresenta muitas variações de exercícios e pode ser realizado por pessoas que buscam alguma atividade física, por indivíduos que apresentam alguma patologia em que a reabilitação é necessária, como distúrbios neurológicos, dores crônicas, problemas ortopédicos e distúrbios da coluna vertebral (KOLYNIK, 2004).

Os seis princípios do Método Pilates são: concentração, consciência, controle, “centramento”, respiração, movimento harmônico. É uma técnica dinâmica que visa trabalhar força, alongamento e flexibilidade, preocupando-se em manter as curvaturas fisiológicas do corpo e tendo o abdômen como centro de força, o qual trabalha constantemente em todos os exercícios da técnica, que são realizados com poucas repetições (SACCO, 2005).

O principal objetivo do Pilates é restaurar o funcionamento ideal do corpo e pode ser usado como um exercício de condicionamento e como parte de um programa fisioterápico de reabilitação. Praticado regularmente, e da forma correta, o Pilates pode ajudar o praticante a alcançar muitos benefícios físicos e emocionais (DILLMAN, 2004).

Outro benefício que o método oferece é na correção da postura, pois as atividades são feitas levando a um alinhamento da coluna e o desenvolvimento de cada músculo da região, evitando uma série de disfunções decorrentes do mau posicionamento da coluna e dos ombros. O Pilates aumenta o tônus muscular de glúteos, costas, ombros; proporciona um abdômen liso e uma cintura bem delineada, consequentemente protegendo a coluna vertebral; oferece a tonicidade do músculo

sem que o praticante seja submetido a uma ginástica de alto impacto. Os exercícios trabalham alongamento, flexibilidade e aumento da mobilidade das articulações (APARÍCIO; PEREZ, 2005).

O método Pilates pode contribuir na redução do nível de dor, aumento da flexibilidade e manutenção da qualidade de vida em pessoas idosas (TOZIN, 2014). Além disso, mostrou-se uma ferramenta terapêutica eficaz no acréscimo da flexibilidade de atletas altamente propensos à diminuição dessa condição, tanto pela modalidade esportiva que praticam quanto pelo ciclo vital em que se encontram. É uma importante alternativa na prevenção e na recuperação de lesões desencadeadas pela diminuição do comprimento muscular (BERTOLLA, 2007).

Para os idosos, segundo Kopitzke (2007), os exercícios devem ser precedidos por uma densitometria óssea, e no caso de osteoporose os que incluem flexão da coluna são contraindicados. Já em pacientes que foram submetidos à artroplastia total do quadril, Levine e outros (2007) aconselham que a flexão de quadril seja limitada a 90º, a adução não ultrapasse a linha mediana e a rotação interna seja mínima.

Os estudos mostram que maior que as contraindicações são os cuidados que devem ser tomados. Segundo Mallery e outros (2003), a maioria dos pacientes que são proibidos de participar de programas de exercícios convencionais poderiam realizar os exercícios do Pilates, pois esses podem ser feitos no ritmo do paciente e com progressão proporcional ao desempenho apresentado.

O Método Pilates pode ser uma ferramenta eficaz para o fisioterapeuta na reabilitação, apresentando benefícios variados, quando aplicado de acordo com seus princípios, e poucas contraindicações, além do uso voltado ao fitness. A maioria das contraindicações não impede a aplicação do método, apenas exige algumas alterações e cuidados, enfatizando que o método seja individualizado. As indicações são muitas e variadas, podendo ser aplicado em populações especiais como: gestantes, idosos e atletas, além de em vários problemas ortopédicos (COMUNELLO, 2011).

3 METODOLOGIA

3.1 Pesquisa-ação

A pesquisa-ação tem sido utilizada no desenvolvimento de estudos em diversas áreas como: educação, política, agronomia, publicidade e propaganda, assim como na área organizacional, bancária e da saúde (FRANCO, 2005; SOMMER, 2003).

De acordo com Garrido (2005), um dos pressupostos da pesquisa-ação é que os indivíduos envolvidos compõem um grupo com objetivos e metas em comum, por isso percebe-se que, na ação, o agir está vinculado ao modo de ser e é possível identificar o que se é no que se faz, pois, as ações são práticas sociais e se constituem a partir da história de cada sujeito.

Com esta metodologia é possível testar teorias do comportamento humano no mundo real, dar feedback aos pesquisadores sobre a utilidade de seus trabalhos, e ensinar aos pesquisadores como conduzir pesquisas de campo (THIOLLENT, 2001).

Na área da saúde, esse tipo de pesquisa é utilizado em especial nos programas de saúde coletiva devido à significativa participação popular, torna-se um instrumento valioso, pois ocorre uma construção social de conhecimento, por meio da interação e cooperação dos atores (THIOLLENT, 2002).

Segundo Thiollent (2011) a pesquisa-ação compõe-se de doze fases que se sobrepõem e integram-se de forma muito maleável. Essas fases devem ser vistas como ponto de partida e de chegada, sendo possível, em cada situação, o pesquisador junto com os participantes, redefinir e adaptar de acordo com as circunstâncias da situação investigada.

A fase exploratória é um diagnóstico da realidade do campo de pesquisa, levantamento da situação e dos problemas. São estabelecidos os objetivos da pesquisa, interligando os problemas, campo de observação, atores e tipo de ação que se pretende focalizar.

A segunda fase é o tema da pesquisa, que deve interessar ao pesquisador e aos sujeitos investigados, para que todos desempenhem um papel eficiente no desenvolvimento da pesquisa. Nesse momento é escolhido um marco teórico para nortear a pesquisa.

A terceira fase é a colocação dos problemas. Nessa fase há discussão sobre a relevância científica e a prática do que será pesquisado.

A quarta fase é o lugar da teoria, no qual será feita a articulação do estudo com um referencial teórico, dando rigor científico à pesquisa.

A quinta fase são as hipóteses, que são suposições formuladas pelo pesquisador a respeito de possíveis soluções para um problema colocado na pesquisa, assumindo caráter de condução do pensamento.

A sexta fase é o seminário, que tem a finalidade de promover discussão e tomada de decisões acerca da investigação (definição de temas e problemas), constituir grupos de estudos, definir ações, acompanhar e avaliar resultados.

A sétima fase é o campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa. Pode abranger uma comunidade geograficamente concentrada ou dispersa.

A oitava fase é a coleta de dados. As principais técnicas utilizadas para a coleta de dados são a entrevistas coletiva ou individual, questionários convencionais, estudos de jornais e revistas.

A nona fase é a aprendizagem das ações investigadas, que envolve produção e circulação de informações, tomada de decisões, supondo uma capacidade de aprendizagem dos participantes. Essa capacidade é aproveitada e enriquecida, já que ocorre uma aprendizagem conjunta.

A décima fase é o saber formal e saber informal, em que se deve melhorar a comunicação entre os universos culturais, dos especialistas e o dos interessados. Há uma interação entre o saber prático e o teórico, que se funde na construção de novos conhecimentos. Busca-se a intercompreensão.

A décima primeira fase é o plano de ação que visa definir os atores, a relação entre eles, quem são os líderes, quais os objetivos e os critérios de avaliação da pesquisa, continuidade frente às dificuldades, quais estratégias serão utilizadas para assegurar a participação dos sujeitos, incorporação de sugestões e qual a metodologia de avaliação conjunta de resultados.

A décima segunda fase é a divulgação externa dos resultados da pesquisa aos participantes, divulgação dos resultados em eventos, congressos, conferências e publicações científicas.

As áreas em que se prevê o desenvolvimento de educação popular ou de uma determinada comunidade, a metodologia em questão mostra-se como uma

estratégia que atende as necessidades dos sujeitos e do pesquisador no alcance dos objetivos planejados nas pesquisas (GRITTEM, 2008).

As fases da pesquisa ação contextualizadas a este trabalho estão apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Fases da pesquisa-ação contextualizadas a este trabalho

Fase exploratória.	Foi feito o diagnóstico da realidade do campo de pesquisa, o levantamento da situação e dos problemas. Foram estabelecidos os objetivos da pesquisa.
Segunda fase	Foi escolhido o tema da pesquisa. Foi decidido que o principal marco teórico seria qualidade de vida dos idosos.
Terceira fase	O problema seria como o pilates pode melhorar a qualidade de vida dos idosos.
Quarta fase	Correspondeu à pesquisa bibliográfica e leitura de artigos e livros.
Quinta fase	As hipóteses básicas foram: A prática de pilates pode melhorar a qualidade de vida de idosos. Alguns exercícios de pilates são mais indicados para idosos.
Sexta fase	Consistiu em discussões com a orientadora e tomada de decisões acerca da investigação.
Sétima fase	Foi decidida a amostragem e decidido utilizar os dados de 81 avaliações dos arquivos, realizadas em uma clínica de Pilates e Fisioterapia entre os anos de 2006 a 2016, para traçar um perfil dos idosos da amostra selecionada.
Oitava fase	Foi feita a coleta de dados das 81 avaliações.
Nona fase	Correspondeu à análise dos dados e tomada de decisões.
Décima fase	Consistiu de preenchimento de questionário e análise dos dados para avaliação da qualidade de vida de idosos atualmente praticantes de pilates.
Décima primeira fase	Consistiu dos estudos relativos à escolha dos exercícios de pilates mais indicados para os idosos da amostragem.
Décima segunda fase	Consistiu da elaboração, produção, divulgação, avaliação e otimização do vídeo de divulgação da importância e prática de pilates para idosos, que é o produto desta dissertação.

Fonte: elaborado pela autora

3.2 Amostragem por conveniência

Neste trabalho foi utilizada a amostragem por conveniência. A amostragem conveniente consiste na utilização daqueles pacientes disponíveis na população acessível e é amplamente empregada na pesquisa clínica devido a vantagens logísticas e custos. Apresenta como desvantagem a possibilidade de selecionar indivíduos não representativos da população alvo (LUNA, 1998).

Luna (1998) ainda afirma que a amostragem por conveniência pertence ao grupo das amostras não probabilísticas que são mais práticas que as amostragens probabilísticas; porque nessas os testes estatísticos são baseados na pressuposição que as amostras utilizadas foram probabilísticas, o objetivo de uma amostragem não probabilística é produzir um fac-símile de uma amostra probabilística para a pergunta da pesquisa. Principais tipos de amostragem não probabilística são: amostragem consecutiva e amostragem conveniente.

A amostragem por conveniência é destituída de qualquer rigor estatístico, onde o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam representar um universo (estudos exploratórios ou qualitativos) (LEVY; LEMESHOW, 1980; LWANGA; LEMESHOW, 1991).

A amostragem por conveniência é adequada e frequentemente utilizada para geração de ideias em pesquisas exploratórias, principalmente (OLIVEIRA, 2001). Podem ser facilmente justificadas em um estágio exploratório da pesquisa, como uma base para geração de hipóteses e insights e para estudos conclusivos nos quais o pesquisador aceita os riscos da imprecisão dos resultados (KINNEAR; TAYLOR, 1987).

Segundo Aaker e outros (1995), uma vez que esse procedimento consiste em simplesmente contatar unidades convenientes da amostragem, é possível recrutar respondentes tais como estudantes em sala de aula, mulheres no shopping, alguns amigos e vizinhos, entre outros e esse método também pode ser empregado em pré-testes de questionários.

3.3 Levantamento de dados

Neste estudo foram selecionadas 81 avaliações dos arquivos, realizadas em uma Clínica de Belo Horizonte entre os anos de 2006 a 2016. As avaliações eram de pacientes de 60 anos ou mais que iniciaram a atividade de Pilates na clínica, sendo 19 avaliações de homens e 62 de mulheres.

As avaliações selecionadas foram as que tinham uma anamnese completa e realizada pelo mesmo avaliador. Essas avaliações continham as perguntas: por qual motivo você procurou o Pilates? / Você sente alguma dor e onde? / Pratica alguma atividade física e qual? / Você tem alguma doença crônica?

Foram analisados no banco de dados da clínica o tempo em que cada paciente permaneceu matriculado realizando a atividade Pilates.

Os dados foram tabelados para análise de variáveis relacionadas à qualidade de vida dos idosos praticantes de Pilates da clínica.

Em seguida foi aplicado um questionário (Apêndice A), sobre qualidade de vida, baseado nas ideias de Pierre Dansereau, explicado na página 25, em 10 indivíduos, sendo 9 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, com idade entre 50 a 65 anos. O questionário consta de 8 perguntas sobre como o indivíduo se considera perante o mundo.

3.4 Clínica

A clínica existe desde 2006 e está localizada na Savassi, região centro-sul de Belo Horizonte – MG. A clínica atende pacientes de todas as idades, tendo seu maior foco em pacientes idosos.

De acordo com o Censo 2010, a população da Savassi é de 11.772 habitantes, sendo que a população masculina representa 5.121 habitantes e a população feminina 6.651 habitantes. Além disso, os números demonstram que 3,2% dos habitantes têm 0 a 4 anos, 9,6% tem 0 a 14 anos, 72,6% tem 15 a 64 anos e 17,8% tem 65 anos ou mais (POPULAÇÃO.NET, 2018). Podemos concluir que, na Savassi, existem mais idosos do que jovens.

A clínica localiza-se próximo a uma agremiação desportiva e social com extensa área para esportes olímpicos, incluindo natação, vôlei, tênis, judô, basquete,

futsal, entre outros. Essa proximidade com os esportes favorece a adesão dos moradores da região.

A clínica tem como atividade principal o Pilates. Ainda oferece serviços de estética, acupuntura, treinamento funcional e fisioterapia para reabilitação. Os profissionais são todos fisioterapeutas formados e especializados.

Há 12 anos na mesma localização, a clínica tornou-se referência para o bairro. Os pacientes se fidelizaram e permanecem por longos períodos em atividade e suspendem as atividades, em sua maioria, apenas em período de viagens ou tratamento médico.

3.5 Videoaula (O produto)

Para explicar como deve ser uma intervenção ao idoso em uma aula de Pilates, buscando melhora da qualidade de vida, foi elaborada uma videoaula, que é uma aula gravada e distribuída em forma de vídeo. Explica sobre os alongamentos para melhora da postura e mobilidade do idoso, além de exercícios de fortalecimento, equilíbrio e coordenação para melhora da independência. Uma paciente da clínica participou voluntariamente do vídeo. Ela não tem queixas de dores, mas apresenta artrose nos dois joelhos e coluna lombar.

O vídeo foi gravado por meio de uma câmera de celular, depois editado no programa Windows Movie Maker®, no qual foram incluídas as músicas e os dizeres. Ele apresenta as atividades de forma original quando se comparadas à realidade, para reforçar o conteúdo didático. Depois de pronta, a videoaula foi publicada no YouTube® à disposição de quem quiser assisti-la.

Os motivos que justificam a adoção do YouTube® são: (i) Acesso gratuito, sem necessidade de login por parte do usuário; (ii) Possibilidade de incorporar o vídeo em qualquer outra ferramenta ou site; (iii) Alta performance de exibição do vídeo, controlando automaticamente a melhor resolução para cada pessoa que esteja assistindo; (iv) Sugestão automática dos vídeos a interessados, mesmo que estes não estejam procurando por este vídeo. Esta sugestão é feita ao final de cada vídeo que o usuário assistir, utilizando um algoritmo próprio do canal; (v) Possibilidade de monetizar os vídeos através de publicidade; (vi) Integração nativa com o Google Analytics® que fornece estatísticas detalhadas de acesso ao canal.

(RAABE; BERNARDES; JUNIOR, 2014). O canal está disponível no endereço <https://www.youtube.com/watch?v=TzdvlkP3fbQ>.

Após a publicação, foi criado um questionário utilizando a ferramenta Google Formulários® com dez perguntas sobre a qualidade da videoaula, seu entendimento e aplicabilidade. As opções de resposta eram sim ou não.

A videoaula e o questionário foram enviados por e-mail para 10 fisioterapeutas formados, que responderam às seguintes perguntas: Você achou razoável o tempo de duração da videoaula? Você achou que o tamanho da fonte (letras) está adequado? Você achou boa a qualidade dos áudios da videoaula? Você considera que as imagens apresentadas na videoaula são claras de serem interpretadas? Você achou de fácil compreensão a fala do narrador da videoaula? Você achou pertinente as colocações do narrador? Você achou coerente os exemplos de exercícios apresentados na videoaula? Você sentiu confiança nas informações da videoaula? Você recomendaria esta videoaula para outras pessoas?

Os questionários foram analisados pelo próprio Google Formulários® e apresentados os gráficos das respostas. Os dados foram transformados em tabela para simplificação.

Carvalho e Gonçalves (2000) explicam que “as imagens do vídeo causam impacto e falam por si mesmas”.

Os materiais didáticos para ensino à distância são importantes para a transmissão do conteúdo, sendo que a sua produção envolve processos que seguem um fluxo bem definido, pois o foco está sempre na qualidade do material. (SPANHOL, 2009).

O processo de produção de uma videoaula é composto de 3 fases, que foram seguidas neste trabalho: A fase de pré-produção, que consiste na preparação, planejamento e projeto do vídeo a ser produzido. Essa etapa abrange todas as demais atividades que serão realizadas, desde a concepção da ideia inicial até a filmagem. A fase de produção é a etapa na qual são feitas as filmagens das cenas que compõem o vídeo. E a fase de pós-produção recobre todas as atividades até então realizadas para a finalização do vídeo quando é feita a edição e a organização das tomadas gravadas para a composição das cenas do vídeo como um todo (VARGAS et al. p. 3, 2007).

Para Spanhol (2009), a introdução do vídeo previamente gravado e com linguagem audiovisual adequada permite não só mostrar a imagem do professor,

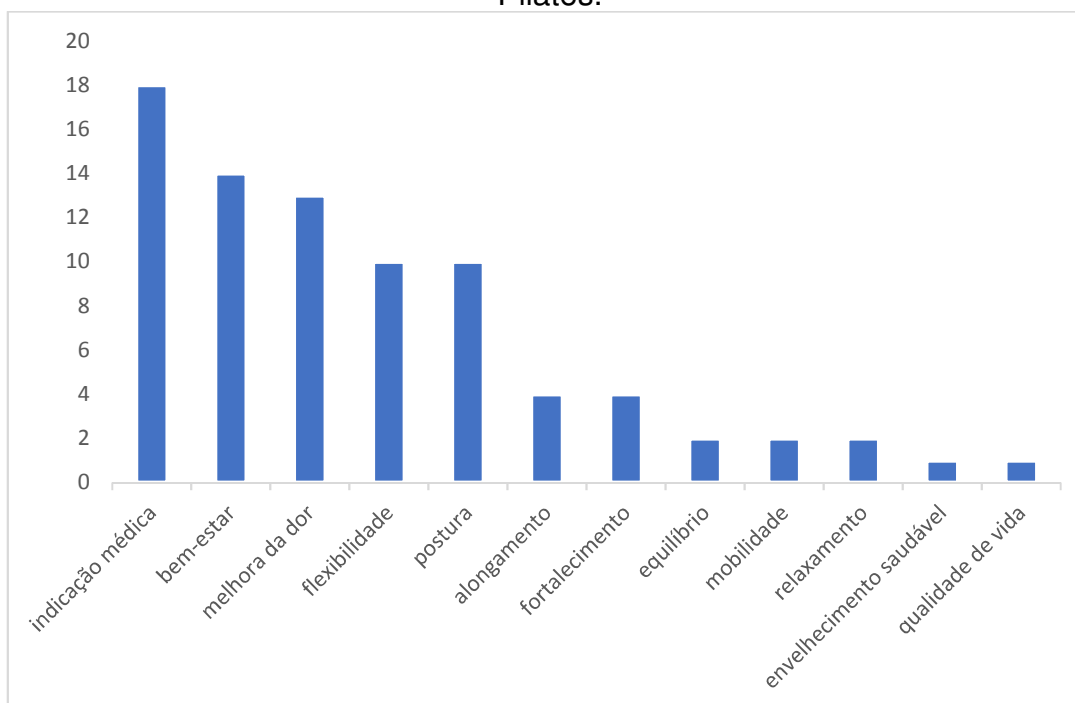
como também exemplificar conteúdos com riqueza de detalhes e informações promovendo assim, uma maior compreensão do aluno sobre os conteúdos das aulas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Análise de dados das avaliações realizadas em uma clínica de Belo Horizonte entre os anos de 2006 a 2016.

De acordo com o Gráfico 1, 18 pacientes (22%) procuram o Pilates por indicação médica, e o restante da amostra (78%) por objetivos relacionados à melhoria da qualidade de vida.

Gráfico 1: Motivo pelo qual os pacientes idosos – acima de 60 anos – procuram pelo Pilates.



A maioria dos pacientes analisados neste estudo associou o Pilates aos benefícios que ele pode oferecer, tendo uma visão positiva sobre os seus resultados. As respostas à pergunta “por qual motivo você procurou o Pilates?” nos levam a pensar sobre o quanto os idosos querem ser mais saudáveis e independentes.

Embora no gráfico a indicação médica tenha sido o maior motivo pela procura do Pilates, ao se avaliar os demais motivos percebe-se uma correlação de resultados positivos desejados.

Assim como os resultados deste trabalho, em um estudo demográfico com a finalidade de traçar o perfil do idoso da região nordeste do Rio Grande do Sul, Herédia e outros (2000) concluíram que, para o idoso, a saúde tem valor maior, e que com ela depende boa parte de sua renda, portanto, pensar a saúde de forma preventiva torna-se uma necessidade. Hábitos saudáveis, ou seja, dietas adequadas, atividades físicas e mentais, sono; vida organizada; avaliação dos fatores de risco para o desenvolvimento das doenças comuns da velhice; diagnósticos precoces; campanhas de conscientização e esclarecimento sobre doenças; informações sobre serviços prestados e outros, são medidas que levam a um envelhecimento saudável com qualidade de vida (HERÉDIA et al. 2000).

Géis (2003), também corrobora com os resultados desta pesquisa. Ele diz que o âmbito da atividade física para os idosos está centrado em quatro itens que são definidos nos seguintes termos: prevenção, manutenção, reabilitação e recreação. Qualquer pessoa, independentemente da idade, que realize atividade física, o faz com um desses objetivos, ou para melhorar e manter a saúde, ou para sentir-se bem, ocupar o tempo livre, o que redundará em um melhor bem-estar psíquico. Realizando atividade física é atingida uma melhora física, psíquica e sócio afetiva. Tudo isso faz com que a qualidade de vida melhore (GÉIS, 2003).

Mediondo e Bulla (2002) lembram que, envelhecer saudavelmente faz parte de um amplo processo de aprendizagem, porque a velhice está condicionada por normas e costumes que influenciam as diversas formas de agir dos sujeitos e que aprender a envelhecer é um processo que não começa depois dos 60 anos (MEDIONDO; BULLA, 2002).

Berlezi e outros (2006), assim como neste estudo, propõem que a aptidão física, quando relacionada à saúde, envolve componentes associados ao estado físico, psicológico e social, seja nos aspectos de prevenção e redução dos riscos de doenças, como também pela maior disposição para as atividades de vida diária. Em um estudo para avaliar as condições físicas de mulheres com mais de 60 anos de idade, mostrou-se que a atividade física regular favorece positivamente o desempenho físico, mesmo em idades acima de 60 anos, concluindo que há necessidade de programar, junto aos grupos de atividades físicas para a terceira idade, atividades planejadas, estruturadas e repetitivas que respeitem as individualidades, frequência e intensidade adequada, que são os princípios do treinamento físico.

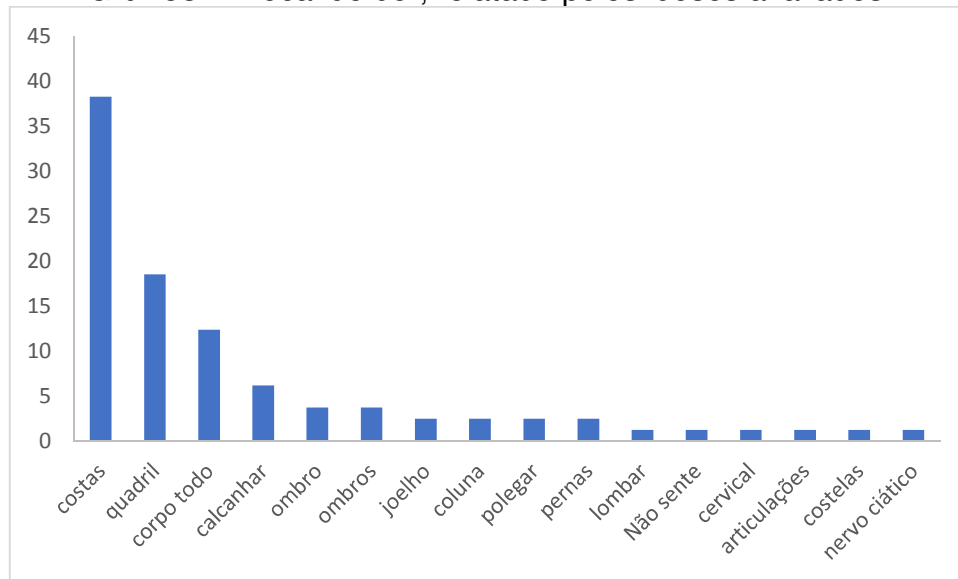
Os resultados desse estudo demonstram a importância que os idosos veem na independência funcional, já que apresentam como objetivos força, flexibilidade, postura, mobilidade, equilíbrio.

Segundo Curi (2009), para o idoso, as questões relacionadas aos níveis de independência são mais complexas e atingem um ponto crucial na condição humana que é a dignidade, não é o tempo cronometrado para a realização das atividades da vida diária que determina o quão dependente o idoso está, mas sim a segurança com que este indivíduo realiza as suas tarefas cotidianas.

A qualidade de vida inclui, portanto, aspectos relacionados com a saúde, o bem-estar físico, funcional, emocional e mental, mas também fatores sociais como o relacionamento com amigos, familiares e colegas de trabalho (TSUKIMOTO et al. 2006).

Mesmo se tratando principalmente da melhoria das condições de saúde, os idosos analisados neste estudo também querem ficar livres das dores, que, na maioria das vezes, podem incapacitá-los à realização de algumas tarefas.

De acordo com o Gráfico 2, a dor nas costas tem maior ocorrência dentre as outras. Analogamente, o termo dor nas costas refere-se as algias vertebrais. Mercúrio (1997), diz que a lombalgia é o termo genérico para dores na altura da coluna vertebral lombar, dorsalgia para dores na coluna dorsal e torácica, cervicalgia para dores na coluna cervical e cocçalgia para dores no cóccix. O termo dor nas costas é mais conhecido popularmente e mais fácil de ser explicado pelo paciente leigo.

Gráfico 2: Local de dor, relatado pelos idosos avaliados.

A dor nas costas foi a resposta mais encontrada quando perguntados: você sente alguma dor? E onde?

Podemos observar que diversas regiões do corpo foram relatadas pelos pacientes avaliados, porém a dor nas costas consta a maior queixa e ainda podemos acrescentar como queixa de dor nas costas os itens dor lombar, quadril, coluna e nervo ciático.

Predominantemente no idoso, a dor lombar tem início insidioso, e é causada pela degeneração de estruturas da coluna vertebral, inerente ao processo de envelhecimento, que gera alterações nas partes ósseas (achatamento dos corpos vertebrais e perda de massa óssea, o que poderá predispor a fraturas), além de modificações discais e ligamentares da coluna vertebral (CASTRO, 2000).

A dor lombar é uma importante causa de incapacidade, ocorrendo em prevalências elevadas em todas as culturas e influenciando a qualidade de vida das pessoas (EHRLICH, 2003).

Para Moraes (2003), a prevalência da dor lombar aumenta gradativamente com a idade, isso se deve às alterações degenerativas, a sobrecargas no trabalho e à perda de massa muscular, dentre outras causas, refletindo um efeito cumulativo. A maior prevalência de lombalgia ocorre em países industrializados (60% a 80%), em diferentes idades, com maior frequência (13% a 49%) em indivíduos com mais de 65 anos de idade (MORAES, 2003).

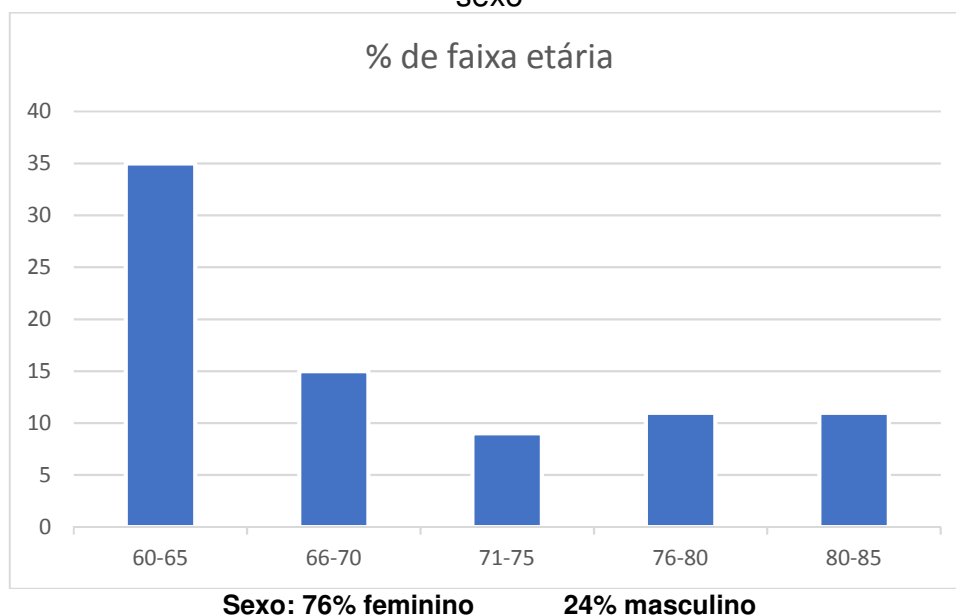
De acordo com Cecin (1997), a eficiência biomecânica do disco intervertebral diminui com o envelhecimento, devido à sua desidratação e ao aumento do estresse mecânico, comprometendo a integridade desse verdadeiro amortecedor de choques e predispondo-o à herniação. Concomitantemente, as alterações ósseas decorrentes do processo de envelhecimento, juntamente com desordens estruturais e desvios mecânicos, tornam as patologias degenerativas o principal fator etiológico das lombalgias na fase senil, sendo a osteoartrose o maior motivo de consultas médicas (TOSATO, 2006).

A dor lombar crônica pode levar a deficiências tanto no desempenho funcional quanto na capacidade física, restringindo principalmente as atividades ocupacionais e de lazer e ameaçando a independência do idoso para realizar suas atividades de vida diária (AVDs) (SILVEIRA et al. 2010).

A preocupação do idoso em manter sua capacidade funcional tornou-se cada vez mais antecipada, além disso, as mulheres ainda apresentam maior interesse em manter sua vida ativa.

O Gráfico 3 mostra que o sexo feminino é maioria na busca pelo Pilates e que os idosos que mais procuram pelo método estão entre 60 a 65 anos, na população amostrada.

Gráfico 3: Quantidade de pessoas que procuram o Pilates de acordo com idade e sexo



A OMS (2011) considera meia-idade sujeitos de 45 a 59 anos, idosos de 60 a 74 anos, anciãos de 75 a 89 anos e velhice extrema, 90 anos ou mais.

No Brasil, de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (2010), são considerados idosos jovens aqueles que têm entre 60 e 70 anos de idade; medianamente idosos a partir de 70 até 80 anos; e muito idosos acima de 80.

Nesse contexto, surgem alguns questionamentos. Idosos jovens têm qualidade de vida melhor que os muito idosos? Em que aspectos diferem na avaliação da qualidade de vida? Qual o impacto do número de comorbidades sobre a qualidade de vida de idosos? A qualidade de vida dos idosos foi considerada boa e a comparação entre o grupo jovem e muito idoso mostrou que a qualidade de vida não parece decair com a idade (MAUÉS, 2010).

Assim como neste estudo, embora a maioria dos pacientes sejam idosos jovens, os medianamente idosos e os muito idosos também buscam por melhoria da qualidade de vida. Talvez o número seja maior nos idosos jovens, pela maior independência na tomada de decisões.

No entender de Damásio (2012), o processo de decisão supõe que o indivíduo conheça: (a) a situação que requer determinada decisão, (b) as distintas possibilidades de ação, e (c) as consequências imediatas e futuras de cada uma destas ações. Assim como Denburg, Tranel e Bechara (2005) observaram que

idosos exibiriam uma tomada de decisões prejudicada quando comparados aos jovens.

Além disso, o medo da morte pode interferir de forma negativa na qualidade de vida do idoso, sendo gerador de ansiedade e impedindo-o de executar determinadas tarefas, que anteriormente, lhe conferiam satisfação (KOVÁCS, p. 17, 1992).

Outro resultado observado foi a maior procura feminina pelo método Pilates, ressaltando que, várias são as hipóteses sobre a longevidade da mulher, entre elas: maior preocupação e mais cuidados em relação às doenças e à prevenção da saúde, padrões de comportamentos e estilo de vida mais saudável.

Constatamos neste estudo a prevalência do sexo feminino na população da Savassi, onde foi realizado o estudo. O total de habitantes é de 11.772 habitantes, sendo que a população masculina representa 5.121 habitantes e a população feminina 6.651 habitantes (POPULAÇÃO.NET, 2018).

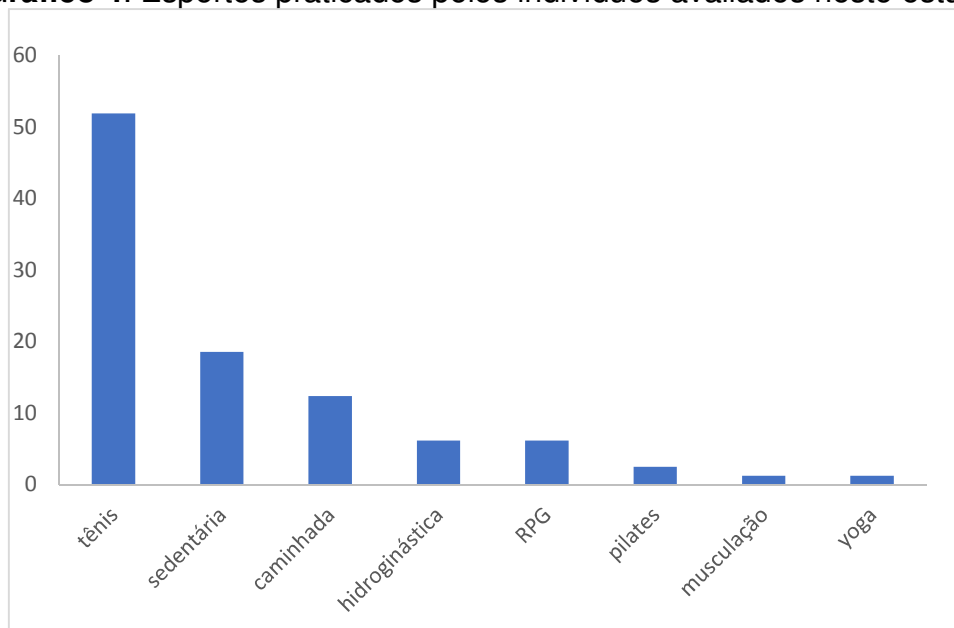
O estudo de Alves e outros (2011) constataram que as práticas preventivas, por variados motivos, sejam elas de ordem estrutural e/ou cultural, não fazem parte do cotidiano da população masculina. De maneira geral, perceberam que os homens estão presos a concepções machistas e hegemônicas de que compõem um grupo invulnerável e forte, e que os cuidados preventivos são preciosismos tipicamente femininos. As diferenças mais significativas revelam as dificuldades em transpor medo/timidez/vergonha para procurarem os serviços de saúde (ALVES et al. 2011).

Um dos motivos para a maior procura de atividade pelo universo feminino seria a predominância de dor nas mulheres com idade mais avançada. Isso se relaciona, entre outros motivos, ao fato de as doenças letais atingirem mais precocemente os homens, assim, as mulheres, por terem maior longevidade, passam a sofrer com patologias crônicas, e em especial as musculoesqueléticas (NERI, 2007).

Outro aspecto que pode incentivar as mulheres à procura pelo Pilates pode ser pelo fato das mulheres sofrerem algumas desvantagens físicas em relação aos homens. A força muscular e a constituição física (menor estatura, menor massa muscular e óssea, além de maior fragilidade articular e maior peso em gordura) diminuem a adaptabilidade feminina a esforços físicos e repetitivos (SILVA, 2004), dessa maneira elas buscam por uma atividade com intuito de se equipararem aos homens.

Além do Pilates, os indivíduos foram questionados sobre outras atividades físicas realizadas. O Gráfico 4 demonstra que o esporte mais praticado dentre os indivíduos deste estudo é o tênis. A clínica localiza-se próximo à uma agremiação esportiva, que dispõe de quadras para prática do esporte.

Gráfico 4: Esportes praticados pelos indivíduos avaliados neste estudo



O jogo de tênis é uma modalidade esportiva que proporciona lazer, oferece possibilidades de educar o corpo ao longo da vida. Para começar a praticar tênis não existe uma idade pré-determinada, em qualquer fase, é possível tomar a decisão, obtendo satisfação física, mental e social (STUCCHI, 2007).

O jogo é fonte de saúde, qualidade de vida e bem-estar. Jogar tênis tem se transformado num amplo campo de estudo a fim de descobrir as características e exigências físicas, fisiológicas, psicológicas, técnicas e nutricionais. A associação dos movimentos corporais e a combinação de tarefas motoras com o transporte e manuseio da bola e da raquete deverá acarretar um sincronismo perfeito de três importantes elementos: sujeito, bola e raquete (STUCCHI, 2007).

Dentre os esportes, os praticantes de tênis permanecem jogando por muitos anos, mostrando uma boa aderência, além disso, no tênis é possível selecionar um parceiro com quem jogar num nível de esforço completamente apropriado à idade. Muitos adultos e idosos, provenientes dos esportes coletivos, que aderem à prática do tênis, veem na prática individual uma possibilidade de não ter riscos de uma

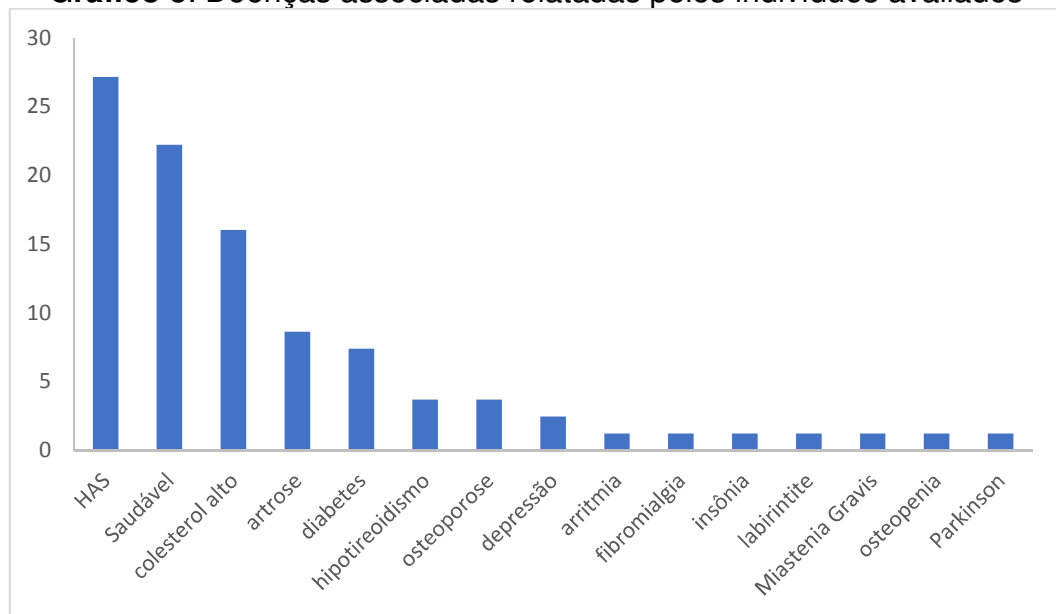
colisão corporal que venha impedir ou limitar sua capacidade funcional para exercer as atividades da vida diária e/ou profissionais (CASTRO, 2009).

A prática de atividade física é importante em todas as idades. As dimensões motivacionais apontadas por Balbinotti (2004) que fazem parte da Teoria da Autodeterminação – TAD, em relação à prática de atividades físicas e esportiva são as seguintes: 1) Controle do estresse, uma forma de controlar a ansiedade e o estresse da vida cotidiana. 2) Saúde, como padrão de comportamento que afeta positivamente a saúde. 3) Sociabilidade como fator que melhor pode explicar a participação dos indivíduos em atividades esportivas no convívio com os amigos e na obtenção de novas amizades. 4) Competitividade relacionadas a aspectos da personalidade das pessoas envolvidas em situações competitivas (prazer de competir, desejo de lutar pelo sucesso na competição). 5) Estética relacionado à busca de um modelo de corpo, onde o esporte e a atividade física assumem um importante papel na construção e manutenção desta imagem. 6) Prazer relacionado a obtenção dos benefícios físicos e psicológicos da prática (BALBINOTTI, 2004).

Um estudo com uma amostra de 49 idosos participantes de programas regulares de tênis demonstrou que a prática do tênis parece oferecer todas as condições de alcançar os objetivos de aderência e permanência de pessoas idosas. É uma atividade física que trabalha o corpo como um todo: cognitivo, motor e social, cujo tempo de adesão e prática não tem limites, ao contrário de outros esportes que limitam a permanência na prática, pelos declínios que advêm com o envelhecimento (CASTRO, 2009).

Para Castro (2009), os tenistas também gozam de boa saúde, admitem que a prática do tênis melhorou sua saúde e têm baixa prevalência de doenças. Como fatores de motivação para a prática do esporte, foi verificado que as principais dimensões foram a sociabilidade, a saúde e o prazer pela prática. As dimensões estéticas, competitividade e controle de estresse foram menos importantes para a motivação no grupo pesquisado.

Outra pergunta importante realizada nas avaliações salienta a presença de doenças associadas. Os pacientes responderam com suas próprias palavras como representado no Gráfico 5.

Gráfico 5: Doenças associadas relatadas pelos indivíduos avaliados

Apesar do processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades, as doenças crônico-degenerativas são frequentemente encontradas entre os idosos (ALVES et al. 2007), o que está relacionado com a maior incapacidade funcional.

Para Chaimowicz (1998), a presença de hipertensão arterial sistêmica (HAS) aumenta em 39% a chance de o idoso ser dependente nas atividades de vida diária, a doença cardíaca aumenta em 82%, a artropatia em 59% e a doença pulmonar em 50%.

No envelhecimento usual, além de alterações biológicas, observamos o aumento da prevalência de doenças crônicas que se originam do acúmulo de danos, ao longo da vida, oriundos, sobretudo da interação entre fatores genéticos com hábitos não saudáveis, como uma dieta desbalanceada, tabagismo, etilismo e sedentarismo. Dentre as patologias associadas à idade, a doença cardiovascular é uma das principais representantes do cenário usual de doenças associadas ao envelhecimento (GOTTLEB, et al. 2007).

Para Brunello (1998), as doenças crônicas mais comuns em idosos são as respiratórias, condições coronárias avançadas, debilidade renal, doenças cardiovasculares, artrite, distúrbios emocionais ou psicológicos como ansiedade ou depressão e endócrinas como a diabetes tipo dois.

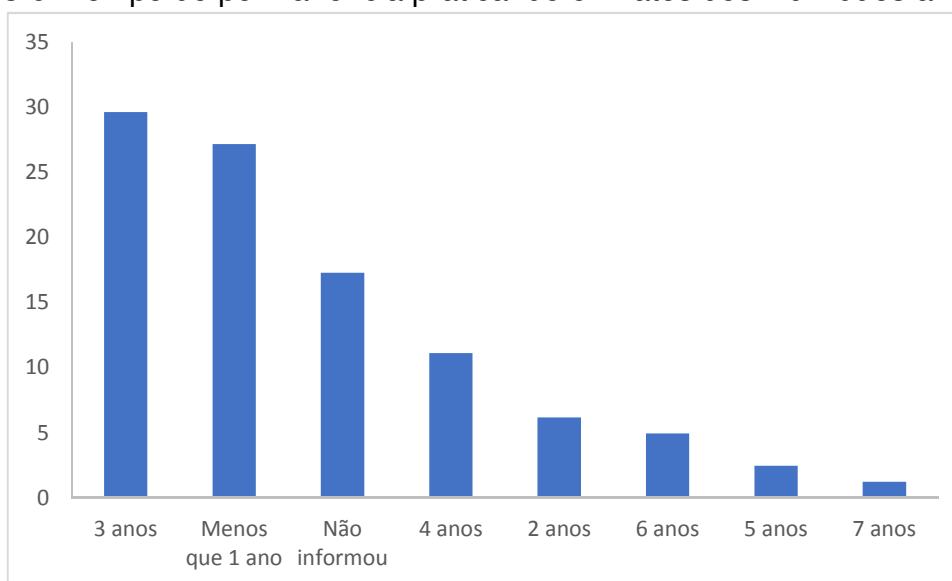
O resultado apresentado está de acordo com o estudo de Zaitune e outros (2006), onde a prevalência de HAS foi de 51,8% (46,4% nos homens e 55,9% nas mulheres) em idosos de Campinas, São Paulo, Brasil.

No Brasil, a prevalência da HAS varia de 22,3% a 43,9% e os dados epidemiológicos nacionais e internacionais demonstram que a elevação da pressão arterial (PA) está intimamente relacionada ao processo de envelhecimento, principalmente os valores da pressão sistólica (FRANKLIN, 2005).

A proposta do estudo de Barroso (2008) foi avaliar, comparativamente, os idosos portadores de HAS, no qual se concluiu que programas de atividades físicas supervisionados podem ser úteis na implementação do tratamento não farmacológico HAS e que, nessa amostra, a associação dos exercícios aeróbios com os resistidos e de flexibilidade se mostrou segura, apontando para mais uma opção na prescrição do exercício nos indivíduos com este perfil.

Um estilo de vida fisicamente ativo reduz os riscos de doenças crônicas incluindo hipertensão, derrame, câncer, diabetes tipo dois, osteoporose, osteoartrite e depressão. (NOTHWEHR, 2001).

De acordo com o Gráfico 6, a maioria dos pacientes deste estudo mantem uma permanência de 3 anos seguidos praticando Pilates e uma quantidade pequena adota esta atividade por muitos anos.

Gráfico 6: Tempo de permanência praticando o Pilates dos indivíduos avaliados

O engajamento em atividade de grupo tem mostrado mudanças no comportamento dos idosos, principalmente, no círculo de amizade, que é ampliado, contribuindo assim, para romper situações de solidão (VICTOR et al. 2007).

Para Nunomura (1998), existem 4 possibilidades de comportamentos frente à adoção da prática do exercício físico, sendo estas: (1) Adoção: Crença dos benefícios proporcionados pelo exercício à saúde, é provável que a motivação esteja mais relacionada ao bem-estar. (2) Manutenção: mais automotivados, estabelecendo as suas próprias metas, têm apoio familiar, a adesão está mais relacionada às sensações de bem-estar e prazer, não percebem inconveniência nos exercícios. (3) Desligamento: falta de tempo, e a inconveniência, falta de motivação, fatores situacionais, ocorre em maior número nos que tem histórico de inatividade ou baixas capacidades físicas e motoras. (4) Retomada da atividade: melhor habilidade de administração do tempo, sensação de controle e autoconfiança, metas mais flexíveis e pensamento positivo.

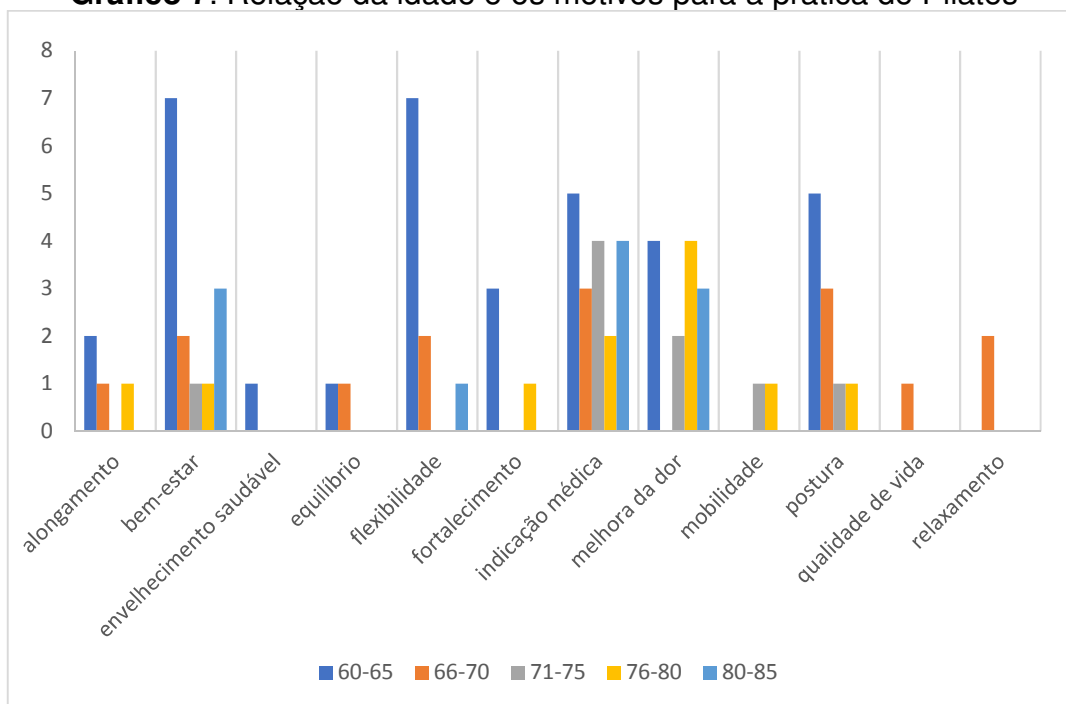
Todo esse processo depende de fatores internos e externos aos indivíduos. Para detectar tais fatores, Weinberg e Gould (2001) estudaram os motivos de adesão e desistência da prática de atividade física, e apontaram como razões para se exercitar: • Controle do peso corporal: tendência da valorização social da magreza e preocupação com a aparência. • Queda do risco de hipertensão: pesquisas evidenciam que exercícios regulares contribuem para a prevenção de doenças cardiovasculares, portanto, acontece a busca do indivíduo em virtude da

informação obtida, ou por recomendação médica. • Queda do estresse e da depressão: devido ao aumento de indivíduos com transtornos de ansiedade e depressão, as pessoas procuram atividade física também por obtenção de informação ou recomendação médica para prevenção ou tratamento de ambos. • Satisfação: este aspecto é mais ligado à manutenção. O indivíduo precisa divertir-se ao executar a atividade • Construção da autoestima: realização de algo que imaginavam não poderem fazer; reconhecimento de outras fontes e pessoas gera aumento da autoestima. • Socialização: combate à solidão, aquisição de novas amizades, apoio social uns dos outros (WEINBERG; GOULD, 2006).

Weinberg & Gould (2006) também descreveram aquilo que as pessoas apresentaram como desculpas para não se exercitar: • Falta de tempo: exames minuciosos revelam que essa seria uma questão de prioridades. Programas de atividade física atraentes podem derrubar este fator. • Falta de energia: parece ser mais mental do que física, devendo ser um motivo a mais para a prática a partir do conhecimento de benefícios. • Falta de motivação: esse fator é a soma dos dois anteriores, isto é, o cansaço com a dedicação do tempo a outras atividades.

Santos (2009) teve por objetivo verificar quais os motivos de adesão à atividade física dos indivíduos de 40-60. Constatamos que os motivos de interrupção e a quantidade de interrupções variam de acordo com os indivíduos, as prioridades estabelecidas por esses, a capacidade de organização do tempo disponível, o local, a situação socioeconômica, entre outros. Já a motivação para continuar a prática varia de acordo com a idade e atividade física executada, porém os motivos iniciais de adesão são os mesmos, variando a ordem destes: ordem médica; lazer e qualidade de vida; estética; saúde (ou condicionamento físico). A maior parte dos indivíduos citou dois ou mais motivos. O prazer da prática é uma forte influência para a manutenção dessa.

O Gráfico 7 mostra que pacientes idosos, com idade entre 60-65 anos, em sua maioria, procuram o Pilates com objetivos voltados para bem-estar, flexibilidade, postura. Em contrapartida, os idosos com idade a partir de 70 anos, têm como principal motivo realizar atividade física por indicação médica e melhora da dor.

Gráfico 7: Relação da idade e os motivos para a prática de Pilates

Conceitos errôneos interferem na experiência dolorosa no idoso, por explicarem como consequência natural e esperada idade. Ainda, observa-se que muitos idosos acreditam nesse conceito e não procuram ajuda, mesmo quando a dor se torna insuportável (GOLD; ROBERTO, 2000). Talvez seja esse o motivo de poucos idosos jovens procurarem pela atividade para melhoria da dor.

A recomendação médica foi destaque entre os principais motivos que influenciaram o idoso a participar de programas de exercícios físicos (CASTRO et al. 2009).

Já no estudo de Castro (2010), a indicação médica não foi o aspecto mais importante para justificar a manutenção dos indivíduos na prática de exercícios físicos. Esse resultado sugere que a recomendação médica parece não preponderar para justificar a permanência dos indivíduos nas práticas de exercícios físicos.

Segundo Matsudo (2000), as perdas anuais de fibras musculares apontadas pela literatura são de 0,7% no tamanho das fibras do tipo II e de 1% na agilidade, o que implica na agilidade corporal dos idosos (MATSUDO, 2000). Isso justifica a procura de mobilidade dos idosos acima de 70 anos ou mais.

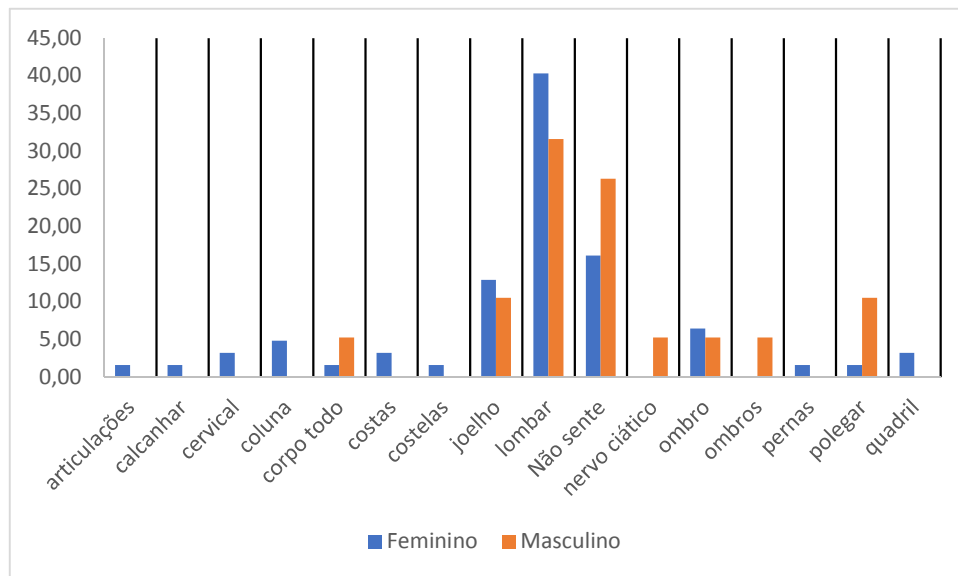
Dados apresentados por Andrade e outros (2012), com mulheres praticantes de atividade física de 30 a 73 anos de idade, evidenciaram que existe um decréscimo do desempenho neuromotor com o decorrer dos anos, sendo que essa

perda mostrou ser maior nas variáveis de agilidade e força dos membros inferiores do que na força dos membros superiores. Essa consequência da idade pode levar os idosos jovens buscar por melhora do equilíbrio.

De acordo com os efeitos do envelhecimento na força muscular explicado por Matsudo (2000), existe um declínio da força de 10-15% por década, a partir dos 50 anos de idade, e uma redução na velocidade de contração muscular. (MATSUDO, 2000).

Em um estudo realizado por Maués e outros (2010), observou-se boa qualidade de vida na população de idosos entre 60-70 anos e idosos acima de 85 anos. A comparação entre os grupos mostrou que a qualidade de vida não parece decair com a idade.

Como podemos observar, o Gráfico 8 demonstra que as mulheres têm queixas de dor em mais regiões que os homens e que a dor lombar e nos joelhos se apresentam como as queixas mais relatadas por ambos os gêneros, embora um dos percentuais não relate dor em nenhuma região.

Gráfico 8: Relação do gênero com a região de dor relatada pelos indivíduos

Assim como neste estudo, em um estudo de Dellaroza (2007), o qual utilizou uma amostra de 529 idosos acima de 60 anos, foi possível identificar relação entre dor lombar e dor nos membros inferiores, sintomas de enfermidades crônicas relacionadas ao sistema locomotor, como condição de alta prevalência na população feminina idosa.

Para Rudy (2007), em seu estudo com mulheres idosas, a dor lombar foi associada à dor nos membros inferiores e à dificuldade para realizar tarefas cotidianas.

De acordo com Leveille (2005), entre mulheres idosas há relato de maior número de regiões dolorosas e maior prevalência de dor generalizada (dor lombar e dor em membros superiores e inferiores bilateralmente) relacionada a fatores como alto índice de massa corporal, pressão sanguínea sistólica alta e sintomas depressivos. Os locais mais comuns de dor no membro inferior, em ambos os sexos, são quadris e joelhos. (LEVEILLE, 2005).

Já no estudo realizado por Jones e outros (1996), constatou-se que as deformidades vertebrais em homens são, pelo menos, comuns, se não mais prevalentes, que em mulheres.

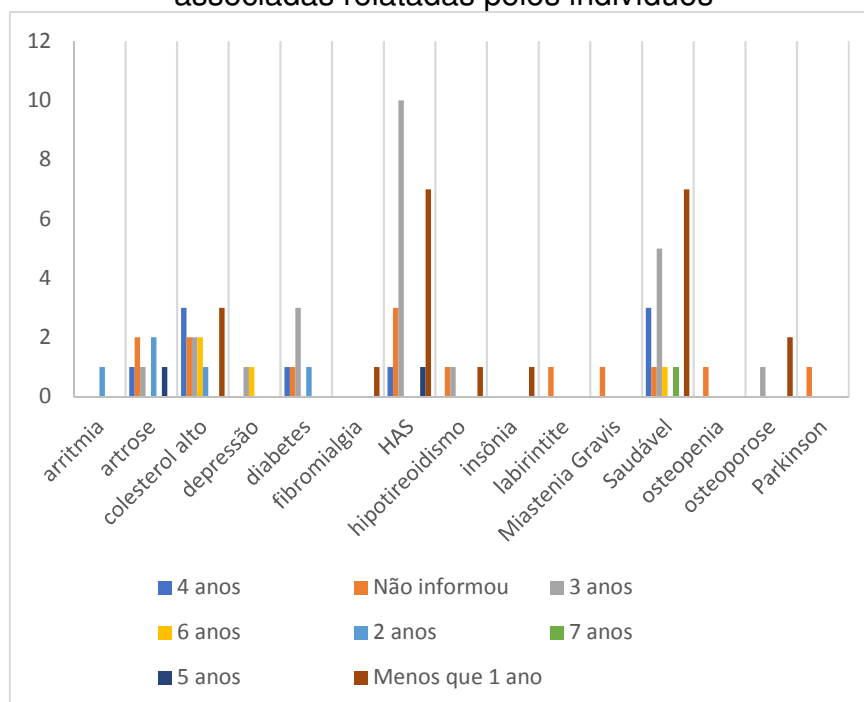
Para Edmond e outros (2005), entre 50 e 79 anos, 12% a 20% das mulheres apresentam uma ou mais deformidades vertebrais prevalentes. Cecchi (2008) selecionou uma amostra de italianos acima de 65 anos e observou que a prevalência de dor no joelho foi quase o dobro da dor no quadril.

No estudo de Vogt e outros (2002), a dor lombar, que irradia no quadril, nádega ou perna é relativamente comum em mulheres caucasianas no período pós-menopausa.

Para Astin e outros (1996), as mulheres geralmente citam mais sintomas dolorosos do que os homens. Esse fato pode ser justificado pelo uso de estrogênio pós-menopausa associado com um aumento da probabilidade de dor lombar e prejuízo da função lombar em mulheres brancas idosas (MUSGRAVE et al. 2001). Melton (1997) diz que o risco de uma fratura vertebral, a partir dos 50 anos, é de 16% em mulheres brancas e apenas 5% em homens brancos.

De acordo com o Gráfico 9, os pacientes que relataram ser saudáveis foram os únicos que permaneceram no Pilates por 7 anos. Já os pacientes hipertensos, em sua maioria, realizaram Pilates por 3 anos. Em contrapartida, os pacientes que permaneceram no Pilates por menos de 1 ano são aqueles que apresentavam colesterol alto, hipertensão, osteoporose e vida saudável.

Gráfico 9: Relação entre o tempo de permanência na prática do Pilates e doenças associadas relatadas pelos indivíduos



Os dados do estudo de Brigatto (2012) revelam que os praticantes do Método Pilates investigados tinham pouco conhecimento a respeito dos reais benefícios antes de aderirem à prática. Entretanto, pela eficácia do método no alcance de seus objetivos, eles puderam adquirir, com o tempo, conhecimentos sobre os benefícios,

por meio da própria prática, instrução dos professores e por consulta a publicações. (BRIGATTO, 2012).

Os estudos de Santos e Knijnik (2009) apontam os possíveis motivos pelos quais as pessoas na idade adulta intermediária (faixa etária entre 40 e 60 anos) aderem a algum tipo de atividade física. Os autores ressaltam que geralmente é nessa fase da vida que começam a ocorrer algumas disfunções, como menor mobilidade articular, diminuição das capacidades físicas, dentre outras (SANTOS; KNIJNIK, 2009).

No que se refere ao tempo de prática do Pilates, para Brigatto (2012), cerca de 52% dos pesquisados em seu estudo, praticam há mais de um ano e aproximadamente 48% a menos de um ano. Destes últimos, a maioria, há menos de seis meses.

É possível que a permanência ou manutenção a longo prazo das atividades físicas estejam associadas ao prazer pela prática, tanto quanto ou até mais que aos benefícios fisiológicos proporcionados por tal, sobressaindo-se também às questões estéticas ou do culto ao corpo (SANTOS; KNIJNIK, 2009).

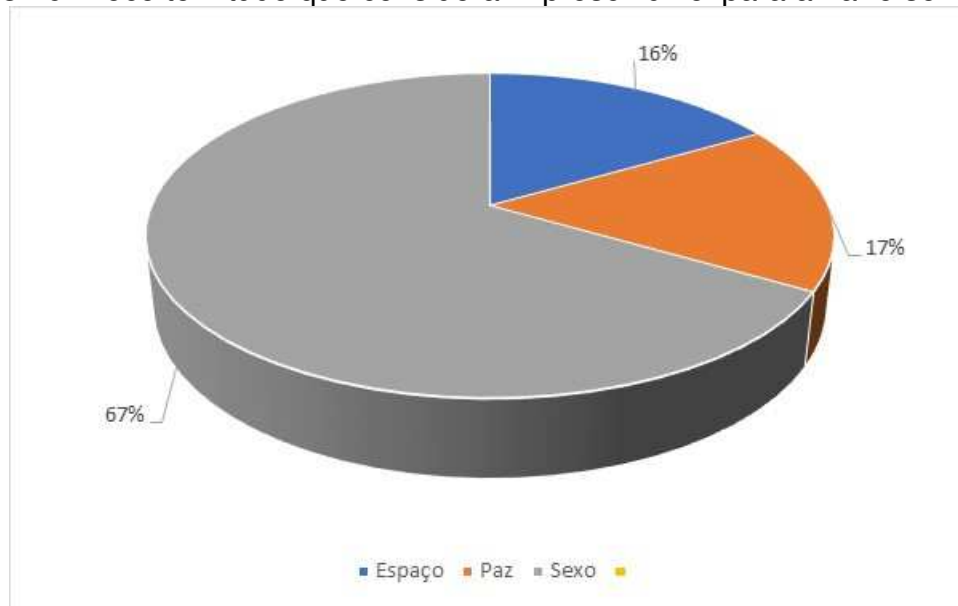
Tahara, Schwartz e Silva (2008) ressaltam também que a manutenção de uma prática pode ter influência de familiares e da mídia, que impõem padrões de beleza.

Porém, para Brigatto (2012), pelas características do público-alvo e da modalidade, é perceptível que a manutenção da prática do método Pilates a longo prazo está relacionada aos benefícios que a atividade proporciona, bem como à consciência de tais benefícios pelos participantes dessa pesquisa, no que se refere especialmente ao condicionamento físico. Outro motivo está relacionado à saúde, ou seja, à adesão da prática por indicações médicas devido a patologias. Por outro lado, é perceptível que a quantidade expressiva de participantes “recentes”, ou seja, com menos de seis meses de prática do Pilates pode demonstrar como a prática tem atraído as atenções não somente por indicações médicas ou possibilidade de condicionamento.

4.2 Análise de dados de pacientes que atualmente praticam o Método Pilates.

O Gráfico 10 apresenta os resultados para a pergunta: Você tem tudo que considera imprescindível para amar e ser amado?

Gráfico 10: Você tem tudo que considera imprescindível para amar e ser amado?



A sexualidade na velhice é vista como tabu para os que têm idade mais avançada, mas os idosos consideram certa importância atribuída ao sexo. Pode até existir um desejo de ir ao encontro do outro, mas não há motivação suficiente, pois acreditam que, se o fizerem, serão estigmatizados como pervertidos a partir dos ditames que lhes são impostos (LOWNDES, 2002), dessa forma, falta o sexo para amar e ser amado.

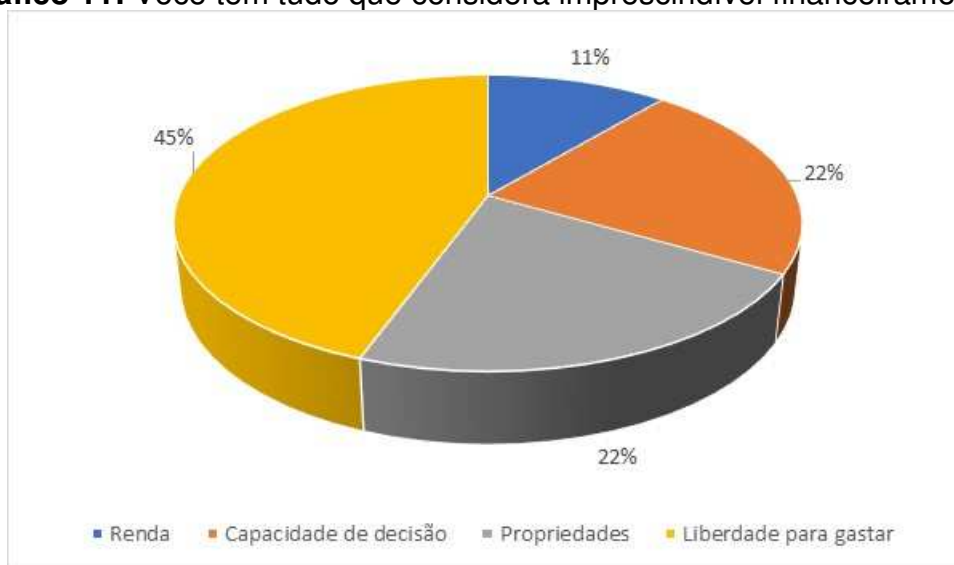
A função sexual continua por toda a vida, mesmo no envelhecimento, embora a sexualidade sob a perspectiva da vivência e o envelhecimento sejam vistos como incompatíveis (ALMEIDA; LOURENÇO, 2007).

A importância conferida ao sexo diminui à medida que aumenta a presença de problemas relacionados à saúde (GOTT; HINCHLIFF, 2003).

A falta de espaço e de paz se deve, provavelmente, ao fato de algumas pessoas conviverem no seu lar com suas famílias. O relacionamento, muitas vezes, pode não ser tão agradável, muitas vezes com conflitos financeiros, e de cunho emocional.

O Gráfico 11 apresenta as respostas para a pergunta: Você tem tudo que considera imprescindível financeiramente?

Gráfico 11: Você tem tudo que considera imprescindível financeiramente?



O fato da maioria dos indivíduos considerarem terem condições financeiras favoráveis se deve a localização da clínica. A localização é em um bairro nobre de Belo Horizonte, e a renda é considerada elevada na região. Por esse motivo, somente 11% dos avaliados, consideram não ter renda suficiente.

Os indivíduos que relataram não ter liberdade para gastar podem estar relacionados à dependência financeira dos familiares ou à falta de capacidade de decidir sobre suas vontades. Muitas vezes, mesmo tendo condição financeira favorável, o indivíduo entrega a administração do seu dinheiro para algum familiar, talvez por não se considerar capaz, ou por medo de possíveis golpes, principalmente no indivíduo idoso.

O quesito capacidade de decisão corrobora com os resultados da falta de liberdade para gastar.

No que se refere a falta de propriedade, considero a falta da casa própria. 22% dos indivíduos avaliados, não possuem casas em seu nome, muitas vezes moram com seus familiares ou em casas doadas pelos familiares.

O Gráfico 12 apresenta as respostas para a pergunta: Você tem tudo que considera imprescindível para participação política?

Gráfico 12: Você tem tudo que considera imprescindível para participação política?



O resultado mostra nitidamente a insatisfação dos indivíduos em relação às políticas públicas no momento atual. Para Ramos (2017), o jogo de forças de uma sociedade é incessante, logo, a política é por excelência a arte de gerir a insatisfação devido ao embate de interesses conflitantes no mesmo espaço e não gerar tanta desesperança em relação ao futuro.

Dessa maneira, surpreende que um número grande de pessoas (80%) considere não ter participação nas decisões. Segundo Dallari (2017), essa pode ser uma atitude de fuga à responsabilidade, e é, quase sempre, ligada à falta de consciência quanto à necessidade de vida social e quanto ao significado da omissão no momento de decidir, por esse motivo, não é raro que as pessoas condenem certas decisões e suas consequências, esquecendo-se que tiveram a oportunidade de participar dessas decisões e preferiram deixar que os outros decidissem sozinhos.

Como mostrado no Gráfico, 10% dos indivíduos consideram não ter educação para participação política. Talvez pela falta de estudo de política pública nas escolas nos na idade escolar dos indivíduos.

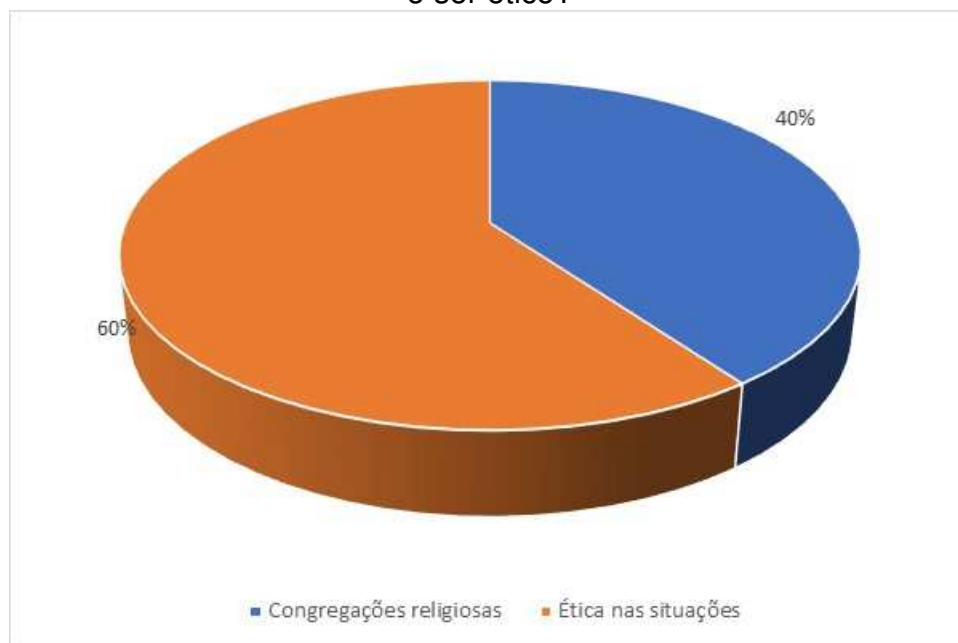
Como disse Mário Sérgio Cortella, professor da PUC-SP, em uma entrevista ao Jornal Gazeta: Em primeiro lugar, temos uma democracia ainda muito jovem. O país tem 511 anos e sua democracia plena não tem nem 25 anos, sendo seu marco a Constituição de 1988. Durante esse tempo, tivemos momentos rarefeitos de inclusão da sociedade nas decisões. E um modelo com participação restrita acaba tendo reflexos dentro da escola, onde o debate sobre esses temas acabava não

acontecendo. Se formos lembrar, a geração anterior teve aulas de Educação Cívica, que eram impostas e se tornaram indesejadas. Com isso, os pais dos alunos de hoje também valorizam pouco a discussão da política no cotidiano. (CORTELLA, 2011).

Outros 10%, consideram não ter informação suficiente para participação política. Essa situação demonstra um possível desinteresse dos indivíduos em acompanhar as redes de informação sobre a política. Talvez pela própria insatisfação política, talvez por dificuldade de utilizar as tecnologias, talvez por não querer opinar.

O Gráfico 13 apresenta as respostas para a pergunta: Você tem tudo que considera imprescindível para participar de religiões e ser ético?

Gráfico 13: Você tem tudo que considera imprescindível para participar de religiões e ser ético?



Com o avançar da idade, a religiosidade e a espiritualidade passam a representar uma importante ferramenta de suporte emocional, a qual reflete, de forma significativa, na saúde física e mental dessas pessoas (ZENEVICZI; MORIGUCHI; MADUREIRA, 2013). Esses quesitos são considerados como uma dimensão sociocultural, que faz parte da rede de significados criada pelo homem para dar sentido à vida e à morte, exercendo influência significativa no cuidado da pessoa, a qual vem sendo construída ao longo dos tempos (CORTEZ; TEIXEIRA, 2010).

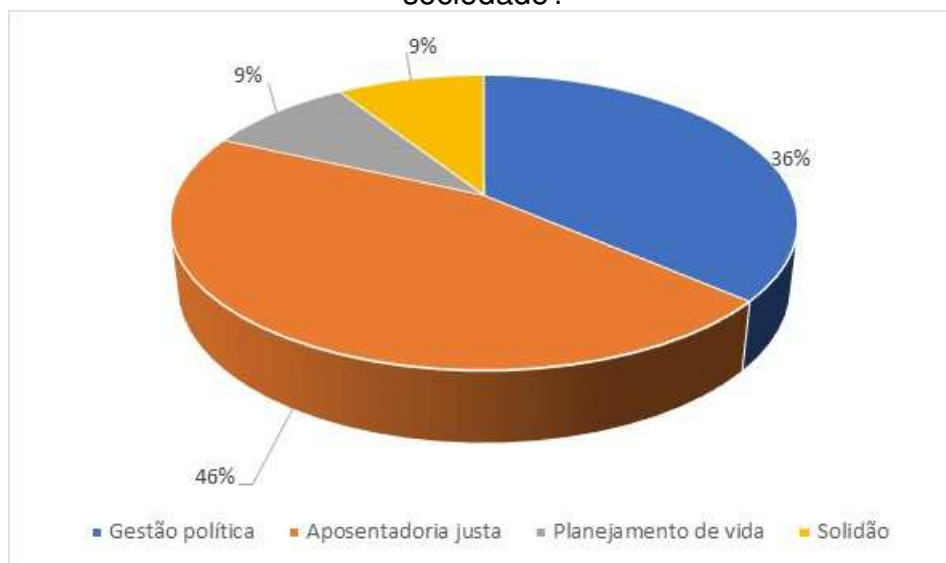
Os depoimentos do estudo de Reis e Menezes (2017) desvelaram que a fé em Deus é importante na vida da pessoa idosa longaeva, assim como a leitura da bíblia, a reza do terço e a oração.

Porém, 60% dos indivíduos avaliados, não participam de congregações religiosas. Independentemente da fé e da religiosidade, muitas pessoas não participam de nenhuma congregação. Podemos considerar a insatisfação pelos líderes religiosos e os grandes escândalos gerados por eles (corrupção, pedofilia); e pela diferente interpretação que muitos têm dos manuscritos religiosos. Muitos não aceitam as imposições para participação do grupo e outros são céticos.

40% dos avaliados não possuem o que consideram imprescindível para ser ético. Talvez, pelo conceito da palavra, ser ético é ser uma pessoa de acordo com os padrões, que segue o que é determinado por uma sociedade como correto, como justo, é fazer sempre o que será o melhor para todos, o que não irá gerar atritos, assumir seus erros, ser flexível, mantendo assim a harmonia e o bem-estar da sociedade em que se vive (MAIA; GODÓI, 2014). As pessoas não assumem esse conceito, muitas vezes porque não concordam com os padrões exigidos pela sociedade. Isso demonstra uma liberdade de opinião para muitos.

O Gráfico 14 apresenta as respostas para a pergunta: Você tem tudo que considera imprescindível e de direito para viver em sociedade?

Gráfico 14: Você tem tudo que considera imprescindível e de direito para viver em sociedade?



Na situação atual do Brasil, vê-se uma grande incerteza sobre o futuro. As pessoas têm dúvidas de como e quando irão se aposentar. A reforma ou não da previdência social gera muitas dúvidas nas pessoas. Talvez, por isso, 46% dos indivíduos considerem não ter uma aposentadoria justa. Alguns podem até mesmo já estarem vivenciando esta experiência, outros a imaginam para o futuro. As pessoas querem envelhecer com condições de manter o padrão de vida, mesmo quando não tiverem mais condições de trabalhar.

Essa indagação sobre a aposentadoria também aponta uma gestão política pouco aceita pelos indivíduos, 36% consideram não ter boa gestão política.

A solidão provoca um sentimento de vazio interior, que pode estar presente no ser humano nas diferentes fases da vida, e tende a ser mais frequente com o envelhecimento (LOPES; LOPES; CÂMARA, 2010).

Para viver em sociedade, todos precisamos de relações. 9% dos indivíduos se consideram solitários. Alguns porque há um novo padrão de nupcialidade, separações, recasamentos, e esse novo arranjo aflige mais a mulher – por esta viver mais (NERI et al. 2007), outros pelo sentimento de que pode estar relacionada ao sentimento de luto (principalmente em mulheres), e ainda a aposentadoria favorece a solidão, gerando um sentimento de vazio (PEDROZO; PORTELLA, 2003).

9% consideram que falta um planejamento de vida para viver em sociedade. Talvez pela falta de expectativas para o futuro.

4.3 Análise de dados do questionário aplicado por meio do Google Formulários para avaliação da videoaula.

Em 7 dos 9 itens avaliados, a resposta foi 100% sim, ou seja, os requisitos apresentados foram desejáveis aos olhos dos avaliadores como mostra o Quadro 2.

Quadro 2 – Dados do questionário aplicado por meio do Google Formulários para avaliação da videoaula.

	Pergunta	Sim (%)	Não (%)
1	Você achou razoável o tempo de duração da videoaula?	100	0
2	Você achou que o tamanho da fonte (das letras) está adequado?	83	17
3	Você achou boa a qualidade dos áudios da videoaula?	67	33
4	Você considera que as imagens apresentadas na videoaula são claras de serem interpretadas?	100	0
5	Você achou de fácil compreensão a fala do narrador da videoaula?	100	0
6	Você achou pertinentes as colocações do narrador?	100	0
7	Você achou coerentes os exemplos de exercícios apresentados na videoaula?	100	0
8	Você sentiu confiança nas informações da videoaula?	100	0
9	Você recomendaria esta videoaula para outras pessoas?	100	0

Fonte: elaborado pela autora

Já para o item 2 (Você achou que o tamanho da fonte (das letras) está adequado?), 17% dos resultados foram negativos. Este resultado foi devido ao tamanho da fonte utilizada nos vídeos, tamanho 22. A fonte foi escolhida pelo fato da imagem apresentada nos slides ocupar grande parte da informação passada. Ainda, o tempo de aparição das informações escritas era de 7 segundos, sendo que a imagem permanecia por 12 segundos.

Para o item 3 (Você achou boa a qualidade dos áudios da videoaula?), 33% dos resultados foram negativos. É provável que o áudio tenha sido afetado durante o processo de edição do vídeo. Os cortes para montagem das cenas podem ter interrompido a entonação do narrador. Além disso, o volume do áudio, que foi gravado pelo MovieMaker®, não estava no máximo, impedindo os avaliadores de aumentar o volume da sua própria máquina conforme o barulho do ambiente que se encontravam.

Após análise destes dados, a videoaula foi corrigida e a fonte passou de tamanho 22 para 26 e o tempo de aparição passou de 7 segundos para 12. Para melhora do áudio, foi realizada uma nova edição das imagens e o volume do áudio

foi colocado no máximo, permitindo assim, o controle pessoal do volume para cada um.

A videoaula foi publicada novamente no YouTube® com as devidas alterações.

5 CONCLUSÃO

A pesquisa descreve o perfil de uma amostra de idosos que praticam o Método Pilates e identifica qual a percepção de cada indivíduo sobre a sua própria qualidade de vida.

Os idosos que mais procuram pelo método são os idosos jovens, aqueles que têm idade entre 60 e 70 anos (IPEA, 2010), do sexo feminino, hipertensos, com maior incidência de dor na coluna; e permanecem na prática dessa atividade ininterruptamente por 3 anos em sua maioria. Além disso, foi constatado que os idosos praticantes de Pilates dessa região praticam o tênis como exercício físico paralela ao método.

Os idosos deste estudo apresentam uma visão positiva sobre os resultados que o Método Pilates pode proporcionar e procuram por si só a participação na referida atividade, eles dão maior valor à saúde e à independência, o que está relacionado com sua dignidade. Procuram pelo método pelo próprio conhecimento prévio dos benefícios e menos por indicação médica. Dessa forma, eles têm como principal objetivo a melhora e manutenção da saúde, ao invés de melhora de dores e tratamento de doenças.

De acordo com o questionário de qualidade de vida baseado em Pierre Dansenreau (VIEIRA, RIBEIRO, 1999, p. 404), a carência, a abundância ou a necessidade de algo depende justamente do desejo quanto da necessidade de cada indivíduo.

Os indivíduos não procuram apenas sanar suas necessidades físicas para terem qualidade de vida, eles têm desejos que vão muito além disso para se sentirem satisfeitos.

Neste estudo, os idosos afirmaram que não tem tudo que consideram imprescindível para viverem com qualidade de vida. As queixas principais em ordem de importância foram falta de: participação nas decisões políticas do país, sexo, aposentadoria justa, ética, liberdade para gastar, gestão política de qualidade, participação em congregações religiosas, capacidade de decisões, posse de propriedades, espaço físico, paz, informação, educação, renda, planejamento de vida e sobra solidão.

Os resultados deste estudo salientam a importância de algum tipo de incentivo aos idosos do sexo masculino a buscarem mais por essa prática; também

uma maneira de informação mais precisa aos idosos acima de 70 anos e aos seus cuidadores sobre os benefícios do método.

Estudos mais específicos para permanência vitalícia desses indivíduos nesta atividade fazem-se necessários.

O resultado positivo em relação à videoaula mostra que o produto realmente funciona de maneira eficiente para atender aos profissionais de fisioterapia. A videoaula vai ajudar na melhor escolha dos exercícios e aguçar a criatividade dos espectadores. É de grande valia a utilização de redes de comunicação para ampliar conhecimento.

Inferese pelas observações realizadas na amostra obtida, que os resultados indicam que, embora exista a busca por uma vida saudável e com independência, os indivíduos também desejam mais para se sentirem numa vida de qualidade. Eles querem ser capazes de participar das tomadas de decisão e de serem reconhecidos pela sociedade.

Diante da relevância deste estudo e os resultados apresentados, há uma necessidade de expectativas melhores para o futuro, o que traria tranquilidade para esses idosos que se sentem desconfortáveis com a atual organização.

REFERÊNCIAS

- AAKER, David; KUMAR, Robert Leoni; DAY, George. **Pesquisa de Marketing**. Hoboken, NJ: Wiley, 1995.
- ALMEIDA, Thiago de; LOURENÇO, Maria Luiza. Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade? **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 10, n. 1, p. 101-113, 2007.
- ALVES, Luciana Correia et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 1924-1930, 2007.
- ALVES, Railda Fernandes et al. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicologia: teoria e prática**, v. 13, n. 3, 2011.
- ANDERSSON, Gunnar B. J. Características epidemiológicas da dor lombar crônica. **The Lancet**, v. 354, n. 9178, p. 581-585, 1999.
- ANDRADE, Erinaldo Luiz; MATSUDO, Sandra Machega; MATSUDO, Victor Keihan Rodrigues. Performance neuromotora em mulheres ativas. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 1, n. 2, p. 5-14, 2012.
- ANDRADE, Francisco Alves de; PEREIRA, Lilian Varanda; SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 271-276, 2006.
- ANDREOTTI, Márcia Cristina; OKUMA, Silene Sumire. Perfil sócio-demográfico e de adesão inicial de idosos ingressantes em um programa de Educação Física. **Revista Paulista de Educação Física**, v. 17, n. 2, p. 142-153, 2003.
- APARÍCIO, Esperanza; PÉREZ, Javier. **O Autentico Método Pilates®: A arte do controle**. Tradução: Magda Lopes. São Paulo: Planeta do Brasil, 2005.
- ARAÚJO DOS REIS, Luana; DE OLIVA MENEZES, Tânia Maria. Religiosidade e espiritualidade nas estratégias de resiliência do idoso longo no cotidiano. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 4, 2017.
- ASTIN, Maureen; LAWTON, Dot; HIRST, Michael. A prevalência de dor em uma população deficiente. **Social Science & Medicine**, v. 42, n. 11, p. 1457-1464, 1996.
- BALBINOTTI, Marcos Alencar Ataíde. Inventário de motivação à prática regular de atividade física e/ou esporte. **Montréal, QC: Service d'Intervention et de Recherche en Orientation et Psychologie**, 2004.
- BARROSO, Weimar Kunz Sebba et al. Influência da atividade física programada na pressão arterial de idosos hipertensos sob tratamento não-farmacológico. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 4, p. 328-33, 2008.

BERLEZI, Evelise Moraes et al. Comparação antropométrica e do nível de aptidão física de mulheres acima de 60 anos praticantes de atividade física regular e não praticantes. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 9, n. 3, p. 49-66, 2006.

BERTOLLA, Flávia et al. Efeito de um programa de treinamento utilizando o método Pilates® na flexibilidade de atletas juvenis de futsal. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 13, n. 4, p. 222-226, 2007.

BRIGATTO, Rafael Conrad; PUPPO, Karini; DE OLIVEIRA, Nara Rejane Cruz. Método Pilates: benefícios ou modismo? **Revista Corpoconsciência**, v. 16, n. 1, p. 45-58, 2012.

BRUNELLI, Ane Ronchi. Os efeitos do método Pilates no equilíbrio e na marcha de pacientes com acidente vascular encefálico (AVE). **Monografia apresentada a Universidade do Extremo Sul Catarinense**, UNESC, 2009.

BRUNELLO, Demetrio L; MANDIKOS, Michael N. Faltas de construção, idade, sexo e saúde médica relativa: fatores associados a queixas em pacientes com prótese total. **Jornal de Prótese Dentária**, v. 79, n. 5, p. 545-554, 1998.

CAMARGOS, Mirela Castro Santos; RODRIGUES, Roberto do Nascimento; MACHADO, Carla Jorge. Expectativa de vida saudável para idosos brasileiros, 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1903-1909, nov./dez. 2009.

CARDOSO, Adilson Sant'Ana et al. Comparação do nível de atividade física em relação ao gênero de idosos participantes de grupos de convivência. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 5, n. 1, 2008.

CARVALHO, Anna Maria Pessoa de; GONÇALVES, Maria Elisa Resende. Formação continuada de professores; o vídeo como tecnologia facilitadora da reflexão. **Cadernos de Pesquisa**, v. 71, n. 111, p. 71-94, 2000.

CASADO, Tânia. A motivação e o trabalho. **As pessoas na organização**. São Paulo: Gente, p. 247-258, 2002.

CASTRO, José Fabián Uriarte et al. **Motivação de idosos à prática regular de tênis em Florianópolis**. 2009. 95 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos, Programa de Pós-graduação em Educação Física, Florianópolis, 2009.

CASTRO, Karla Virgínia Bezerra et al. Fisiomotricidade e limiares de dor: efeitos de um programa de exercícios na autonomia funcional de idosas osteoporóticas. **Fisioterapia e Movimento**, v. 23, n. 1, p. 161-172, 2010.

CASTRO, Maurício Gonzaga de. A coluna lombar do idoso. **Revista brasileira de ortopedia**, v. 35, n. 11/12, p. 423-5, 2000.

CASTRO, Mônica da Silva et al. Motivos de ingresso nos programas de exercícios físicos oferecidos pelo Serviço Social do Comércio-SESC-DF. **Movimento**, v. 15, n. 2, 2009.

CASTRO, Mônica da Silva et al. Motivos de permanência dos praticantes nos programas de exercícios físicos oferecidos pelo Serviço Social do Comércio-Brasil. **Motricidade**, v. 6, n. 4, p. 23-33, 2010.

CECCHI, Francesca et al. Epidemiologia da dor no quadril e joelho em uma amostra comunitária de pessoas de 65 anos ou mais. **Osteoarthritis and Cartilage**, v. 16, n. 9, p. 1039-1046, 2008.

CHAIMOWICZ, Flávio. Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade. In: **Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade**. 1998.

CHEIK, Nádia Carla et al. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. **Revista Brasileira de Ciências e Movimento**, v. 11, n. 3, p. 45-52, 2008.

COMUNELLO, Joseli Francescheti. **Benefícios do Método Pilates e sua aplicação na reabilitação**. Instituto Salus: 2011.

CORTELLA, Mário Sérgio. Entrevista: Mário Sérgio Cortella: Gazeta do Povo, out. 2011. Entrevista concedida a Luiz Felipe Marques. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/educacao/escola-tambem-e-lugar-para-falar-sobre-politica-9djk0peohfxct9abq849xa34e>>. Acesso em 02 de mai. 2018.

CORTEZ, Elaine Antunez; TEIXEIRA, Enéas Rangel. O enfermeiro diante da religiosidade do cliente. **Rev. enferm. UERJ**, v. 18, n. 1, p. 114-119, 2010.

CUPERTINO, Ana Paula Fabrino Bretas; ROS, Fernanda Heringer Moreira; RIBEIRO, Pricila Cristina Correa. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 20, n. 1, 2007.

CURI, Vanessa Sanders. **A influência do Método Pilates nas atividades de vida diária de idosos**. 2009. 69 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **O que é participação política**. Brasiliense, 2017.

DAMÁSIO, António. **O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano**. Editora Companhia das Letras, 2012.

DELLAROZA, Mara Solange Gomes; PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos; MATSUO, Tiemi. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 1151-1160, 2007.

DENBURG, Nathalie L.; TRANEL, Daniel; BECHARA, Antoine. A capacidade de decidir vantajosamente declina prematuramente em alguns indivíduos mais velhos normais. **Neuropsicologia**, v. 43, n. 7, p. 1099-1106, 2005.

DILLMAN, Erika. **O pequeno livro de Pilates: guia prático que dispensa professores**, Record: 2004.

DUNST, Carl J; TRIVETTE, Carol M. Avaliação do apoio social em programas de intervenção precoce. **Manual de intervenção na primeira infância**, p. 326-349, New York: 1990.

EDMOND, Susan L et al. Deformidade vertebral, sintomas nas costas e limitações funcionais em mulheres idosas: o estudo de Framingham. **Osteoporosis international**, v. 16, n. 9, p. 1086-1095, 2005.

EHRLICH, George E. Low back pain. **Bull World Health Organ**. v. 81, n. 9, p. 671-676, Geneva, 2003.

FERREIRA, Marcela et al. Efeitos de um programa de orientação de atividade física e nutricional sobre o nível de atividade física de mulheres fisicamente ativas de 50 a 72 anos de idade. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 11, n. 3, p. 172-176, mai./jun. 2005.

FERREIRA, Marcos Santos; NAJAR, Alberto Lopes. Programas e campanhas de promoção da atividade física. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, p. 207-219, 2005.

FERREIRA, Olívia Galvão Lucena et al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p. 1065-1069, 2010.

FRANCO, Santoro; AMÉLIA, Maria. Pedagogia da pesquisa-ação. **Educação e pesquisa**, v. 31, n. 3, 2005.

FRANKLIN, Stanley S. et al. Preditores de hipertensão diastólica e sistólica de início recente: o Framingham Heart Study. **Circulation**, v. 111, n. 9, p. 1121-1127, 2005.

FREITAS, Clara Maria Silvestre Monteiro de. et al. Aspectos motivacionais que influenciam a adesão e manutenção de idosos a programas de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v. 9, n. 1, p. 92-100, Florianópolis, 2007.

GEIS, Pilar Pont. **Atividade física e saúde na terceira idade: teoria e prática**. Porto Alegre, Artmed: 2003.

GOLD, Deborah T; ROBERTO, Karen A. Correlatos e consequências da dor crônica em idosos. **Enfermagem Geriátrica**, v. 21, n. 5, p. 270-273, 2000.

GOTT, Merryn; HINCHLIFF, Sharron. Quão importante é o sexo na vida adulta? As visões das pessoas mais velhas. **Ciências sociais e medicina**, v. 56, n. 8, p. 1617-1628, 2003.

GOTTLIEB, Maria Gabriela Valle et al. Aspectos genéticos do envelhecimento e doenças associadas: uma complexa rede de interações entre genes e ambiente. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 10, n. 3, p. 273-283, 2007.

GRIMMER, Karen et al. Resposta postural do adolescente em cargas de mochila: estudo experimental randomizado e controlado. **BMC Musculoskelet Disord**, v. 3, n. 10, p. 1471-2474, 2002.

GRITTEM, Luciana; MEIER, Marineli Joaquim; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, 2008.

HERÉDIA, Vania Beatriz M.; CASARA, Miriam Bonho. **Tempos vividos**: identidade, memória e cultura do idoso. EDUCS: 2000.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Brasil em desenvolvimento**: Estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: Ipea, 2010.

JAGGER, Carol; VAN OYEN, Herman; ROBINE, Jean-Marie. Cálculo da expectativa de saúde pelo Método Sullivan: um guia prático. **Institute for Ageing, Newcastle University, Newcastle upon Tyne, United Kingdom**, 2014.

JESUS, Gisele Torres; MARINHO Idélia de Souza Fusco. Causas de lombalgia em grupos de pessoas sedentárias e praticantes de atividades físicas. **Revista Digital e deportes**, v. 10, n. 92, 2006.

JOIA, Luciane Cristina; RUIZ, Tania; DONALISIO, Maria Rita. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 131-138, 2007.

JONES, G. et al. Deformidades vertebrais prevalentes: relação com a densidade mineral óssea e osteofitose medular em homens e mulheres idosos. **Osteoporosis International**, v. 6, n. 3, p. 233-239, 1996.

KALACHE, Alexandre. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1107-1111, 2008.

KALACHE, Alexandre; VERAS, Renato P.; RAMOS, Luiz Roberto. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, v. 21, p. 200-210, 1987.

KENDALL, Florence P. et al. **Músculos provas e funções**: com postura e dor. Barueri: Manole, v. 4, p. 412, 1995.

KINNEAR, Thomas; TAYLOR, James Ronald. **Pesquisa de marketing**: uma abordagem aplicada. McGraw-Hill Companies, 1987.

KOLYNIK, Inélia Ester Garcia Garcia; CAVALCANTI, Sônia Maria de Barros; AOKI, Marcelo Saldanha. Avaliação isocinética da musculatura envolvida na flexão e extensão do tronco: efeito do método Pilates®. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 10, n. 6, p. 487-490, nov./dez, 2004.

KOPITZKE, R. Pilates: uma ferramenta de fitness que transcende as idades. **Gerenciamento de reabilitação**, v. 20, n. 6, p. 28-30, 2007.

KOVÁCS, Maria Júlia. Medo da morte. **Morte e desenvolvimento humano**, p. 14-27, 1992.

LEVEILLE, Suzanne G. et al. Diferenças sexuais na dor musculoesquelética em idosos. **Pain**, v. 116, n. 3, p. 332-338, 2005.

LEVINE, Brett et al. Reabilitação após artroplastia total de quadril e joelho: um novo esquema utilizando o treinamento de Pilates. **Boletim do NYU Hospital para doenças articulares**, v. 65, n. 2, p. 120-120, 2007.

LEVY, Paul S.; LEMESHOW, S. **Amostragem para profissionais de saúde**, 1980.

LOPES, Renata Francioni; LOPES, Maria Teresinha Francioni; CÂMARA, Vilma Duarte. Entendendo a solidão do idoso. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 6, n. 3, 2010.

LORDA, Raul; SANCHEZ, Carmem Délia. **Recreação na 3ª Idade**. 3. ed. Rio de Janeiro: Sprint, 2001.

LOWNDES, Leil. Como fazer qualquer pessoa se apaixonar por você. **Rio de Janeiro**, 2002.

LUNA, F. et al. Sequência básica na elaboração de protocolos de pesquisa. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 71, n. 6, p. 735-740, 1998.

LWANGA, Stephen Kaggwa; LEMESHOW, Stanley. **Determinação do tamanho da amostra em estudos de saúde**: um manual prático. Geneva: World Health Organization, 1991.

MAIA, Juliana Magano; GODÓI, Roséli. Ética e Moral. **Maiêutica-Ciências Contábeis**, v. 1, n. 1, 2014.

MALLERY, Laurie H. et al. A viabilidade de realizar exercícios resistidos com idosos hospitalizados gravemente doentes. **Geriatrics BMC**, v. 3, n. 1, p. 3, 2003.

MARTINS, Cíntia Ribeiro et al. Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 11, 2007.

MATSUDO, Sandra Mahecha; MATSUDO, Victor Keihan Rodrigues; DE BARROS NETO, Turibio Leite. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. **Revista brasileira de ciência e movimento**, v. 8, n. 4, p. 21-32, 2000.

MAUÉS, Cristiane Ribeiro et al. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 8, n. 5, p. 405-10, 2010.

MEDIONDO, Marisa Silvana Zazzeta de; BULLA, Leonia Capaverde. Idoso, vida cotidiana e participação social. **Envelhecimento Bem-Sucedido**, v. 2, 2002.

MEIRELES, Viviani Camboin et al. Características dos idosos em área de abrangência do Programa de Saúde da Família da região noroeste do Paraná: contribuições para gestão do cuidado em enfermagem. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 1, p. 69-80, 2007.

MELLO, Marco Túlio de. et al. O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 11, n. 3, p. 203-207, 2005.

MELTON III, Joseph L. Epidemiologia da osteoporose da coluna vertebral. **Spine**, v. 22, n. 24, p. 2-11, 1997.

MERCÚRIO, Ruy. **Dor nas costas nunca mais**. Editora Manole Ltda: 1997.

MORAES, Marco Antônio Alves. Avaliação da eficácia de um programa de reabilitação como modificador nos indicadores de dor e qualidade de vida em pacientes com lombalgia crônica inespecífica. 2003. 139p. **Tese (Doutorado em Educação Física) – Programa de Pós-graduação em Educação Física, Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas**. Campinas: FEF/Unicamp.

MORCELLI, Mary Hellen; NAVEGA, Flávia Roberta Faganello; NAVEGA, Marcelo Tavella. Avaliação da flexibilidade e dor de idosos fisicamente ativos e sedentários. **Terapia Manual**, v. 8, n. 38, p. 298-304, 2010.

MUSGRAVE, Douglas S. et al. Problemas nas costas de mulheres na pós-menopausa em terapia de reposição de estrogênio: o estudo de fraturas osteoporóticas. **Spine**, v. 26, n. 14, p. 1606-1612, 2001.

NERI, Anita Liberalesso. **Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativas na 3ª idade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2007.

NOTHWEHR, Faryle. Cousins Sandra O'Brien. Exercise, Aging, and Health: Overcoming Barriers to an Active Old Age. Philadelphia, PA: Taylor & Francis, 1998. **Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement**, v. 20, n. 1, p. 139-141, 2001.

NUNOMURA, Myrian. Motivos de adesão à atividade física em função das variáveis idade, sexo, grau de instrução e tempo de permanência. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 3, n. 3, p. 45-58, 2012.

OLIVEIRA, Tânia Modesto Veludo de. Amostragem não probabilística: adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e quotas. **Administração on line**, v. 2, n. 3, p. 1-16, 2001.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro: OMS, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/sdhconference/declaraton/Rio_political_declaration_portuguese.pdf>. Acesso em: nov. 2017.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 61 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Envelhecimento_ativo_um_a_politica_de_saude_/362>. Acesso em: jan. 2018.

PAPALÉO NETTO, Matheus; CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz; SALLES, Renata F. N. **Fisiologia do envelhecimento**. In: CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz & PAPALÉO NETTO, Matheus. (eds.). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2. ed. São Paulo: Atheneu, p. 43-62, 2005.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Qualidade de vida na velhice. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 79-84, 2002.

PEDROZO, Silva Kemmerick; PORTELLA, Marilene Rodrigues. Solidão na velhice: Algumas reflexões a partir da compreensão de um grupo de idosos. **Boletim da Saúde**, v. 17, n. 2, p. 172-182, 2003.

PEREIRA, Renata Junqueira et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 28, n. 1, p. 27-38, 2006.

PICKLES, Barrie et al. **Fisioterapia na terceira idade**. Tradução de Mário Sérgio Rossi Vieira e Ricardo Werner Sebastiani. São Paulo: Santos, 2002.

PIMENTA, Selma Garrido. Pesquisa-ação crítico-colaborativa: construindo seu significado a partir de experiências com a formação docente. **Educação e pesquisa**, v. 31, n. 3, 2005.

POPULAÇÃO.NET. Censo demográfico. Informações sobre a população do Bairro Savassi em Belo Horizonte. Minas Gerais: IBGE, 2012. Disponível em: <http://populacao.net.br/populacao-savassi_belo-horizonte_mg.html>. Acesso em: mar. 2018.

RAABE, André; BERNARDES, André; JUNIOR, Roberto Gonçalves Augusto. Produção e Avaliação de Videoaulas: Um Estudo de Caso no Ensino de Programação. In: **Anais do Workshop de Informática na Escola**, p. 448, 2014.

RAMOS, André Sebben. **Basta!**: Como devolver o poder político para as pessoas por meio de uma democracia on-line. Belas-Letras, 2017.

REBELATTO, José Rubens et al. Influência de um programa de atividade física de longa duração sobre a força muscular manual e a flexibilidade corporal de mulheres idosas. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 10, n. 1, p. 127-132, 2006.

RIBEIRO, Jabet al. Adesão de idosos a programas de atividade física: motivação e significância. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 34, p. 1-16, 2012.

RODRIGUES, Brena Guedes de Siqueira et al. Autonomia funcional de idosos praticantes de Pilates. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 17, n. 4, p. 300-305, 2010.

RUDY, Thomaset al. O impacto da lombalgia crônica em idosos: um estudo comparativo de pacientes e controles. **Pain**, v. 131, n. 3, p. 293-301, 2007.

SABA, Fábio Kalil Fares. **Aderência à prática do exercício físico em academias**. São Paulo: Manole, 2001.

SACCO, Isabel C.N. et al. Método Pilates em revista: aspectos biomecânicos de movimentos específicos para reestruturação postural – estudos de caso. **Revista Brasileira de Ciências e Movimento**, v. 13, n. 4, p. 65-78, 2005.

SAMULSKI, Dietmar. **Psicologia do esporte**. São Paulo: Manole; 2002.

SANTOS, Susan Cotrim; KNIJNIK, Jorge Dorfman. Motivos de adesão à prática de atividade física na vida adulta intermediária. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, v. 5, n. 1, p. 23-34, 2009.

SARASON, Irwin G. et al. Avaliação do apoio social: o questionário de apoio social. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 44, n. 1, p. 127-139, 1983.

SEEMAN, Erik R. **Morte no Novo Mundo**: Encontros entre Culturas, 1492-1800. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. 2010

SEGUIN, Rebecca et al. Comportamento sedentário e declínio da função física em mulheres idosas: resultados da Women's Health Initiative. **Journal of aging research**, v. 2012, 2012.

SILVA, Marcelo Cozzensa da; FASSA, Anaclaudia Gastal; VALLE, Neiva Cristina Jorge. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cadernos de saúde pública**, v. 20, p. 377-385, 2004.

SILVEIRA, Michele Marinho da. et al. Abordagem fisioterápica da dor lombar crônica no idoso. **Revista de Atenção à Saúde (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde)**, v. 8, n. 25, 2011.

SOMMER, Robert; AMICK, T. Pesquisa-Ação: Ligando Pesquisa à Mudança Organizacional. Série: Planejamento de Pesquisa nas Ciências Sociais. **Tradução de Hartmut Günter. Brasília, DF: Laboratório de Psicologia Ambiental, UNB, 2003.**

SPANHOL, Greicy Kelli; SPANHOL, Fernando José. Processos de produção de videoaula. **RENOTE**, v. 7, n. 1, 2009.

STUCCHI, Sérgio. **O Jogo de “Tênis de Campo”**: Como Uma Prática a Favor da Qualidade de Vida no Campo do Esporte de Lazer. Campinas: UNICAMP, 2004.

TAHARA, Alexander K; SCHWARTZ, Gisele M; SILVA, Karina A. Aderência e manutenção da prática de exercícios em academias. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 11, n. 4, p. 7-12, 2008.

THIOLLENT, Michel. Construção do conhecimento e metodologia da extensão. In: **Anais do I Congresso Brasileiro de Extensão Universitária**, 2002.

THIOLLENT, Michel. Metodologia da pesquisa-ação. In: **Metodologia da pesquisa-ação**. Cortez, 2011.

THOMSON, Ann. **Fisioterapia de TIDY**. Santos, 2002.

TOSATO, Juliana de Paiva et al. Avaliação da dor em pacientes com lombalgia e cervicalgia. **Coluna**, v. 6, n. 2, p. 73-77, 2006.

TOSCANO, José Jean de Oliveira; OLIVEIRA, Antônio César Cabral de. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 15, n. 3, p. 169-173, mai./jun. 2009.

TOZIM, Beatriz Mendes et al. Efeito do método Pilates na flexibilidade, qualidade de vida e nível de dor em idosos. **ConScientiae Saúde**, v. 13, n. 4, p. 563-570, 2014.

TSUKIMOTO, Gracinda Rodrigues et al. Avaliação longitudinal da Escola de Postura para dor lombar crônica através da aplicação dos questionários Roland Morris e Short Form Health Survey (SF-36). **Acta fisiátrica**, v. 13, n. 2, p. 63-69, 2016.

VARGAS, Ariel; DA ROCHA, Heloísa Vieira; FREIRE, Fernanda Maria Pereira. Promídia: produção de vídeos digitais no contexto educacional. **RENOTE**, v. 5, n. 2, 2007.

VERAS, Renato Peixoto; CALDAS, Célia Pereira. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 423-432, 2004.

VICTOR, Janaína Fonseca et al. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 724-730, 2007.

VIEIRA, Eliane Brandão. **Manual de gerontologia**: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares. Revinter, 2004.

VIEIRA, Paulo Freire; RIBEIRO, Maurício Andrés. (Orgs.). **Ecologia Humana, Ética e Educação**: a mensagem de Pierre Dansereau. Porto Alegre: Pallotti, 1999.

VOGT, Molly T. et al. Um estudo de base comunitária de mulheres brancas na pós-menopausa com dores nas costas e nas pernas: estado de saúde e limitações na

atividade física. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 57, n. 8, p. 544-550, 2002.

ZAITUNE, Maria Paula do Amaral. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2006.

ZENEVICZ, Leoni; MORIGUCHI, Yukio; MADUREIRA, Valéria S. Faganello. A religiosidade no processo de viver envelhecendo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 433-439, 2013.

WEINBERG, Robert S.; GOULD, Daniel. **Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício**. Artmed editora, 2016.

APÊNDICE A - Questionário sobre qualidade de vida

Este questionário enquadra-se numa investigação no âmbito de uma tese de Mestrado em Ensino, realizada na Pontifícia Universidade Católica, PUC-MG. Os resultados obtidos serão utilizados apenas para fins acadêmicos. Não existe resposta certa ou errada. Por isso lhe solicito que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. Obrigada pela sua colaboração.

Primeiro Nome: _____

Sexo: () masculino () feminino

Idade: _____

1- Você tem tudo que considera imprescindível para amar e ser amado?

Espaço	() sim	() não
Paz	() sim	() não
Sexo	() sim	() não
Mais alguma coisa:		

2- Você tem tudo que considera imprescindível financeiramente?

Renda	() sim	() não
Capacidade de decisão	() sim	() não
Propriedades	() sim	() não
Liberdade para gastar	() sim	() não
Mais alguma coisa:		

3- Você tem tudo que considera imprescindível para participação política?

Educação	() sim	() não
Informação	() sim	() não
Participação nas decisões	() sim	() não
Mais alguma coisa:		

4- Você tem tudo que considera imprescindível para participar de religiões e ser ético?

Congregações religiosas	() sim	() não
Ética nas situações	() sim	() não
Mais alguma coisa:		

5- Você tem tudo que considera imprescindível e de direito para viver em sociedade?

Gestão política	() sim	() não
Aposentadoria justa	() sim	() não
Planejamento de vida	() sim	() não
Vive em solidão	() sim	() não
Mais alguma coisa:		