

OS BENEFÍCIOS DO MINOBOL PARA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS FISICAMENTE ATIVOS

VALERIO, Isabela Carvalho¹

CARVALHO, Claudia²

ALVES JUNIOR, Luiz Carlos³

RESUMO

De acordo com projeções demográficas, 33 milhões de brasileiros terão mais de 60 anos em 2025. O envelhecimento causa grandes problemas relacionados ao bem estar físico, psicológico e o convívio social. Com o passar da idade, a dificuldade de coordenação, agilidade e o reflexo praticamente triplica em relação à vida adulta. A perda da massa muscular é um dos aspectos importantes a ser abordado. O desaparecimento da força e da potência muscular leva à diminuição na capacidade de promover torque articular rápido e necessário às atividades que requerem força moderada, como: elevar-se da cadeira, subir escadas, e manter o equilíbrio ao evitar obstáculos. Este estudo teve como objetivo identificar os benefícios do minobol na qualidade de vida de idosos fisicamente ativos. Foi executada uma pesquisa descritiva transversal, cuja finalidade é observar, registrar e analisar os dados coletados. O estudo foi executado em campo, com amostra coletada em idosas acima de 60 anos e fisicamente ativas praticantes de minobol, e também com idosas sedentárias. A amostragem foi intencional e o produto utilizado na pesquisa foi o questionário de qualidade de vida SF-36. Os resultados encontrados em todos os artigos científicos e esta pesquisa logo à frente são amplos e vão desde os benefícios físicos, até o provento social que lhe é trago. As idosas praticantes de minobol obtiveram as maiores e melhores médias entre as 8 legendas apresentadas, enquanto as idosas sedentárias obtiveram as menores médias e desvio padrão.

Palavras-chave: IDOSOS; FISICAMENTE ATIVOS; QUALIDADE DE VIDA; MINOBOL.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento pode ser conceituado de diferentes formas, dentre as quais a definição mais difundida é a perda da eficiência dos processos envolvidos na manutenção da homeostase do organismo, implicando decréscimo da viabilidade ou aumento da vulnerabilidade ao estresse. Dentro desse contexto, as modificações morfológicas e funcionais relacionadas ao envelhecimento constituem uma das maiores preocupações para os

¹Acadêmica do Curso de Educação Física da FIRA-Faculdades Integradas Regionais de Avaré- 18700-902- Avaré SP. E-mail – isaclauca@hotmail.com

²Acadêmica do Curso de Educação Física da FIRA-Faculdades Integradas Regionais de Avaré- 18700-902- Avaré SP. E-mail – claudiacarvalho74@hotmail.com

³Orientador Professor Titular da FIRA-Faculdades Integradas Regionais de Avaré- 18700-902- Avaré SP. Licenciado e Bacharelado em Educação Física pela FIRA – Avaré.

profissionais da área da saúde, sobretudo no que se refere à prevenção de doenças e melhora da qualidade de vida (ROBERGS RA, ROBERTS SO, 2002).

Segundo Kimura e Silva (2009), trata-se de um conceito complexo, que admite uma diversidade de significados, com variadas abordagens teóricas e inúmeros métodos para medi-lo. A qualidade de vida está condicionada a fatores que envolvem dimensões emocional, social, cultural e física, decorrentes de condições objetivas e subjetivas que compõe a esfera da vida, como o trabalho, a vida social, a saúde física e o humor (CAPARROZ, 2008, p 16).

O conceito de qualidade de vida está relacionado à auto-estima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade (SANTOS, et al., 2002).

Não significa afirmar que envelhecer necessariamente está associado a conviver com enfermidades, mas que essa fase se caracteriza por uma etapa da vida em que modificações, tanto na estrutura orgânica como no metabolismo, equilíbrio bioquímico, imunidade, nutrição, mecanismos funcionais, condições emocionais, intelectuais, e ainda, na própria comunicação, acontecem para a maioria dos seres humanos (SCHIMIDT; SILVA, 2012).

Cimentado nesta circunstância, que relação pode ser encontrada do minobol e a qualidade de vida dos praticantes da modalidade?

Alguns dos benefícios do voleibol envolvem desde a melhora da capacidade física, a flexibilidade, resistência, mas também trás benefícios sociais, psicológicos, cognitivos e emocionais. O fato do minobol ser um esporte amplamente coletivo, trás outros benefícios complementares aos aqui citados anteriormente. Idosos geralmente têm um humor mais hostil e a depressão vem causando sérios danos. O exercício físico obtém a melhora de humor, diminuição de casos de depressão, avanço no desempenho neuropsicológico, lembrando que idosos ativos são mais independentes, autônomos e sadios.

Este estudo teve como objetivo identificar os benefícios do minobol na qualidade de vida de idosos fisicamente ativos.

Traçar todos os benefícios físicos, psicológicos, sociais que envolvem o jogo autodenominado minobol, trazendo os resultados a tona aos idosos, profissionais do âmbito profissional e ao público em si, para que a conscientização do importante esporte apresente-se a todos.

Os capítulos da fundamentação teórica se estruturam em: Minobol, processo de envelhecimento e os benefícios do minobol para o idoso, benefícios psicológicos e os benefícios físicos. O primeiro capítulo dispõe de tudo o que o minobol propõe, explicando as

regras e as diferenças para o voleibol principal. Logo após falaremos sobre benefícios psicológicos e os benefícios físicos.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 MINOBOL

Artigo 118 - O voleibol adaptado será regido pelas regras oficiais da modalidade, salvo as exceções previstas neste regulamento. Parágrafo Primeiro - Será utilizada, exclusivamente, a bola fornecida pelo "Comitê Organizador" e sua pressão interna será de 1.50 libras. Parágrafo Segundo - A quadra terá as mesmas especificações do voleibol oficial. Parágrafo Terceiro - Altura da rede será como segue:

a) Feminino - 2,24 metros;

b) Masculino - 2,43 metros.

Artigo 119 - Na quadra, a disposição dos jogadores será de acordo com a regra oficial.

a) Todos os jogadores de uma mesma equipe devem usar uniformes (camisas, calções ou bermudas e meias) idênticos;

b) As camisas devem ser numeradas (silcadas ou bordadas) na frente e nas costas, de acordo com a regra oficial com a numeração de 1 até 20. O jogador com numeração inadequada ficará fora da quadra de jogo;

c) Os calções ou bermudas devem ser idênticos, porém, não há necessidade de serem numerados, caso tenham numeração deve ser idêntica a das camisas;

d) As meias devem ser da mesma cor e estarem visíveis, acima do tornozelo, não sendo permitidas meias do tipo sapatilhas ou soquete;

e) Não será aceito nenhum tipo de adaptação no solado dos calçados, bem como quaisquer tipos de cola, luvas ou acessórios nas mãos;

f) A utilização de quaisquer objetos que ofereçam riscos como: brincos, anéis, correntes, pulseiras, óculos, etc, serão de inteira responsabilidade de cada jogador. Prendedor de cabelos como "Piranha" ou "Bico de Pato" estão proibidos.

Artigo 120 - A comissão técnica deverá, obrigatoriamente, se apresentar devidamente uniformizada. Todos os membros com uniformes idênticos.

Artigo 121 - Não será permitida a utilização de líbero.

Artigo 122- Cada equipe deverá ter, obrigatoriamente, a presença mínima de 06 (seis) jogadores, em condições de jogo, para o início do 1º set, e no máximo 12 (doze).

Parágrafo Primeiro – Um jogador, que não puder continuar jogando, devido à lesão ou doença, deve ser legalmente substituído. Caso não for possível, a equipe terá o direito de fazer uma substituição excepcional, além dos limites da regra. Uma substituição excepcional significa que qualquer jogador que não está na quadra na hora da lesão pode substituir o jogador lesionado no jogo. O jogador lesionado substituído não está autorizado a retornar à partida. Uma substituição excepcional não será contabilizada, em nenhuma hipótese, como uma substituição regular.

Parágrafo Segundo - Caso a equipe fique incompleta no 1º set, será declarada perdedora por “dois sets a zero”, acrescentando-se os pontos necessários para a equipe adversária ser considerada vencedora do set e, conseqüentemente, da partida.

Parágrafo Terceiro - Caso a equipe fique incompleta no 2º set, e tenha perdido o 1º set, será declarada perdedora por “dois sets a zero”, acrescentando-se os pontos necessários para a equipe adversária ser considerada vencedora do set e, conseqüentemente, da partida.

Parágrafo Quarto - Caso a equipe fique incompleta no 2º set, e tenha vencido o 1º set, será declarada perdedora por “dois sets a um”, acrescentando-se os pontos necessários para a equipe adversária ser considerada vencedora do set e, conseqüentemente, da partida.

Parágrafo Quinto - Caso a equipe fique incompleta no 3º set, será declarada perdedora por “dois sets a um”, acrescentando-se os pontos necessários para a equipe adversária ser considerada vencedora do set e, conseqüentemente, da partida. Parágrafo Sexto - A equipe declarada incompleta manterá os pontos e sets obtidos até o momento da declaração.

Artigo 123 - Duração das partidas:

- a) Serão em melhor de 3 (três) sets de 15 (quinze) pontos progressivos, sem vantagem;
- b) Caso a partida chegue em 16 a 16 (dezesseis a dezesseis) terminará no 17º (décimo sétimo) ponto.

Artigo 124 – Execução do saque: a) A bola pode ser arremessada ou golpeada com uma das mãos por baixo ou lateralmente, desde que essa ação se dê abaixo da linha dos ombros, utilizando toda a zona de saque. m) O saque pode ser efetuado a 01 (um) metro dentro da quadra de jogo, somente para o feminino.

Artigo 125 – Constituem infração:

- a) O mesmo jogador dar 2 (dois) toques consecutivos;
- b) O jogador das posições da zona de defesa (posições 1, 5 e 6): 1) Estando de posse da bola e estabilizados no solo, dar mais de 1 (um) passo antes de fazer o passe para o companheiro de equipe ou o ataque para a quadra adversária; 2) Estando dentro da zona de

ataque, enviar a bola para o campo adversário com um movimento que não seja realizado abaixo da linha dos ombros e de baixo para cima;

c) O jogador das posições da zona de ataque (posições 2, 3 e 4): 1) Estando dentro da zona de ataque, efetuar um ataque saltando. Considerar-se-á saltar quando o atleta tirar os 2 (dois) pés do solo no ato do ataque, tolerando-se o impulso natural do corpo no momento do ataque; 2) Estando dentro da zona de ataque, ao realizar um ataque, utilizar-se do recurso da ameaça. Considerar-se-á ameaça quando o jogador executar movimentos, estando a bola acima da linha dos ombros, visando confundir a direção de lançamento; 3) Estando dentro da zona de ataque, após elevar a bola acima da linha dos ombros, ficar segurando ou ameaçando, sem concluir a jogada de forma imediata, num ato único e contínuo. 4) Dar mais de 1 (um) passo para realizar um passe para seus companheiro de equipe; 5) Estando de posse da bola, andar para trás (afastando da rede).

d) O jogador em qualquer posição do rodízio: 1) Andar (tirar o pé de apoio do solo) estando de posse da bola, tolerando-se a movimentação necessária para obter o equilíbrio e estabilizar-se. Entenda-se como pé de apoio aquele que for mantido em contato com o solo após a recepção da bola. Por exemplo: estando de posse da bola e com os 2 (dois) pés no solo, após movimentar 1 (um) dos pés, o pé que não foi movido será o “pé de apoio”; 2) Reter a bola, não realizando um passe ou ataque em um prazo máximo de 5 (cinco) segundos.

e) Golpear, soltar, arremessar ou enterrar, numa ação de ataque, estando a bola dentro do espaço de jogo da equipe adversária, sobre a rede, independentemente de a bola ir direto ao solo ou tocar em um adversário. Caracteriza-se a falta na saída da bola da mão do atacante.

f) Invadir a linha central da quadra, sob a rede, mesmo que não totalmente mas atrapalhando o adversário.

g) Passar com o corpo todo para quadra adversária, com ou sem a bola, mesmo não interferindo no jogo adversário.

h) Passar totalmente a bola para o espaço de jogo do campo adversário, abaixo da rede.

i) Estando o jogador parado (estabilizado) na quadra, “pipocar” ao tentar receber a bola.

j) Ações as quais obstruam uma tentativa legítima de um adversário jogar a bola.

Artigo 126 – Não serão consideradas como faltas:

a) Movimentar a bola lateralmente, ou para frente e para trás, estando esta abaixo da linha dos ombros;

b) Passar a bola para a quadra adversária após o primeiro ou segundo toques da equipe;

c) Se, na tentativa de obter a posse da bola, o jogador “iniciar” um deslocamento (sair de um local para outro) antes de ter contato com esta bola e, na sequência, cometer o “pipocar”.

Artigo 127 – A um jogador das posições da zona de ataque (posições 2, 3 e 4) será permitido um deslocamento para a lateral (paralelo a rede) ou frontal (em direção a rede) de 2 (dois) passos completos, para realizar um ataque. Será permitido, também, que um jogador ocupante das posições citadas possa efetuar um ataque saltando, quando estiver na zona de defesa, mas podendo efetuar somente 1 (um) passo.

Artigo 128 – Será considerado toque quando um jogador:

a) Receber ou passar a bola, tocar, chutar, golpear, segurar, encaixar, com uma ou duas mãos, ou a bola tocar qualquer parte de seu corpo, mesmo que involuntariamente.

b) Quando 2 (dois) jogadores segurarem juntos a bola, será considerado um toque de cada um, ou seja, dois toques da equipe.

Artigo 129 – Será permitido bloqueio, inclusive com os jogadores saltando, e esse toque no bloqueio não será contado como toque da equipe; portanto, a equipe receptora ainda terá mais três toques para repor a bola para a quadra adversária.

Artigo 130 – Cada equipe terá direito a um pedido de descanso de 1 (um) minuto em cada set. Entre um set e outro o tempo de intervalo será de 3 (três) minutos. Não haverá tempo técnico.

Artigo 131 – Condutas impróprias serão punidas conforme regra oficial da modalidade.

2.2 O processo de envelhecimento e os benefícios do minobol para o idoso

Para a OMS, qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL, 1998).

Tanto a prática do voleibol como a de qualquer outra atividade física, tem sido amplamente procurada, devido aos inúmeros benefícios à saúde de seus praticantes, sejam estes crianças, adolescentes, adultos ou idosos (LAZOLLI et al., 1998; BENETTI; SCHENEIDER; MEYER, 2005; FRANCHI; MONTENEBRO, 2005; KNIJNIK; SANTOS, 2006).

A prática regular do voleibol contribui para uma melhora no desenvolvimento geral dos indivíduos independente da idade, devido a grande riqueza de componentes físicos, psíquicos e sociais envolvidos em sua prática (COLLET et al., 2007).

A prática do voleibol no Brasil, de acordo com Schaeffer (2010), não se concentra apenas em escolas, clubes e seleções por atletas jovens, mas também por ex-atletas de alto rendimento. Estes atletas, ao envelhecerem, tendem a seguir praticando o desporto na categoria adequada a sua idade, como, por exemplo, a categoria máster. Consequentemente a isto, eles acabam buscando manter uma boa saúde física e mental, o que caracteriza a busca pela excelência na qualidade de vida.

Diversas pesquisas no âmbito da Psicologia do Esporte têm avaliado o estudo da motivação, não apenas no esporte de rendimento e universitários, mas também no âmbito recreativo, relacionados com crianças, jovens, adultos e idosos (CAMPOS, VIGARIO, LÜDORF, 2011; FRANZONI, 2006; HERNANDEZ; VOSER; LIKAWKA, 2004; LIMA; MORAES, 2009; SANTOS, 2011).

2.2.1 Benefícios Psicológicos

Cossenza e Carvalho (1997) sugerem que a atividade física pode ser um meio alternativo excelente para descarregar ou liberar tensões, emoções e frustrações, acumuladas pelas pressões e exigências da vida moderna.

No Brasil, os transtornos de ansiedade e depressão são responsáveis por uma enorme sobrecarga para os serviços de saúde, acometendo ao longo da vida, respectivamente, 20% e 30% da população, (ITO, 1998).

Segundo Cooper (1982), o exercício físico, em particular o chamado aeróbio, realizado com intensidade moderada e longa duração (a partir de 30 minutos) propicia alívio do estresse ou tensão, devido a um aumento da taxa de um conjunto de hormônios denominados endorfinas que agem sobre o sistema nervoso, reduzindo o impacto estressor do ambiente e com isso pode prevenir ou reduzir transtornos depressivos, o que é comprovado por vários estudos.

O aumento da população idosa está associado à prevalência elevada de doenças crônico-degenerativas, dentre elas aquelas que comprometem o funcionamento do sistema nervoso central, como as enfermidades neuropsiquiátricas, particularmente a depressão. No entanto, embora o envelhecimento normal possa apresentar uma lentificação dos processos mentais, isto não representa perda de funções cognitivas. Apesar da probabilidade de desenvolver certas doenças aumentar com a idade, é importante esclarecer que não se pode imaginar que envelhecer seja sinônimo de adoecer, especialmente quando as pessoas desenvolvem hábitos de vida saudáveis (NERI, 2002; COSTA, 2002).

A competitividade pode ser definida como: “uma disposição para lutar por satisfação ao se fazer comparações com algum padrão de superioridade na presença de avaliadores” (MARTENS, 1976, p. 3).

Relativamente aos benefícios psicológicos do exercício físico nos idosos, Berger e McInman (1993) exploram o exercício físico, trazendo resultados como qualidade de vida, vontade de viver, felicidade em efetuar atividades do dia a dia, melhora das condições psicológicas e psicossociais.

Além disso, segundo Parreño (1984), o exercício contribui para que haja um equilíbrio psíquico e afetivo do idoso, pois proporciona uma integração social, o que é ainda mais reforçado quando as atividades são em grupo e entre pessoas que têm aptidões e preferências semelhantes. Ainda segundo o mesmo autor, o exercício físico pode ser encarado como uma medida preventiva face o aparecimento de incapacidades locomotoras resultantes do processo biológico de envelhecimento.

2.2.2 Benefícios Físicos

Matsudo (2001, p.195) apresenta os níveis de funcionalidade dos idosos da seguinte forma: ABVD: Atividades Básicas da Vida Diária (higiene pessoal, alimentação, vestuário, locomoção pela casa de forma segura e independente) e AIVD: Atividades Instrumentais da Vida Diária (ir às compras, ir ao banco, visitar amigos, ir ao cinema, cozinhar).

1. Fisicamente dependente: Indivíduos que não conseguem realizar algumas ou nenhuma das ABVD e são dependentes de outros para se alimentar e para outras funções básicas;
2. Fisicamente frágil: Indivíduos que podem realizar ABVD, mas que não podem realizar algumas ou nenhuma das atividades necessárias para viver independentemente (AIVD);
3. Fisicamente independente: Indivíduos que vivem independentemente, usualmente sem sintomas de doenças crônicas, mas com baixo nível de saúde e de condicionamento físico;
4. Fisicamente apto ou ativo: Indivíduos que se exercitam pelo menos duas a três vezes por semana para sua saúde, por prazer ou bem-estar;
5. Atleta: Indivíduos que treinam quase que diariamente, competem na sua categoria etária e praticam esportes de alto risco.

Nahas (2001), nos mostra uma série de benefícios da prática regular de exercícios físicos: promove uma melhora fisiológica (controle da glicose, melhor qualidade de sono, melhoras das capacidades físicas relacionadas à saúde), psicológica (relaxamento, redução dos níveis de ansiedade e estresse, melhora o estado de espírito, melhoras cognitivas) e social (indivíduos mais seguros, melhora a integração social e cultural, integração com a comunidade, rede social e cultural ampliadas, entre outros), além da redução ou prevenção de algumas doenças como a osteoporose e os desvios de postura.

Para Tribess e Virtuoso (2005), o declínio nos níveis de atividade física habitual para o idoso contribui de maneira significativa para a redução da aptidão funcional e a manifestação de diversas doenças relacionadas a este processo, trazendo como consequência a perda da capacidade funcional. Neste sentido, tem sido enfatizada a prática de exercícios físicos como estratégia de prevenir as perdas nos componentes da aptidão física funcional e da saúde desta população.

O envolvimento regular na prática de atividades e exercícios físicos pode retardar o declínio normal relacionado à idade na função dos diferentes sistemas. Pode também, controlar e prevenir doenças crônico-degenerativas (cardiovasculares, diabetes, câncer, hipertensão, etc.) que podem levar a debilidades (SHEPHARD, 2003; BIRD; TARPENNING; MARINO, 2005).

Warburton, Nicol e Bredin (2006), indicam que há uma relação linear entre atividade física e o estado de saúde, sendo que o aumento nos níveis de atividade física pode levar a incrementos e melhorias no estado de saúde do indivíduo. Nesse ponto, assumir um estilo de vida ativo é fundamental para a manutenção da qualidade de vida do indivíduo (MAZO, 2003).

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Tipo de pesquisa

A pesquisa realizada trata-se de um estudo experimental de abordagem quantitativa com uma amostragem não probabilística intencional.

3.2 Amostra

Participaram da amostra 24 idosas divididas igualmente entre Sedentárias e praticantes de Minobol, com média de idade variando entre $\pm 66,45$ anos. As sedentárias não praticam nenhum tipo de exercício ou atividade física e as praticantes de Minobol são praticantes há 1 ano.

3.3 Instrumentação

Para o presente estudo foram utilizadas canetas, pranchetas, uma mesa e cadeira, ficha de coleta de dados (APÊNDICE).

3.4 Procedimento experimental

Compreendendo que a finalidade deste estudo foi verificar a qualidade de vida de idosos praticantes de minobol, foi utilizado o questionário de qualidade de vida SF-36 e o cálculo de raw scale (ANEXO 1), aplicado individualmente em cada uma das idosas. O SF-36 é composto por 11 questões e 36 itens que englobam oito componentes (domínios ou dimensões), representados por capacidade funcional (dez itens), aspectos físicos (quatro itens), dor (dois itens), estado geral da saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), aspectos sociais (dois itens), aspectos emocionais (três itens), saúde mental (cinco itens) e uma questão comparativa sobre a percepção atual da saúde e há um ano.

O indivíduo recebe um escore em cada domínio, que varia de 0 a 100, sendo 0 o pior escore e 100 o melhor.

Os testes realizados foram consentidos pelos idosos, mediante assinatura do termo de consentimento (ANEXO 2) ao início do estudo.

3.5 Análise estatística

Para a análise estatística, foram utilizados os cálculos de média e desvio padrão das variáveis estudadas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Média e Desvio Padrão de idade das idosas praticantes de minobol e das idosas sedentárias

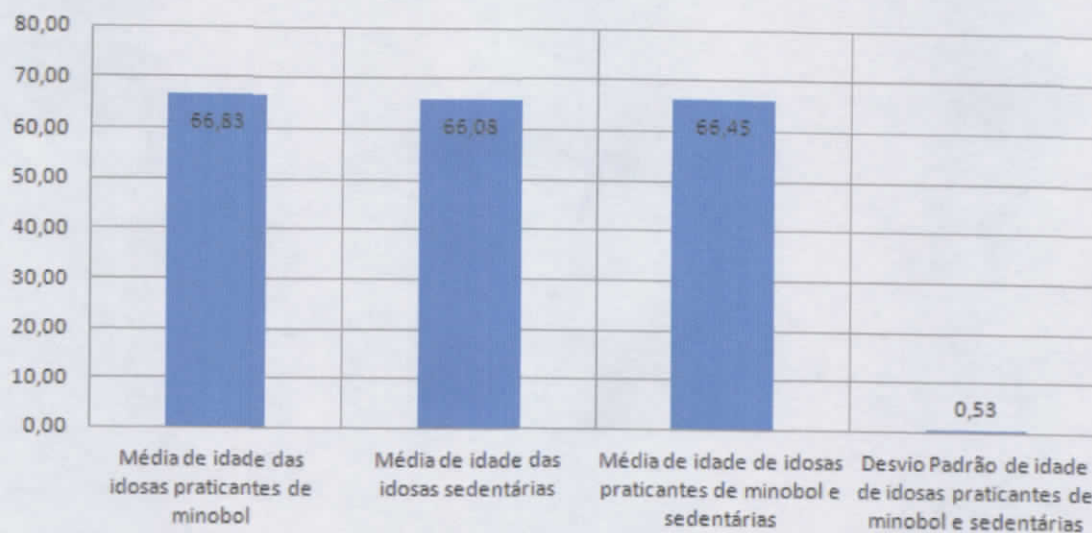


Gráfico 1: Apresenta as médias e desvio padrão das voluntárias do presente estudo.

As 24 idosas avaliadas possuíam média de idade de 66,45 anos, sendo 100% do sexo feminino. A média de idade das idosas praticantes de minobol é 66,83 e das idosas sedentárias 66,08. O desvio padrão entre as idades de praticantes de minobol e sedentárias é 0,53.

A escolha das idosas se mostra uniforme, pois seria impossível conseguir resultados homogêneos e verdadeiros com idades muito distantes.

Média das idosas praticantes de minobol e das idosas sedentárias

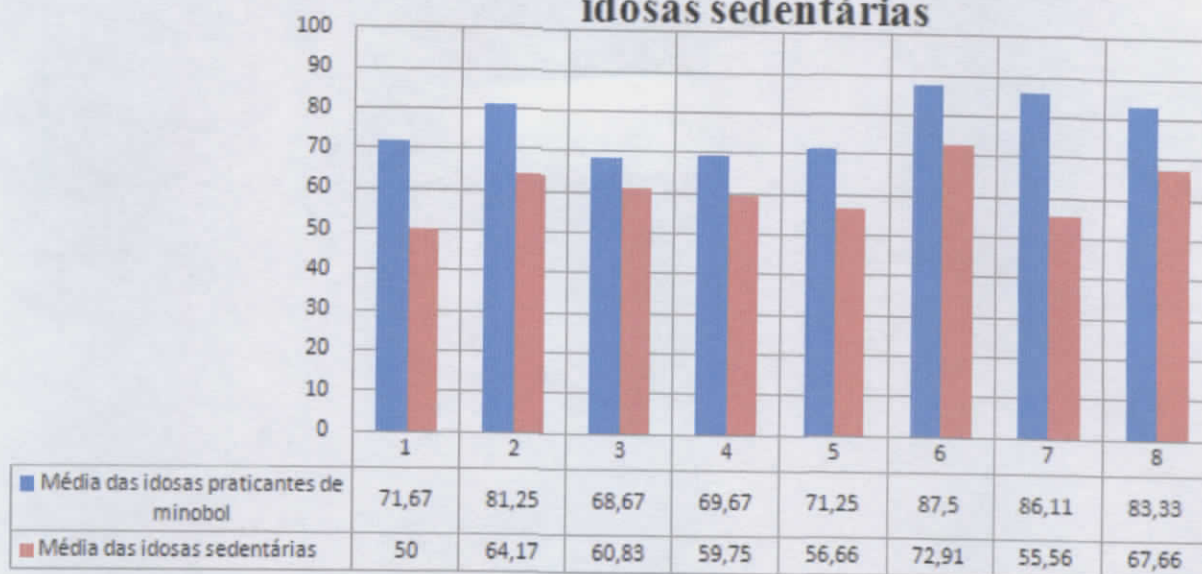


Gráfico 2: Apresenta os resultados de 0 a 100 onde 0= pior e 100= a melhor, envolvendo média de idosas praticantes de minobol e idosas sedentárias a partir dos cálculos dos escores do questionário de qualidade de vida que envolve fase 1: Ponderação dos dados e fase 2: Cálculo do Raw Scale (Anexo 2).

Legenda 1: Capacidade funcional

Legenda 2: Limitação por aspectos físicos

Legenda 3: Dor

Legenda 4: Estado geral de saúde

Legenda 5: Vitalidade

Legenda 6: Aspectos Sociais

Legenda 7: Limitação por aspectos emocionais

Legenda 8: Saúde Mental

Os dados demonstram que as idosas praticantes de minobol dispõem de muito mais qualidade de vida do que as sedentárias. Na legenda denominada capacidade funcional, as médias de idosas praticantes chegaram a 71,67 pontos, enquanto as sedentárias marcaram 50 pontos, diferença de 21,67 pontos. Em limitação por aspectos físicos a diferença diminuiu para 17,08, enquanto que na legenda dor a diferença caiu para 8 pontos. Na legenda intitulada estado geral de saúde, a discrepância está em 9,92 pontos, e em vitalidade a discrepância é ainda maior, no valor de 14,59 pontos. Na legenda aspectos sociais, a diferença por pontos se mantém. Aspectos sociais pontuam 14,59 pontos de diferença, em limitação por aspectos emocionais

aumenta um pouco para 30,55 pontos, e por fim em saúde mental a discrepância é de 15,67 pontos.

Nesse contexto, Minayo (2000) expõe que qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e na própria estética existencial.

Segundo Barros (2012), um novo sentido é reconstruído para os idosos, a partir do espaço que é aberto à eles, através dos grupos de terceira idade, onde o resgate da socialização, da atividade física, da atividade de recreação, ou da simples dança que por um período não se fez presente em suas vidas, devido a momentos de luto, ou por período de acomodação, hoje através dos grupos, reconfiguram período novo. Essa busca pelo prazer de algo que gostavam e que antes as oportunidades não permitiam.

Em termos de qualidade de vida, as idosas que são praticantes de minobol demonstram em dados que apresentam melhores perspectivas em relação ao envelhecimento. Dentre essas idosas, nota-se que as praticantes de minobol procuram mais médicos regularmente, aliando à atividade física a prevenção.

A atividade física regular ajuda a preservar a força muscular, a facilidade de movimentação e o equilíbrio do corpo e também favorece a circulação sanguínea, o controle de peso, a oxigenação dos tecidos e a fixação de cálcio nos ossos, além de melhorar a autoestima, o humor, a disposição geral e a vida social. Esta prática também auxilia na manutenção dos níveis normais da pressão arterial, da glicose e do colesterol no sangue (CAMPOS e COELHO, 2005).

Desvio Padrão das praticantes de minobol e sedentárias

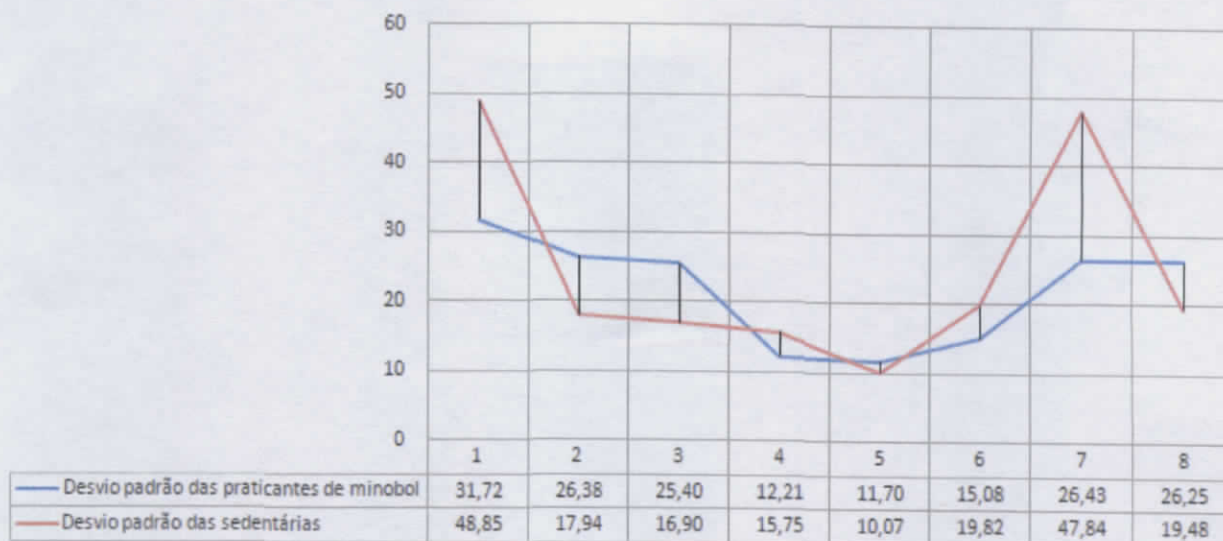


Gráfico 3: Demonstra o desvio padrão dos resultados das praticantes de minobol em relação as idosas sedentárias no questionário de qualidade de vida SF-36. O desvio padrão se encontra mais homogêneo e menor nas idosas praticantes de minobol.

Legenda 1: Capacidade funcional

Legenda 2: Limitação por aspectos físicos

Legenda 3: Dor

Legenda 4: Estado geral de saúde

Legenda 5: Vitalidade

Legenda 6: Aspectos Sociais

Legenda 7: Limitação por aspectos emocionais

Legenda 8: Saúde Mental

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O exercício físico se tornou a maior das potências relacionas ao idoso. Os resultados encontrados em todos os artigos científicos aqui citados são amplos e vão desde os benefícios físicos, até o provento social que lhe é trago.

Idosos com idade acima de 60 anos começam a sentir os efeitos do tempo e experimentam dificuldades em executar as tarefas feitas pelos mesmos durante toda a sua vida. Em companhia a isso, as doenças caracterizadas pela idade aparecem como a diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e etc.

Geralmente com a aposentadoria, os transtornos psicológicos e sociais começam a aparecer, em razão do fato dos mesmos se sentirem inúteis. O minobol une idosos com idades, profissões e qualidades de vida variadas, com tensões, emoções e frustrações acumuladas durante o desenrolar da sua história. É justamente isso que o minobol propõe, descarregar problemas acumulados durante toda a sua existência, criar laços de amizades, proporcionando qualidade de vida aos idosos envolvidos.

As evidências apresentadas nesta pesquisa sugerem que a prática de minobol trás resultados significativos em relação á capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dores, estado geral da saúde do idoso, vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde mental.

Os gráficos demonstram que a média de cada um dos oito domínios das praticantes de minobol estão acima das que são sedentárias, assim se aproximando da nota máxima disponibilizada nesse questionário. Levando em conta o mesmo domínio, vemos que o desvio padrão também se encontra mais homogêneo nas praticantes de minobol do que nas sedentárias, fazendo com que assim a linha se torne uniforme.

O presente estudo apresentou limitações devido ao tamanho da amostra e a falta de controle de treino das praticantes de minobol. Acredita-se que os resultados encontrados possam trazer incentivo aos praticantes, já que o número de estudos sobre esse esporte se encontra em carência. Sugerem-se novos estudos com amostras maiores e controle de treinamento dos praticantes de Minobol. A prática desse esporte não exige grande aptidão física de seus praticantes, sendo assim possível ser realizada por qualquer pessoa dentro das suas condições físicas.

6 REFERÊNCIAS

- BARROS, Juliana Ferreira. **Ser idoso: a importância dos grupos de terceira idade na afirmação e na construção da identidade social das pessoas idosas**. 2012. 164 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional). Universidade de Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul, 2012.
- BENETTI, G.; SCHNEIDER, P.; MEYER, F. **Os benefícios do esporte e a importância da treinabilidade da força muscular de pré-púberes atletas de voleibol**. Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano, Porto Alegre, v.7, n.2, p.87-93. 2005.
- BIRD, S. P.; TARPENNING, K. M.; MARINO F. E. **Designing resistance training programmes to enhance muscular fitness: a review of the acute programme variables**. Sports Med., v. 35, n. 10, p. 841-51, 2005.
- CAMPOS, L. T. S.; VIGARIO, P. S.; LÜDORF, S. M. A. **Fatores motivacionais de jovens atletas de vôlei**. Revista Brasileira de Ciência do Esporte, Florianópolis, v.33, n.2, p.303-317, abr./jun. 2011.
- CAMPOS, M. T. F. S.; COELHO, A. I. M. **Alimentação saudável na terceira idade: estratégias úteis**. 2. ed. Viçosa: Editora UFV, 2005.
- CAPARROZ GP. **Repercussões emocionais das atividades físicas em academias para praticantes**. 2008. 146 f, p 16. Dissertação (Mestrado em Ciências da Motricidade – Pedagogia da Motricidade Humana) – Instituto de Biociências de Rio Claro, Universidade Estadual Paulista, 2008.
- COLLET, C. et al. **Processo de ensino-aprendizagem-treinamento no voleibol infantil masculino em Santa Catarina**. Revista da Educação Física/UEM, Maringá, v.18, n.2, p. 147-159, 2. sem. 2007.
- COOPER, K. (1982). **O programa aeróbico para o bem estar total**. Rio de Janeiro: Nórdica.
- COSSENZA CE, CARVALHO N. **Personal training para grupos especiais**. Rio de Janeiro: Sprint, 1997.
- COSTA, J. L. R. (2002). **Em Busca da (C)Idade Perdida: O Município e as Políticas Públicas Voltadas à População Idosa**. Tese de Doutorado- Saúde Coletiva / FCM- UNICAMP Campinas, SP.
- CRUZ, J., MACHADO, P., & MOTA, M. (1996). **Efeitos e benefícios psicológicos do exercício e da atividade física**. In J. Cruz (Ed.), Manual de Psicologia do Desporto (pp. 91-116). Braga: S. H. O. Manuais de Psicologia.
- FRANCHI, K. M. B.; MONTENEGRO, R. M. **Atividade Física: uma necessidade para a boa saúde na terceira idade**. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Fortaleza, v.8, n.3, p. 152-156. 2005.

FRANZONI, T. B. **Fatores motivacionais associados à prática esportiva de atletas de voleibol.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006.

HERNANDEZ, J. A. E.; VOSER, R. C.; LYKAWKA, M. G. A. **Motivação no esporte de elite: comparação de categorias do futsal e futebol.** EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, v.10, n.77, Oct. 2004.

ITO, L. **Terapia cognitivo comportamental para transtornos psiquiátricos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

KIMURA M, SILVA, J V da. **Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo. v. 43, p. 1099, 2009.

KNIJNIK, J. D.; SANTOS, S. C. **Motivos de adesão à prática de atividade física na vida adulta intermediária I.** Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte, Barueri, v.5, n.1, p. 23-34, 2006.

LAZOLLI, J. K. et al. **Atividade física e saúde na infância e adolescência.** Revista Brasileira de Medicina do Esporte, Curitiba, v.4, n.4, p. 107-109, jul./ago. 1998.

LIMA, J. S.; MORAES, J. M. de. **Fatores motivacionais para prática do vôlei de praia em praticantes de 45 a 87 anos.** EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, v.14, n.138, nov. 2009.

MATSUDO, S. **Envelhecimento & Atividade Física.** Londrina: Midiograf, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Et al.. **Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. Ciência e saúde coletiva,** Rio de Janeiro, 5, p. 7-18, 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>>.

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

NERI, A.L. (2002). **Envelhecer Bem no Trabalho: possibilidades individuais, organizacionais e sociais.** A Terceira Idade, São Paulo, v. 13, n. 24, p.7-27.

PARREÑO, J. R. (1984). **Atividades físicas na vida diária do idoso.** Saúde, 8, 270-275.

PEDRINELLI A, LEME L.E.G, NOBRE R. do S. A. **O efeito da atividade física no aparelho locomotor do idoso.** Revista Brasileira de Ortopedia. São Paulo, v. 44(2), p. 96.

ROBERGS RA, ROBERTS SO. **Princípios fundamentais de fisiologia do exercício para aptidão, desempenho e saúde.** 1.ed. São Paulo:Phorte, 2002.

SANTOS SR, SANTOS IBC, FERNANDES MGM, HENRIQUES MERM. **Elderly quality of life in the community: application of the Flanagan's Scale.** Rev Latino Am Enfermagem 2002; 10(6): 757-64.

SANTOS, J. M. dos. **Motivos para prática de natação de atletas adolescentes federados em Santa Catarina.** 75f. Monografia (Bacharelado em Educação Física) – Departamento de Educação Física, Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2011.

SÃO PAULO (Estado). Portaria G. CEL 06/2012. **Jogos Regionais do Idoso – JORI. Secretaria de Esporte, Lazer e Juventude.** Disponível em: http://www.selt.sp.gov.br/regulamentos_2012/regulamento_jori_2012.pdf.

SCHAEFFER, C. R. **A influência da continuidade da prática do voleibol na composição corporal e na qualidade de vida de mulheres ex-atletas.** 34f. Dissertação (Mestrado em Reabilitação e Inclusão) – Centro Universitário Metodista-IPA. Porto Alegre, 2010.

SCHIMIDT T.C.G, SILVA M. J. P. da. **Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 46, n. 3, São Paulo, jun. 2012.

SHEPHARD, R. J.. **Envelhecimento, atividade física e saúde.** São Paulo, SP: Phorte, 2003.

The WHOQOL Group 1998. **Development of the World Health Organization WHOQOL-B: quality of life assessment.** Psychological Medicine 28:551-558.

TRIBESS, S.; VIRTUOSO, J. **Prescrição de exercícios físicos para idosos.** Revista Saúde, 2005.

WARBURTON, D.E.R; NICOL, C.W.; BREDIN, S.S.D. **Health Benefits of Physical Activity: The Evidence.** Canadian Medical Association Journal, Ottawa, v. 176, n. 6, p. 801-809, 2006.

APÊNDICE**FICHA DE COLETA DE DADOS****DADOS DAS PARTICIPANTES DO TESTE PARA O TCC**

NOME:

DATA DE NASCIMENTO: / /

IDADE:

SEXO: F() M()

PRATICANTE DE MINOBOL: SIM () NÃO ()

QUANTO TEMPO:

PRATICA QUANTAS VEZES POR SEMANA: 2 X () 3X () +X ()

ANEXO I

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36

CÁLCULO DO RAW SCALE

'QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF- 36'

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

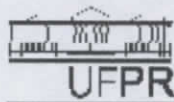
	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5



DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL - UFPR
DISCIPLINA DE TERAPIA OCUPACIONAL APLICADA À NEUROLOGIA
CLÍNICA-ESCOLA DE TERAPIA OCUPACIONAL - UFPR
ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados:

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
07	Se a resposta for	Pontuação
	1	6,0
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
	5	2,0
	6	1,0
08	A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7 Se 7 = 1 o valor da questão é (6) Se 7 = 2 à .., o valor da questão é (5) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1) Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte: Se a resposta for (1), a pontuação será (6) Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75) Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5) Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25) Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)	

09	Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e, h, deverá seguir a seguinte orientação: Se a resposta for 1, o valor será (6) Se a resposta for 2, o valor será (5) Se a resposta for 3, o valor será (4) Se a resposta for 4, o valor será (3) Se a resposta for 5, o valor será (2) Se a resposta for 6, o valor será (1) Para os demais itens (b, c, f, g, i), o valor será mantido o mesmo
10	Considerar o mesmo valor.
11	Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação: Se a resposta for 1, o valor será (5) Se a resposta for 2, o valor será (4) Se a resposta for 3, o valor será (3) Se a resposta for 4, o valor será (2) Se a resposta for 5, o valor será (1)

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de *Raw Scale* porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo:

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$

$$\text{Capacidade funcional: } \frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- Dor (ver tabela)

- Verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4

- Aplicar fórmula:

Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$

$$\text{Dor: } \frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo somá-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.

Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

ANEXO II**TERMO DE CONSENTIMENTO****FUNDAÇÃO REGIONAL EDUCACIONAL DE AVARÉ****FACULDADES INTEGRADAS REGIONAIS DE AVARÉ****EDUCAÇÃO FÍSICA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título da pesquisa: **OS BENEFÍCIOS DO MINOBOL PARA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS FISICAMENTE ATIVOS.**

Esta pesquisa será coordenada pela Prof. Esp. Luiz Carlos Alves Junior e pelas alunas Isabela Carvalho Valerio e Claudia Carvalho, tendo por objetivo verificar os benefícios do minobol para a qualidade de vida de idosos. Todos os voluntários participarão da aplicação do questionário para anamnese e de informações referentes ao minobol. Os resultados obtidos a partir das avaliações descritas neste projeto serão armazenados em um banco de dados, e posteriormente, serão utilizados para publicações científicas, as quais poderão ter o número de voluntários aumentado, ou poderão ser comparados com dados coletados de outros projetos. Neste sentido não estão previstas indenizações, no entanto, os pesquisadores responsáveis se encontram comprometidos com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde na observação e cumprimento das normas e diretrizes regulamentadoras da pesquisa em seres humanos para o que se fizer necessário.

Este documento está impresso em duas vias, sendo que uma ficará com o pesquisador responsável e outra será entregue ao participante. Informamos que, a qualquer momento poderão buscar junto aos pesquisadores esclarecimentos quanto ao objetivo da pesquisa e relativos ao método e/ou quaisquer outras dúvidas que surgirem durante as sessões.

As entrevistas e resultados das avaliações serão registrados em fichas sem identificação do nome dos voluntários, portanto, solicitamos sua autorização para a divulgação do conteúdo de sua entrevista e dados, que muito contribuirá para a realização desta pesquisa. Caso concorde em participar do estudo, sua identidade e seus dados serão mantidos em sigilo, sendo os

mesmos utilizados somente para o desenvolvimento da pesquisa, mantendo-se a confidencialidade e a privacidade dos voluntários.

Os voluntários poderão se recusar a continuar a participar da pesquisa e retirar seu consentimento em qualquer fase da mesma sem penalização ou prejuízo algum. Serão tomados todos os cuidados éticos no sentido de se evitar qualquer tipo de exposição na condução da mesma, assim como, será garantido o direito de obtenção de indenização, na forma da lei, caso esta garantia seja violada. Não haverá gastos decorrentes da pesquisa para os voluntários e os resultados serão utilizados apenas para fins científicos.

Nomes e contatos dos pesquisadores responsáveis:

• **Prof. Esp. Luiz Carlos Alves Junior**

Fone: (14) 99641.2676

E-mail: luizcarlosedufisica@gmail.com

• **Isabela Carvalho Valerio**

Fone: (14) 996097533

E-mail: isaclauca@hotmail.com

• **Claudia Carvalho**

Fone: (14) 997059775

E-mail: claudiacarvalho74@hotmail.com

Consentimento da participação como voluntário:

Eu, _____, portador (a)
do RG: _____ abaixo assinado, concordo voluntariamente em participar do
estudo **“OS BENEFÍCIOS DO MINOBOL PARA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS
FISICAMENTE ATIVOS”**.

Declaro ainda que fui devidamente informado e esclarecido pelos pesquisadores responsáveis sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos.

Local e data: _____

Endereço: _____

Assinatura: _____