

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
DEPARTAMENTO DE PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO EM FISIOTERAPIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PRESCRIÇÃO CLÍNICA DO EXERCÍCIO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

DENIELI ERCOLE SOARES

**PROPOSTA DE FICHA DE AVALIAÇÃO PARA ADULTO E IDOSO EM ACADEMIA
PERSONALIZADA**

CURITIBA

2020

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
DEPARTAMENTO DE PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO EM FISIOTERAPIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PRESCRIÇÃO CLÍNICA DO EXERCÍCIO

DENIELI ERCOLE SOARES

**PROPOSTA DE FICHA DE AVALIAÇÃO PARA ADULTO E IDOSO EM ACADEMIA
PERSONALIZADA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Especialização em Prescrição Clínica do Exercício da Universidade Federal do Paraná como requisito parcial conclusão da Especialização em Prescrição Clínica do Exercício.

Orientador(a): Talita Gianello Gnoato Zotz

CURITIBA

2020

RESUMO

INTRODUÇÃO: Com o decorrer dos tempos vemos a grande importância do exercício físico para a manutenção da saúde, melhora das atividades de vida diárias e melhora de doenças crônico- degenerativas, apresentando inúmeros benefícios tanto físicos quanto nos aspectos psicossociais. **OBJETIVO:** propor ficha de avaliação para adultos e idosos em uma academia que possui atendimento personalizado. **MÉTODO:** Foi realizado uma pesquisa sobre instrumentos de avaliação para adultos e idosos, que mais se adequam a realidade do profissional e a aplicabilidade da avaliação, para que ocorra um melhor planejamento de suas aulas e melhora nos objetivos principais fazendo com que os alunos busquem um trabalho personalizado. **RESULTADOS:** Foi elaborada proposta de ficha de avaliação, a qual terá duração de aproximadamente vinte minutos para aplicação, exercício personalizado seguirá os achados da avaliação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Com essa proposta de avaliação busca-se uma melhora na qualidade dos serviços prestados para o aluno interessado em um serviço personalizado.

Palavras-chave: avaliação física, adulto, idoso.

1. INTRODUÇÃO

A busca pela prática de atividade física personalizada em academias e estúdios de treinamento vem crescendo muito nos últimos tempos e podemos citar diversos motivos como estética, melhora na qualidade de vida, melhora no desempenho desportivo, saúde e bem estar entre outros motivos (SILVA et. al., 2016).

Observa-se que essa procura é independentemente da idade, sexo ou patologia que o aluno possa apresentar. Com isso pode-se criar uma relação de aluno ou contratante assim como menciona Sanches (2006) apud Silva et. al., (2016), em que o aluno que contrata um treinador personalizado é um consumidor, pois entende que há relação de consumo entre eles, já que esse profissional presta serviços ao aluno.

De acordo com essa observação é possível notar que ao oferecer um serviço personalizado o profissional buscará ofertar uma atividade de acordo com a necessidade individual e biológica de cada aluno, com o método e a montagem de programas de exercícios adequados e uma avaliação física que possa embasar esse profissional para que ocorra os melhores resultados dentro desse programa de treinamento.

Nesse sentido, para que os melhores resultados possam ser alcançados, uma avaliação físico-funcional prática e assertiva é de suma importância. A avaliação consiste na coleta de dados quantitativos e/ou qualitativos e na interpretação dessas informações com base em referências previamente definidas. (GUEDES e GUEDES 2006). Com isso foi observado que em diversos casos oferecemos um serviço personalizado porém na prática ocorrem algumas falhas em relação a avaliação.

De acordo com essa necessidade adaptou-se uma ficha na qual englobe diversos aspectos físico-funcionais fundamentais para a prática de exercício físico orientado, desde conhecer o aluno com uma anamnese passando por perimetrias, avaliação muscular esquelética e testes de resistência na qual todos

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
DEPARTAMENTO DE PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO EM FISIOTERAPIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PRESCRIÇÃO CLÍNICA DO EXERCÍCIO**

são importantes para que ocorra um direcionamento específico para cada aluno atendendo a necessidade e o objetivo que fez com que o mesmo procurasse o atendimento personalizado.

Essa ficha também foi criada com a intenção principal de atender a necessidade do profissional de Educação Física que muitas vezes tem limitações para a realização da mesma devido ao tempo de atendimento e infraestrutura disponível no local das atividades.

OBJETIVO GERAL

Propor ficha de avaliação física-funcional para adultos e idosos que frequentam academia personalizada.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Ter mais informações do aluno de forma rápida e aplicável facilmente;

Indicar avaliação de componentes físico-funcionais para adultos e idosos;

METODOLOGIA

Esse estudo tem por base uma pesquisa descritiva, que reunirá diversos testes e avaliações. Em conjunto uma anamnese para conhecer o aluno de forma global, uma avaliação perimétrica que torna-se um indicativo para doenças crônicas não transmissíveis e testes de força e potência de membros inferiores e superiores, testes com o objetivo de avaliar a capacidade funcional do adulto idoso, e teste de resistência de musculatura abdominal.

Os resultados serão apresentados em forma de ficha com descrição de qual maneira deve-se ser realizado e com as suas devidas classificações.

Essa pesquisa foi realizada com o intuito de sanar a necessidade de uma ficha de avaliação na qual teria de ser prática e rápida em sua aplicação, de acordo com a realidade do profissional de academia ou estúdio personalizado, suprimindo a necessidade de oferecer um serviço de qualidade para o aluno que busca um serviço personalizado.

Anamnese:

Podemos definir anamnese como o que se refere as manifestações dos sintomas de doenças e possibilitando conhecer melhor seu aluno por meio de perguntas de identificação, suas principais queixas e seu histórico.

Essa proposta leva questões básicas de conhecimento como: Identificação pessoal, pressão arterial, comorbidades que esse aluno possa apresentar e os principais fármacos presentes em seu dia a dia. Informações de fácil interpretação e que podem influenciar para uma melhor prescrição do exercício físico.

Pressão arterial:

Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito. Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica e doença renal crônica, fatal e não fatal. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016)

Avaliação Física

Avaliação antropométrica: Técnica na qual avalia-se as medidas de circunferência, diâmetros e dobras cutâneas sendo o meio mais comum de predição da composição corporal com sua fácil execução e baixo custo. (ESTRELA, 2006)

IMC: Índice de massa corpórea, principal forma de detecção de indivíduos com grau elevado de risco nutricional. (ANJOS et. al; apud SAMPAIO, 2005).

Banco de Wells: Teste de flexibilidade para medir a amplitude do alongamento da parte posterior do tronco e pernas.

Massa muscular

Membros superiores: Importante para a triagem de sarcopenia.

Membros inferiores e panturrilha: Pode ser indicador de depleção de massa muscular (sarcopenia) associado com incapacidade. (ROLLAND *et al.*, 2003; CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2010).

Cintura quadril: Utilizado como a principal forma de avaliar gordura visceral (NAVARRO *et al.*, 2001) e risco cardiovascular. (PETRIBU *et al.*; 2012)

Teste de força e potência

Teste de sentar e levantar cinco vezes: Quando a força muscular está reduzida pode ser utilizado para triagem de sarcopenia (GOMES, 2019 apud CRUZ JENTOFT *et al.*, 2019).

Teste de marcha estacionária de dois minutos: Tem como objetivo avaliar a capacidade funcional, capacidade aeróbica e resistência aeróbia. (GOMES, 2019)

Teste de resistência abdominal: Teste no qual mede a resistência abdominal. (GOMES, 2019)

Teste de flexão de braços: Avaliar a força/resistência dos músculos dos membros superiores e da cintura escapular no movimento de flexão e extensão dos cotovelos sobre o solo. (MARINHO e MARINS 2012)

RESULTADOS

A ficha de avaliação proposta é apresentada a seguir:

FICHA DE AVALIAÇÃO ADULTO IDOSO

DADOS PESSOAIS

Nome:

Data de nascimento:

Estado civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a)

PRESSÃO ARTERIAL

Pressão arterial: _____ mmHg Classificação: _____

Frequência cardíaca: _____ bpm

Classificação segundo as VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2016)		
Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Normal	≤ 120	≤80
Pré-hipertensão	121- 139	81-89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

COMORBIDADES

(Exemplo: diabetes; Hipertensão arterial sistêmica (HAS); hipercolesterolemia)

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
DEPARTAMENTO DE PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO EM FISIOTERAPIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PRESCRIÇÃO CLÍNICA DO EXERCÍCIO

Descrição da comorbidade	Nome do profissional que descreveu	Início	Atual ou progressa

USO DE FÁRMACOS

Nome comercial	Nome científico	Posologia: dose diária	Hora que faz uso	Há quanto tempo faz uso

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Membro de preferência: Direito () Esquerdo ()

Massa corporal: _____ Kg

Estatura: _____ m

IMC: _____ Kg/m² Classificação: _____

IMC	Classificação
(IMC ≤ 23 kg/m ²)	baixo peso
(23 < IMC < 28 kg/m ²)	peso normal
(28 ≤ IMC < 30 kg/m ²)	pré-obesidade
(IMC ≥ 30 kg/m ²)	obesidade

Classificação Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) no projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE) que pesquisou países da América Latina, incluindo o Brasil (SABE, 2003)

BANCO DE WELLS

Neste teste, o avaliado deverá sentar-se sobre o assoalho ou colchonete com as pernas plenamente estendidas e plantas dos pés contra a caixa usada para a realização do teste. O aluno deverá inclinar-se lentamente e projetar-se para frente até onde for possível, deslizando os dedos ao longo da régua. A distância

total alcançada representa o escore final, sendo que serão realizados 3 tentativas de alcance.

Precauções: o avaliador colocado perto da fita métrica controla que os joelhos não sejam flexionados; que seja feita uma expiração enquanto é realizada a flexão e que o avaliado consiga sustentar esta posição por pelo menos 2 segundos (AFRID – ATIVIDADE FÍSICA E RECREATIVA PARA A TERCEIRA IDADE)

Sentar e alcançar em centímetros

Idade	40-49 anos		50-59 anos		60-69 anos +	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Excelente	>35	>38	>35	>39	>33	>35
Muito bom	29-34	34-37	28-34	33-38	25-32	31-34
Bom	24-28	30-33	24-27	30-32	20-24	27-30
Razoável	18-23	25-29	16-23	25-29	15-19	23-26
Precisa melhorar	<17	<24	<15	<24	<14	<22

Fitness Canada. Canadian Standardized Test of Fitness (CSTF) Operations Manual. 3rd Ed. Ottawa: Fitness and Amateur Sport, Canada, 1986.

MASSA MUSCULAR

Musculatura de membros superiores: medida da circunferência do braço: 15 cm acima do olecrano; em torno do antebraço 10 cm abaixo do olecrano OU região média do segmento (FREITAS JR *et al.*, 2001; BELCZAK *et al.*, 2004):

Região	Direito (cm) () acometido	Esquerdo (cm) () acometido
Braço		
Antebraço		

Musculatura de membros inferiores:

Coxa: maior circunferência entre a EIAS e a base da patela (FERRARESI *et al.*, 2010) ou a cada 4cm ou 10cm MAYROVITZ *et al.*, 2007):

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
DEPARTAMENTO DE PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO EM FISIOTERAPIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PRESCRIÇÃO CLÍNICA DO EXERCÍCIO

Região	Direito (cm) () acometido	Esquerdo (cm) () acometido
Coxa (maior circunferência)		
4cm ou 5cm ou 10cm		
8cm ou 10cm ou 20cm		
12cm ou 15cm ou 30cm		

Panturrilha: circunferência entre o ápice da patela e a região maleolar, BELCZAK *et al.*, 2004 ou a cada 4cm ou 10cm MAYROVITZ *et al.*, 2007):

Região	Direito (cm) () acometido	Esquerdo (cm) () acometido	Diagnóstico trofismo: Normotrófico ou hipertrófico ou atrófico?
Panturrilha (maior circunferência)			
4cm ou 5cm ou 10cm			
8cm ou 10cm ou 20cm			
12cm ou 15cm ou 30cm			

Relação Cintura-Quadril

Esse indicador é determinado pela divisão dos perímetros da cintura (cm) e do quadril (cm) e deve ser obtido pela aferição da região do quadril na área de maior protuberância e da cintura na área mais estreita entre o tórax e o quadril.

O índice de corte para risco cardiovascular é igual ou maior que 0,85 para mulheres e 0,90 para homens. Um número mais alto demonstra maior risco. Quanto menor o valor da relação, melhor. Mulheres com RCQ de 0,8 ou menos, ou homens com RCQ de 0,9 ou menos são considerados "seguros". Uma relação de 1,0 ou maior, para qualquer gênero, é considerada "em risco".

FORÇA E POTÊNCIA

Teste de sentar e levantar de uma cadeira cinco vezes

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
 SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
 DEPARTAMENTO DE PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO EM FISIOTERAPIA
 CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PRESCRIÇÃO CLÍNICA DO EXERCÍCIO

Solicitar que o avaliado levante e sente em uma cadeira cinco vezes, tão rápido quanto conseguir e o tempo deve ser cronometrado por meio de um cronômetro. O teste deve ser realizado três vezes, com intervalo de 1min entre cada repetição e, calculada a média dos três tempos de sua realização para descrição dos resultados. AV1- avaliação 1(pré); AV2: avaliação 2 (pós tratamento). Para realização do teste os braços devem estar cruzados na frente do tronco.

AV1 (em s)	AV1 (em s)	AV1 (em s)	Média AV1

AV2 (em s)	AV2 (em s)	AV2 (em s)	Média AV2

Faixa etária do paciente: _____ Valor obtido na AV1: _____

Conclusão: _____

Faixa etária do paciente: _____ Valor obtido na AV2: _____

Conclusão: _____

Classificação de acordo com a faixa etária para o teste de sentar e levantar de uma cadeira cinco vezes

SUMMARY OF FINAL DESCRIPTIVE META-ANALYSIS OF SIT-TO-STAND TIMES*

Age (yr.)	<i>n</i>		Sit-to-Stand (sec.)		Homogeneity	<i>p</i>
	Studies/Groups	Total Sample	<i>M</i>	95% CI	<i>Q</i>	
60-99	14/37	20617	12.1	12.1-12.1	20972	< .001
60-69	6/6	4184	11.4	11.4-11.4	6.126	
70-79	8/12	8450	12.6	12.6-12.6	1199	< .001
80-89	6/10	344	12.7	10.7-14.8	4.012	

*Excludes some data from two studies (see Table 1).

(BOHANNON, 2006)

Descriptive statistics for time (sec) for 5 sit-to-stand repetitions

Measurement (n)	Mean \pm SD	Minimum-Maximum
Trial 1: all ages (94)	7.8 \pm 2.8	4.0–16.3
Trial 2: all ages (94)	7.5 \pm 2.8	4.0–17.0
Mean: all ages (94)	7.6 \pm 2.7	4.0–16.0
Mean: 19–49 years (39)	6.2 \pm 1.3	4.1–11.5
Mean: 50–59 years (15)	7.1 \pm 1.5	4.4–9.1
Mean: 60–69 years (18)	8.1 \pm 3.1	4.0–15.1
Mean: 70–79 years (16)	10.0 \pm 3.1	4.5–15.5
Mean: 80–89 years (6)	10.6 \pm 3.4	7.8–16.0

(BOHANNONN *et al.*, 2007; BOHANNONN, 2012)

Para triagem de sarcopenia o ponto de corte >15s é indicado como reduzida força muscular (CRUZ JENTOFT *et al.*, 2018).

Teste de marcha estacionária de dois minutos

Tem como objetivo avaliar a capacidade funcional, capacidade aeróbica e resistência aeróbia realizando o maior número de “steps”, isto é, elevações do joelho, em 2 minutos. O indivíduo deve marchar no mesmo lugar durante dois minutos, elevando os joelhos à altura correspondente ao ponto médio entre a patela e a crista ilíaca, que poderá ser marcado na parede. O participante pode descansar e segurar na parede se necessário e deve ser encorajado a obter o desempenho máximo. O resultado será o número total de elevações do joelho realizados em 2 minutos. Será utilizado o joelho direito como referência (RICKI e JONES, 1999; PEDROSA E HOLANDA, 2009; RICKI E JONES, 2013; GUEDES *et al.*, 2015).

1. Aferir os sinais vitais.
2. Pedir para o avaliado ficar em pé, próximo a uma parede. Medir a distância entre a crista ilíaca e a patela e marcar na parede. Então, colar um pedaço de fita adesiva na metade dessa distância.
3. Ao sinal, o avaliado começa a elevar os joelhos, sem correr, por quantas vezes conseguir dentro de dois minutos.
4. Contar quantas vezes o joelho direito atinge a marca solicitada. Essa é a pontuação.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
DEPARTAMENTO DE PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO EM FISIOTERAPIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PRESCRIÇÃO CLÍNICA DO EXERCÍCIO

5. Se a altura do joelho solicitada não for mantida, pedir ao participante para diminuir a intensidade ou parar, até recuperar a altura, mas sem parar o cronômetro.
6. Ao final do teste, providenciar um retorno à calma, pedindo para o avaliado caminhar lentamente por um minuto.
7. Caso o avaliado tenha dificuldade em se equilibrar, poderá utilizar o apoio de uma cadeira para estabilidade. Anotar essa modificação.
8. Uma tentativa.
9. Aferir os sinais vitais após o teste.

Valores de referência para avaliar o resultado do teste de marcha estacionária de dois minutos.

Valores de Referência entre os percentis 25% e 75%		
Idade	Número de elevações de joelho ("steps")	Número de elevações de joelho ("steps")
	Mulher	Homem
60 - 64	75-107	87-115
65 - 79	73-107	86-116
70 - 74	68-101	80-110
75 - 79	68-100	73-109
80 - 84	60-90	71-103
85 - 90	55-85	59-91
90 - 95	44-72	52-86

(RICKI e JONES, 1999)

TESTE DE RESISTÊNCIA ABDOMINAL (Dutton, 2010)

Esse teste mede a resistência dos abdominais. O paciente deve posicionar-se em supino com os quadris flexionados em aproximadamente 45°, os pés planos na mesa de exame e os braços ao lado do corpo. O fisioterapeuta traça uma linha de 8 cm (para indivíduos a partir de 40 anos) ou de 12 cm (para indivíduos abaixo de 40 anos) distal em relação aos dedos. Em seguida, solicita ao paciente para contrair o queixo e rolar o tronco até tocar a linha com os dedos. O paciente

deve manter essa posição o máximo de tempo possível. O teste é graduado da seguinte forma:

Normal (5) = manutenção durante 20 a 30 segundos.

Bom (4) = manutenção durante 15 a 20 segundos.

Regular (3) = manutenção durante 10 a 15 segundos.

Fraco (2) = manutenção durante 1 a 10 segundos.

Traço (1) = incapacidade de elevar mais do que a cabeça fora da mesa de exame.

Table 1. Descriptive Statistics and Normative Reference Values (NRV) by Decade.^a

Decade	Age (Years)		Gender, n		Race % Non- Hispanic White	NRV: TUG Time (Seconds)				95% Confidence Interval for Mean		% of 50 Patients in Each Decade With TUG Greater Than 10
	M	SD	Female	Male		M	SD	Median	Range	Lower Bound	Upper Bound	
20s	24.22	2.33	27	23	66	8.57	1.40	8.42	6.10-12.55	8.175	8.968	16
30s	33.88	2.96	32	18	66	8.56	1.23	8.55	5.62-12.03	8.211	8.910	12
40s	45.00	2.76	27	23	62	8.86	1.88	8.55	6.28-16.83	8.329	9.40	16
50s	53.66	2.81	25	25	68	9.90	2.29	9.90	6.17-16.69	9.253	10.553	21

Abbreviation: TUG, Timed Up and Go.

^aN = 50 per decade.

Teste de flexão de braços

O avaliado deve se posicionar em decúbito ventral, com as mãos apoiadas no solo, com uma distância de 10 a 20 cm a partir da linha dos ombros, com os dedos voltados para frente. O posicionamento das mãos sobre o solo não deve ser acima da linha dos ombros e, na posição inicial do movimento, o rosto deve permitir um alinhamento adequado entre o tronco e as pernas.

A aplicação do teste para o sexo feminino é modificada apenas pelo apoio dos joelhos sobre o solo.

Os demais procedimentos são realizados para ambos os sexos. É recomendado que o avaliado execute algumas vezes o movimento para melhor aprendizagem do teste, porém essas realizações prévias podem causar desgaste muscular, podendo interferir nos resultados ou prejudicar uma futura comparação entre os dados obtidos.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
DEPARTAMENTO DE PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO EM FISIOTERAPIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PRESCRIÇÃO CLÍNICA DO EXERCÍCIO

Objetivo do teste: Avaliar a força/resistência dos músculos dos membros superiores e da cintura escapular no movimento de flexão e extensão dos cotovelos sobre o solo.

Resultado: registra-se o número máximo de repetições corretas em um minuto.

Discussão

Segundo o Conselho Federal de Educação Física (CONFEF):

A avaliação física é um procedimento essencial no trabalho do Profissional de Educação Física. Através dela é possível reunir elementos para fundamentar a sua decisão sobre o método, tipo de exercício e demais procedimentos a serem adotados para a prescrição de exercícios físicos e desportivos. (CONFEF, 2015)

Com isso podemos observar que é de suma importância a aplicação de uma avaliação física adequada para atender as necessidades do aluno e juntamente verificar a atividade e exercício que melhor se aplica ao seu aluno.

De acordo com Nascimento et. al. (2015) é preciso traçar um perfil físico do aluno a fim de preparar um programa adequado as suas condições respeitando seus limites e suas deficiências. Neste estudo foi utilizado uma coleta de dados através de anamnese, uma avaliação física e para a prescrição de cargas a escala de Borg. A avaliação física foi de fundamental importância aonde se observou que ocorreu uma melhora satisfatória de acordo com as variáveis morfológicas e variáveis funcionais dos praticantes independente do seu nível de treinamento.

Como observado por Silva et. al. (2018)

Crescimento da prática da atividade física executados sem a avaliação física das aptidões cardiorrespiratória, neuromuscular, composição corporal e flexibilidade, podem aumentar o risco de lesões ou ainda reduzir resultados almejados. Por isso, a avaliação física é importante no planejamento e prescrição de exercício para diminuição dos riscos de lesões e aumento da eficácia do treinamento. (SILVA et. al. 2018)

O mesmo realizou uma revisão bibliográfica abrangendo trabalhos nacionais e internacionais na qual enfatizam a “avaliação física”, “aptidão física”, “avaliação esportiva”, “prescrição de exercício” selecionando 14 estudos no total. Chegando as devidas conclusões sobre a atividade física: deve ser individualizada e com as informações fornecidas o profissional responsável terá parâmetros de prescrição para o exercício garantindo segurança nas práticas menores indices de lesão e maior indicie de eficiência do indivíduo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a crescente busca por um trabalho personalizado é de grande importância que o profissional responsável esteja atento as principais características e necessidades de seu aluno.

Esse modelo de ficha de avaliação veio para suprir as necessidades do professor e deve ser sempre atualizada e adaptada de forma que possa oferecer um serviço de qualidade e que preze realmente por um trabalho individualizado.

Os principais benefícios que esta ficha de avaliação busca atender são:

- Avaliação rápida e pratica de fácil aplicação no dia a dia;
- Melhorar na preparação de treinos;
- Conhecer seu aluno de forma individualizada;
- Apresentar a evolução para o aluno;

Para que ocorra o serviço personalizado o profissional deve prezar em oferecer o serviço proposto desde a avaliação inicial, a preparação dos treinos e o acompanhamento no decorrer das aulas.

REFERÊNCIAS

AFRID, Atividade Física e Recreativa Para A Terceira Idade. Disponível em: <http://www.afrid.faefi.ufu.br/node/149> Acesso em: 14/01/2020 as 11:52.

ARQUIVOS BRASILEIRO DE CARDIOLOGIA, Sociedade Brasileira de Cardiologia, V. 107, Nº 3, Supl. 3, Setembro 2016.

BELCZAK, C.E.Q.; GODOY, J.M.P.; SEIDEL, A.C.; SILVA, J.A.; CAVALHERI JR, G., BELCZAK, S.Q. Influência da atividade diária na volumetria dos membros inferiores medida por perimetria e pela pletismografia de água. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 3, n. 4, p. 304-10, 2004.

BOHANNON, R.W. Reference values for the five-repetition sit-to-stand test: a descriptive meta-analysis of data from elders. **Perceptual and Motor Skills**, v. 103, n. 1, p. 215-22, 2006.

BOHANNON, R.W.; SHOVE, M.E.; BARRECA, S.R.; MASTERS, L.M.; SIGOUIN, C. S. Five-repetition sit-to-stand test performance by community-dwelling adults: A preliminary investigation of times, determinants, and relationship with self-reported physical performance. **Isokinetics and Exercise Science**, v. 15, n. 2, p. 77-81, 2007.

BOHANNON, R.W. Measurement of Sit-to-Stand Among Older Adults. **Topics in Geriatric Rehabilitation**, v. 28, n. 1, p. 11-6, 2012.

CONFED, Conselho Federal de Educação Física. Disponível em : <http://www.confef.org.br/confef/comunicacao/revistaedf/4295> Acesso em 21/03/2020 as 17:55.

DUTTON, M. Fisioterapia Ortopédica: Exame, Avaliação e Intervenção. **Artmed**, 2ª edição, 2010.

ESTRELA, A. L.; Medidas e avaliação em educação física. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2006.

FITNESS CANADA. Canadian Standardized Test of Fitness (CSTF) Operations Manual. 3rd Ed. Ottawa: Fitness and Amateur Sport, Canada, 1986.

FREITAS JR, R.; RIBEIRO, L.F.J.; KAJITA, L.T.D.; FERNANDES, M.V.; QUEIROZ, G.S. Linfedema em Pacientes Submetidas à Mastectomia Radical Modificada. **RBGO**, v. 23, n. 4, p. 205-8, 2001.

GUEDES, D. P.; GUEDES, J. E. R. P.; Manual prático para avaliação em Educação Física. 1ª. Ed, São Paulo; Barueri. 2006.

GUEDES, M.B.O.G.; LOPES, J.M; ANDRADE, A.S.; GUEDES, T.S.R.; RIBEIRO, J.M.; CORTEZ, L.C.A. Validação do teste de marcha de estacionária de dois minutos para diagnóstico da capacidade funcional em idosos hipertensos. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v.18, n.4, p.921-6, 2015.

MARINHO, B. F.; MARINS, J. C. B.; Teste de força/resistência de membros superiores: análise metodológica e dados normativos. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 25, n. 1, p. 219-230, jan./mar. 2012.

MAYROVITZ, H.N.; MACDONALD, J.; DAVEY, S.; OLSON, K.; WASHINGTON, E. Measurement Decisions for Clinical Assessment of Limb Volume Changes in Patients With Bilateral and Unilateral Limb Edema. **Physical Therapy**, v. 87, n. 10, p. 1362-8, 2007.

Ministerio da saúde, disponível em: <http://www.saude.gov.br/component/content/article/804-imc/40508-so-o-imc-nao-diz-como-voce-esta> . Acesso em 20/10/2019.

NASCIMENTO, M. L.; BRANDÃO D.C.; Prescrição de cargas de treinamento baseado no peso corporal e nos dados da avaliação física. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**. São Paulo. v.9. n.54. p.430-437. Jul./Ago. 2015.

NAVARRO, A. M.; STEDILLE, M. S.; UNAMUNO M. R. D. L.; MARCHINI J. S.; Distribuição da gordura corporal em pacientes com e sem doenças crônicas: uso da relação cintura-quadril e do índice de gordura do braço. **Revista de Nutrição**, Campinas, 14(1): 37-41, jan./abr., 2001.

PEDROSA, R.; HOLANDA, G. Correlation between the walk, 2-minute step and tug tests among hypertensive older women. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, v.13, n.3, p.252-6, maio/junho 2009.

PETTRIBÚ, M. M. V.; PINHO, C. P. S.; CABRAL, P. C.; ARRUDA, I. K. G.; MELO, A. M. A.; Métodos de avaliação da gordura abdominal. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, 2012; 27 (4): 257-63.

RIKLI, R.E.; JONES, C.J. Development and validation of criterion-referenced clinically relevant fitness standards for maintaining physical independence in later years. **Gerontologist.**, v. 53, n.2, p. 255-67, abr/2013.

RIKLI, R.E; JONES, C.J. Functional fitness normative scores for community residing older adults ages 60-94. **Journal of Aging and Physical Activity**, v.7, p.160-17, 1999.

SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. Lebrão, M. L.; Duarte, Y. A. O. **O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan – Americana da Saúde, 2003.

SAMPAIO, L. R.; FIGUEIREDO, V. C.; Correlação entre o índice de massa corporal e os indicadores antropométricos de distribuição de gordura corporal em adultos e idosos. **Revista de Nutrição**, Campinas, 18(1):53-61, jan./fev., 2005

SILVA J. A.; SIMIONATO A.R.; SIQUEIRA L. O. C.; MACEDO A.G.; A importância da avaliação física para a prática e prescrição do exercício físico. **Revista Educação Física UNIFAFIBE**, Bebedouro/SP - Vol. VI p. 71-79, setembro/2018.

SILVA, M. L.; BOSSLE, C. B.; FRAGA, A. B.; Em companhia do personal trainer: significados atribuídos pelos alunos ao atendimento personalizado. **Motrivivência** v. 28, n. 49, p. 26-37, dezembro/2016.

SANCHES, A. B.; Educação física a distância: módulo 4. Universidade de Brasília, Brasília, 2008.