

A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO
ENVELHECIMENTO DA PESSOA COM SÍNDROME DE DOWN, COM ÊNFASE NA
INTERVENÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA – UM ENSAIO
LITERÁRIO

***THE IMPORTANCE OF MULTIPROFESSIONAL HEALTH CARE IN THE
AGING OF THE PERSON WITH DOWN SYNDROME, WITH EMPHASIS ON THE
INTERVENTION OF THE PHYSICAL EDUCATION PROFESSIONAL – A LITERARY
ESSAY***

Gabrieli Machado Batista¹

Prof^o Bruno de Almeida Faria²

RESUMO: A participação do profissional de educação física em equipe multiprofissional em saúde já é uma realidade, visto que a prática de exercício físico se faz essencial na qualidade de vida de todo e qualquer ser humano. Quando se fala em envelhecimento a demanda têm um aporte maior, visto que estudos apontam o exercício físico como adjuvante no tratamento para diversas doenças comuns nessa fase da vida, como sarcopenia, diabetes, hipertensão, obesidade, etc. Indivíduos com síndrome de down sofrem de envelhecimento precoce, ou seja, essas desordens fisiológicas já começam a dá sinais a partir dos 35 anos, sendo necessária uma atenção maior, visto que o fator genético desses indivíduos contribui de maneira significativa para o acometimento de outras doenças como a depressão e o demência por Alzheimer. A metodologia utilizada pode ser caracterizada como um ensaio literário, permitindo assim um estudo mais reflexivo e interpretativo das informações obtidas, dando um caráter mais pessoal ao tema em questão. De acordo com a literatura pesquisada para desenvolver esse artigo, o exercício físico traz diversos benefícios para pessoas no processo de envelhecimento, podendo destacar o treinamento físico como um aliado na manutenção da força física muscular, e para a manutenção de habilidades motoras e cognitivas. É possível concluir afirmando que a intervenção desse profissional se torna fundamental na vida desses indivíduos, assim como a dos outros profissionais de saúde, pois cada um irá contribuir com sua especificidade na manutenção e qualidade de vida desses idosos.

Palavras-chave: treinamento físico, saúde, envelhecimento precoce.

ABSTRACT:

The participation of the physical education professional in a multidisciplinary health team is already a reality, since the practice of physical exercise is essential in the quality of life of each and every human being. When talking about aging, the demand has a greater contribution, since studies point to physical exercise as an adjuvant in the treatment of several common diseases in this phase of life, such as sarcopenia, diabetes, hypertension, obesity, etc. Individuals with down syndrome suffer from premature aging, that is, these physiological disorders already start to show signs from the age of 35, requiring greater attention, since the genetic factor of these individuals contributes significantly to the involvement of other diseases such as depression and Alzheimer's dementia. The methodology used can be characterized as a literary essay, thus allowing a more reflective and interpretive study of the information obtained, giving a more personal character to the subject in question. According to the literature researched to develop this article, physical exercise brings many benefits to people in the aging process, and physical training can be highlighted as an ally in maintaining muscle physical strength, and for maintaining motor and cognitive skills. It is possible to conclude by stating that the intervention of this professional becomes

¹ Centro Universitário Salesiano – UniSales (aluno1@souunisales.com.br)

² Centro Universitário Salesiano – UniSales (professor@salesiano.br)

fundamental in the lives of these individuals, as well as that of other health professionals, as each one will contribute with their specificity in the maintenance and quality of life of these elderly people.

Keywords: physical training, health, premature aging.

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso tem como objetivo pontuar a inserção do profissional de Educação Física na área da saúde, em programas de equipes multiprofissionais norteado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Com ênfase em um grupo específico da sociedade, que são as pessoas com Síndrome de Down (SD), durante a fase adulta (envelhecimento). O Estudo foi elaborado através de artigos, livros e revistas os quais abrangem os temas em questão assim como pelas das Diretrizes do American College of Sports Medicine (ACSM) e do Ministério da Saúde.

De acordo com o levantamento bibliográfico para a realização desse artigo, é possível afirmar de maneira sistematizada a relevância da prática do exercício físico para a qualidade de vida de todo e qualquer ser humano, e em todas as fases da vida, desde a primeira infância até a velhice, pois através da realização de maneira habitual é possível ter uma vida mais saudável, afastado as probabilidades do acometimento de diversas doenças, tais como obesidade, diabetes e depressão.

A constatação da intervenção do profissional E.F para uma velhice independente e saudável de pessoas com síndrome de down é o que fundamenta esse trabalho, pois a prática de exercício físico orientado se mostra fundamental na vida desses indivíduos, auxiliando no controle de diversas doenças bem como na manutenção da memória e na coordenação motora global, ou seja, sua funcionalidade.

É sabido que embora algumas doenças sejam conhecidas como da velhice, por serem mais comuns em idosos, elas não são intrínsecas à essa fase da vida, conhecidas como doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). De acordo com o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Atenção à Saúde no Caderno de Atenção Básica nº19 de Normas e Manuais Técnicos em sua primeira edição em 2007 na página 9, já apontava o quanto as DCNT podem afetar a qualidade de vida de pessoas idosas, gerando perda de funcionalidade, tornando as dependentes de terceiros.

De acordo com o Ministério da Saúde, a avaliação da capacidade funcional em pessoas idosas é fundamental para o direcionamento de um programa de saúde com intervenções que irão proporcionar mais qualidade de vida a esses indivíduos:

A capacidade funcional surge, assim, como um novo paradigma de saúde, proposto pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). A independência e a autonomia, pelo maior tempo possível, são metas a serem alcançadas na atenção à saúde da pessoa idosa. (Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Normas e Manuais Técnicos, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2007, p.10).

Objetivando destacar o profissional de E.F dentro de uma equipe multidisciplinar em saúde, vamos focar na sua intervenção como adjuvante no envelhecimento de pessoas com SD. Sendo assim o trabalho foi dividido em quatro tópicos, que caracterizaram de maneira significativa pontos relevantes do levantamento bibliográfico realizado durante o processo de fundamentação desse artigo.

O primeiro tópico é o sobre a inserção do profissional de educação física em equipe multiprofissional de saúde, na sequência será aborda características da síndrome de down e suas alterações fisiológicas. O terceiro destaque é para fundamentar a intervenção do profissional de educação física no processo de envelhecimento da pessoa com SD, e para finalizar, o quarto ponto será sobre um relato de experiência, sobre a idealização de um projeto real.

Ao finalizar esse trabalho foi possível afirmar, baseado nas leituras realizadas e no relato de experiência, que o envelhecimento da pessoa com SD ocorre de maneira singular, mas sendo amparada por uma equipe multidisciplinar tendo a intervenção do profissional de educação física, o processo pode ocorrer sem grandes perdas funcionais permitindo assim ao idoso uma velhice independente e saudável.

2 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para a realização desse trabalho foi dada através de pesquisa qualitativa, a qual se caracteriza pela forma de analisar e expor as informações desejadas, tendo como objetivo abranger a diversidade de definições e razões que caracterizam a singularidade dos sujeitos, com resultados que não podem ser quantificados. Avaliando os conceitos a respeito da pesquisa qualitativa pode considera que:

[...] há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser

traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Esta não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. (PPRODANOV; FREITAS, 2013, p.9)

Dentro de um estudo qualitativo há várias abordagens que norteiam as pesquisas, o presente trabalho é caracterizado pelo modelo de ensaio literário, o qual permite um estudo mais reflexivo e interpretativo das informações obtidas. Dando um caráter mais pessoal ao tema em questão, sem se desvencilhar das obrigatoriedades de uma pesquisa, ou seja, o rigor e as diretrizes devem ser seguidos. Sendo assim, esse trabalho foi realizado através de análises da literatura com temáticas sobre saúde, qualidade de vida, síndrome de down, profissional de educação física em saúde, equipe multiprofissional em saúde, exercício físico, envelhecimento precoce, socialização e bem-estar.

O levantamento literário para a pesquisa foi através de revistas, livros, artigos publicados nos sites PubMed, SciELO e na base de dados do Ministério da Saúde do Governo Federal. Durante as pesquisas alguns artigos se mostram irrelevantes para o objetivo do trabalho, logo não foram utilizados, concluindo o artigo com 19 referências bibliográfica.

3 ENSAIO ACADEMICO SOBRE OS BENEFICIOS DO TREINAMENTO FÍSICO NA SAÚDE DA PESSOA IDOSA COM SÍNDROME DE DOWN

Nesse tópico foi desenvolvida, de maneira sistematizada, as fundamentações necessárias para o embasado do mesmo, caracterizando e pontuando sobre a inserção do profissional de educação física em equipe multiprofissional em saúde, tal como a velhice precoce em pessoas com síndrome de down e suas implicações na qualidade de vida desses sujeitos, e os benefícios do treinamento físico orientado por um profissional de educação física na saúde do grupo em questão.

3.1 Equipe Multiprofissional em Saúde e a inserção do profissional de Educação Física

Desde março de 1997, na Resolução N° 218 do Conselho Nacional de Saúde o profissional de educação física foi consolidado como profissional da área de saúde, somando assim as 12 profissões já atuantes no setor. Com o passar dos anos a atuação do profissional de

educação física em saúde vêm ganhando mais espaço, a conquista mais recente é de fevereiro de 2020, onde foram reconhecidos pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), sob o código permanente 2241-40, como “Profissional de Educação Física na saúde”.

Mas quais são as atribuições cabíveis ao profissional de educação física que o torna um profissional de grande relevância social? No Artigo 1º da Resolução nº 46/2002 do CONFEF:

O Profissional de Educação Física é especialista em atividades físicas, nas suas diversas manifestações - ginásticas, exercícios físicos, desportos, jogos, lutas, capoeira, artes marciais, danças, atividades rítmicas, expressivas e acrobáticas, musculação, lazer, recreação, reabilitação, ergonomia, relaxamento corporal, ioga, exercícios compensatórios à atividade laboral e do cotidiano e outras práticas corporais -, tendo como propósito prestar serviços que favoreçam o desenvolvimento da educação e da saúde, contribuindo para a capacitação e/ou restabelecimento de níveis adequados de desempenho e condicionamento fisiocorporal dos seus beneficiários, visando à consecução do bem-estar e da qualidade de vida, da consciência, da expressão e estética do movimento, da prevenção de doenças, de acidentes, de problemas posturais, da compensação de distúrbios funcionais, contribuindo ainda, para consecução da autonomia, da auto-estima, da cooperação, da solidariedade, da integração, da cidadania, das relações sociais e a preservação do meio ambiente, observados os preceitos de responsabilidade, segurança, qualidade técnica e ética no atendimento individual e coletivo.

Sendo nosso objeto de estudo mostrar a relevância do exercício físico para a qualidade de vida na velhice de pessoas com síndrome de down, vale destacar a diferença que há entre essa prática e a atividade física. De acordo com a Resolução nº46/2002 do CONFEF – Conselho Nacional de Educação Física no tópico VI na primeira parte, o conceito que define atividade física é: “atividade física é todo movimento corporal voluntário humano, que resulta num gasto energético acima dos níveis de repouso, caracterizado pela atividade do cotidiano e pelos exercícios físicos”, ou seja, a atividade física é toda e qualquer maneira de movimento que o ser humano é capaz de realizar, como por exemplo andar até o ponto de ônibus, subir escada e prática esportiva. Na segunda parte da mesma Resolução é caracterizado o exercício físico, descrevendo da seguinte maneira: “sequência sistematizada de movimentos de diferentes segmentos corporais, executados de forma planejada, segundo um determinado objetivo a atingir”, logo são realizados de forma sistematizado, pautado em objetivos a serem alcançados.

Algumas pessoas podem se perguntar, mas se a educação física já faz parte dos profissionais atuante em saúde desde 1997, quais mudanças são possíveis pautar com essa mudança? Uns dos principais benefícios é a contratação dos profissionais no setor público e

privado de Saúde, assim como reforça a inserção e fortalece sua participação na saúde como hospitais e clínicas, definindo suas competências no setor.

3.1.1 Modelo de Equipe Multiprofissional em Saúde

Para caracterizar esse tipo de modelo, podemos citar o programa do Ministério da Saúde criado mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, onde o profissional de educação física está incluído dentro de uma equipe multidisciplinar em saúde, é o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. Serviço ofertado via Sistema Único de Saúde (SUS) através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), por intermédio do programa de Atenção Primária à Saúde (APS), em parceria direta das equipes da Saúde da Família (SF), sendo essa a porta de entrada para todo serviço ofertado pelo SUS.

O NASF oferta atendimento multidisciplinar para a população de maneira integrativa a todos serviços de saúde disponível pelo SUS. Existem dois modelos, o NASF1 e o NASF 2, a diferença entre eles é a quantidade de profissionais que poderá compor a equipe, no mínimo três e no máximo nove, o que irá definir é a necessidade de cada região.

Podem fazer parte da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família os seguintes profissionais: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional.

A atuação do profissional de educação física dentro do NASF é de extrema relevância visto que cabe a ele muitas vezes ressignificar sua atuação prática, pois a intervenção se dará pensando na saúde do sujeito, mas não simplesmente ligada a questões fisiológicas, e sim o sujeito como um todo, de maneira integral, biopsicossocial. Em razão disso foi criada uma diretriz para nortear o profissional de educação física na sua prática – Práticas Corporais e Atividade Física (PCAF).

Como base nos artigos estudados podemos apontar que, embora o NASF seja uma proposta formulada para possibilitar o acesso do indivíduo, muitas vezes em vulnerabilidade social, na atenção básica de saúde com uma equipe interdisciplinar ofertada pelo SUS, há muito que ser repensado, pois na prática muitos questionamentos ficam em aberto.

As condições de trabalho dos profissionais e suas complexidades em relação aos profissionais da Equipe da Saúde da Família, dúvidas e questionamentos à cerca das atribuições de cada setor responsável que integra a proposta. Em alguns casos, há regiões em que o NASF sofre com a falta de verba, tornando o trabalho precário, como falta de espaço físico, aparato tecnológico e recursos para ações e meio de transporte dos profissionais, ou seja, a divergência da realidade político-institucionais em várias regiões faz com que o programa não cumpra com sua proposta na integra em todo país.

Mesmo existindo situações que permeiam o funcionamento do programa, e por vezes coloca sua funcionalidade em questão, como divergência entre os profissionais do NASF e dos outros profissionais que atuam na atenção básica da saúde, a sua implantação tem se mostrado bastante significativa para a sociedade, pois proporciona um aparato de saúde fundamental para os que dele fazem uso.

O acesso aos profissionais que compõem a equipe, seria impensável para a maioria dos usuários que são contemplados pelo programa, o que reforça a importância das ações pensadas pela equipe interdisciplinar, onde cada saber individual se completa no todo, proporcionando mais saúde e qualidade de vida para o indivíduo.

3.1.2 Papel do Profissional de Educação Física nesse modelo de intervenção

A atuação do profissional de educação física dentro do NASF é de extrema relevância visto que cabe a ele muitas vezes ressignificar sua atuação prática, pois a intervenção se dará pensando na saúde do sujeito, mas não simplesmente ligada a questões fisiológicas, e sim o sujeito como um todo, de maneira integral, biopsicossocial. Em razão disso foi criada uma diretriz para nortear o profissional de educação física na sua prática – Práticas Corporais e Atividade Física (PCAF), sendo elas:

Tabela 2. Diretriz da atuação do profissional de Educação Física no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF.

--

1. Fortalecer e promover o direito constitucional ao lazer; 2. Desenvolver ações que promovam a inclusão social e que tenham a intergeracionalidade, a integralidade do sujeito, o cuidado integral e a abrangência dos ciclos da vida como princípios de organização e fomento das práticas corporais/atividade física; 3. Desenvolver junto à equipe de SF ações intersetoriais pautadas nas demandas da comunidade; 4. Favorecer o trabalho interdisciplinar amplo e coletivo como expressão da apropriação conjunta dos instrumentos, espaços e aspectos estruturantes da produção da saúde e como estratégia de solução de problemas, reforçando os pressupostos do apoio matricial; 5. Favorecer no processo de trabalho em equipe a organização das práticas de saúde na APS, na perspectiva da prevenção, promoção, tratamento e reabilitação; 6. Divulgar informações que possam contribuir para adoção de modos de vida saudáveis por parte da comunidade; 7. Desenvolver ações de educação em saúde reconhecendo o protagonismo dos sujeitos na produção e apreensão do conhecimento e da importância desse último como ferramenta para produção da vida; 8. Valorizar a produção cultural local como expressão da identidade comunitária e reafirmação do direito e possibilidade de criação de novas formas de expressão e resistência sociais; 9. Primar por intervenções que favoreçam a coletividade mais que os indivíduos sem excluir a abordagem individual; 10. Conhecer o território na perspectiva de suas nuances sociopolíticas e dos equipamentos que possam ser potencialmente trabalhados para o fomento das práticas corporais/ atividade física; 11. Construir e participar do acompanhamento e avaliação dos resultados das intervenções; 12. Fortalecer o controle social na saúde e a organização comunitária como princípios de participação política nas decisões afetas a comunidade ou população local.

Adaptado das Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio a Família, Série A: Normas e Manuais Técnicos, Caderno de Atenção Básica, nº27 (2010)

3.2 Características da Síndrome de Down e suas implicações na Saúde

O termo Síndrome significa um conjunto de sinais (fenótipo) e sintomas e Down designa sobre o nome de quem primeiro descreveu a associação dos sinais característicos da pessoa com Síndrome de Down, isso ocorreu em 1866, pelo médico pediatra John Langdon Down, quando se referiu a síndrome como quadro clínico de identidade própria. Porém foi apenas em 1958 quando o francês Jérôme Lejeune e a pesquisadora inglesa Pat Jacobs descobriram a origem cromossômica, a síndrome de down passou a ser considerada uma síndrome genética.

De acordo com Serés Santamaria (2011, p. 1) “ 1) não se trata de uma doença, mas de síndrome genética que pode condicionar ou favorecer a presença de quadros patológicos; 2) entre as pessoas portadoras existe grande variabilidade, mas nunca se deve falar em “graus”,

existe grande variação de alguns indivíduos em relação a outros, assim como acontece na população geral. ”. A Trissomia 21 (T21), mais conhecida como síndrome de down é considerada como a principal causa genética tratando-se de deficiência intelectual, no Brasil uma média de cada 700 nascidos, uma criança nasce com a trissomia do cromossomo 21. Mesmo sabendo que há casos de hereditariedade, a maioria dos casos é de alteração cromossômica, ocorrida por mutação nova, sem possibilidades de recorrência familiar.

O diagnóstico clínico da T21 baseia-se no reconhecimento de características físicas, quanto mais específicas da SD forem identificadas aumenta-se a segurança do diagnóstico:

O fenótipo da SD se caracteriza principalmente por: pregas palpebrais oblíquas para cima, epicanto (prega cutânea no canto interno do olho), sinófrisis (união das sobrancelhas), base nasal plana, face aplanada, protusão lingual, palato ogival (alto), orelhas de implantação baixa, pavilhão auricular pequeno, cabelo fino, clinodactilia do 5º dedo da mão (5º dedo curvo), braquidactilia (dedos curtos), afastamento entre o 1º e o 2º dedos do pé, pé plano, prega simiesca (prega palmar única transversa), hipotonia, frouxidão ligamentar, excesso de tecido adiposo no dorso do pescoço, retrognatia, diástase (afasta- Ministério 16 da Saúde mento) dos músculos dos retos abdominais e hérnia umbilical. (Diretrizes de Atenção à Pessoa com Síndrome de Down, Ministério da Saúde, 2013, p. 15 – 16).

Pessoas com síndrome de Down, ou trissomia do cromossomo 21, possuem 47 cromossomos em suas células em vez de 46, como a maioria da população, podendo se manifestar de três maneiras, sendo a mais comum “Trissomia simples ou livre”, totalizando cerca dos 95% nascidos com essa desordem genética. Já a “Translocação” atinge em média cerca de 3,5%, e por fim o “Mosaicismo”, totalizando uma porcentagem abaixo dos 2% no total de casos.

Na classificação internacional de doenças (CID – 10) a SD recebe o código Q-90. Por estar classificada no capítulo Q 00 – Q99 das malformações, deformidades e anomalias cromossômicas. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), faz parte do conjunto de classificações da Organização Mundial da Saúde e é complementar a Classificação Internacional de Doenças (CID). Enquanto o CID representa exclusivamente a patologia principal e associações que compõem o diagnóstico clínico de uma pessoa, a CIF descreve a saúde e os estados relacionados com a saúde.

Utilizando como critério de avaliação, a CIF considera dois grandes domínios: Função e estrutura do corpo; Atividade e participação. Baseada no conjunto de dados assim obtidos, a

CIF trabalha com o conceito de funcionalidade e incapacidade. Portanto, quando se tem por objetivo uma avaliação contínua de acompanhamento clínico, como na SD, recomenda-se que além do CID, se utilize a CIF, pois permite entender a condição ou estado de saúde de uma pessoa dentro do contexto mais amplo e diverso.

De acordo com As Diretrizes de Atenção à Pessoa com Síndrome de Down, do Ministério da Saúde (2013) “as diferenças entre as pessoas com SD, tanto do aspecto físico quanto de desenvolvimento, decorrem de aspectos genéticos individuais, intercorrências clínicas, nutrição, estimulação, educação, contexto familiar, social e meio ambiente.”

Em razão das especificidades das pessoas que nascem com essa condição genética a intervenção precoce se faz necessária para que o desenvolvimento e a qualidade de vida não sejam afetados negativamente pela falta de estímulos necessários e intervenções profissionais em cada etapa da vida. Uma equipe multidisciplinar é de suma importância, pois não basta tratar isoladamente cada estímulo, é necessário um planejamento amplo e subjetivo para cada intervenção.

3.3 Acompanhamento do Profissional de Educação Física na velhice com ênfase no idoso com Síndrome de Down

Envelhecimento é um processo fisiológico natural da queda progressiva de reserva funcional do indivíduo, adota no Brasil a idade de 60 anos como o marco que dá início a essa fase. De acordo com o censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 o aumento da população idosa é um fenômeno que ocorre de maneira natural e não tem volta, nesse mesmo ano a expectativa de vida da população brasileira era de aproximadamente 73,5 anos, com projeções para 2050 para a idade de 81,3 anos (IBGE, 2010).

Com o aumento da população idosa cresce também as preocupações, visto que a demanda voltada para a saúde, e como consequência a qualidade de vida dessa população demanda uma atenção maior, pois:

[...] uma vez que o processo de envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, caracterizado por alterações morfológicas, fisiologias, bioquímicas, psicológicas e físicas que podem agravar as condições de vida da pessoa idosa. A

incapacidade de o indivíduo realizar atividades como pentear o cabelo, tomar banho, carregar uma sacola de compras ou deambular livremente está diretamente relacionado às alterações que acometem os sistemas orgânicos durante o envelhecimento natural. (Flávia Gomes de Melo Coelho [et al], 2013, p.15)

Onde vão diminuindo as capacidades físicas e cognitivas, assim como a perda de massa magra e o acometimento de doenças crônicas, ocorrendo disfunções significativas para a independência e autonomia, sendo essas as maiores queixas entre os idosos quando se percebem nessa situação, o medo de ter que depender de terceiros para o seu dia a dia.

A qualidade de vida está ligada aos fatores sociais, culturais e ambientais, contribuindo assim para um estilo de vida sedentário ou ativo, permitindo ao idoso passar por esse processo de maneira saudável ou enfrentando diversas doenças. De acordo com Papalia (2022, p.499), “Hoje sabemos que muitos problemas que antes eram considerados resultado da idade são consequência de doenças ou de fatores do estilo de vida”.

O aumento da idade não implica em se tornar uma pessoa doente e sim a sua maneira de viver que irá nortear o envelhecimento, sendo possível envelhecer com saúde, autonomia e independência, ou seja, preservando as capacidades físicas e cognitivas para uma rotina diária saudável. De acordo com a Organização Mundial da Saúde o envelhecimento populacional é decorrente de algumas mudanças na sociedade, uma delas é a queda da mortalidade e o aumento da esperança de vida.

Alterações relevantes precisam ser destacadas, pois ocorrem de maneira natural, ainda que existam recursos medicinais, estéticos entre outros, para retardar esse processo, todos irão passar por ele, pois é um processo relativo a própria fase da vida, podendo afetar de modo expressivo a qualidade de vida do indivíduo.

É um processo gradual e inevitável de deterioração física que começa cedo na vida e continua ao longo dos anos, independente do que as pessoas façam para evita-lo. Nessa visão o envelhecimento é uma consequência inevitável de ficar velho. PAPALIA; MARTORELL, 2022, p. 500).

Entre as alterações comuns no envelhecimento podemos citar a diminuição da função renal, artrite, osteoporose, diminuição dos batimentos cardíacos, diminuição da força muscular, encurtamento das fibras musculares, condicionamento físico diminuído, aumento do tempo de reação e de movimento.

A diminuição da força muscular merece destaque pois está diretamente ligada ao acometimento do desempenho físico podendo ocasionar sarcopenia, levando a perda do equilíbrio, aumentando assim o risco de quedas. De acordo com Flávia Gomes de Melo Coelho [et al] (2013), “uma das mais evidentes alterações ocorridas durante o processo de sarcopenia é a lenta e progressiva diminuição da massa muscular. ”

De acordo com Doherty (2003), a prática regular de exercícios minimiza a perda muscular (sarcopenia) durante o processo de envelhecimento, sendo que os exercícios resistidos são mais eficazes para a prevenção e para a prevenção e recuperação da perda de massa muscular. Sendo assim é possível afirmar a importância do exercício físico orientado para a um envelhecimento saudável.

Um corpo ativo, que pratica atividade física diariamente, é capaz de afastar diversos tipos de doenças, quem possuem um estilo de vida sedentário, ou seja, não se exercita semanalmente no mínimo 150 minutos considerado necessário pelas diretrizes do American College of Sports Medicine (ACSM), está entre o grupo de pessoas que poderão ser acometidos por diversas doenças evitáveis.

O estilo de vida saudável está para além de um corpo escultural, e sim em busca de um corpo funcional, ativo, independente, em busca de equilíbrio para se viver bem. Com a prática de exercício físico regular orientado pelo profissional de educação física, é possível ter qualidade de vida, controlar doenças crônicas, manter o equilíbrio corporal e retardar o declínio cognitivo que é comum na velhice.

Indivíduos com síndrome de down são acometidos pelo envelhecimento precoce, ocorrendo em idade cronológica diversa de pessoas sem a síndrome, podendo observar os sintomas a partir dos 35 anos, como perda de habilidades coordenativas e cognitivas, desordem de conduta, perda de memória e depressão.

Para além dessas doenças também é possível observar ansiedade, diminuição da força muscular, perda de massa magra e Alzheimer, onde estudos têm mostrado a prevalência de 70% em pessoas com SD, enquanto na população geral a ocorrência é de 18%. A causa disso é a própria alteração genética da síndrome. São características da Doença de Alzheimer (D.A) a produção aumentada da Proteína Precursora Amiloide (APP), somada a perda na adesão celular, neurotoxicidade e desenvolvimento celular, a formação precoce de placas.

De acordo com as diretrizes do ACSM (2018) existem algumas considerações específicas para o treinamento físico de pessoas com síndrome de down, pois eles apresentam algumas particularidades, tais como baixo nível de condicionamento aeróbio e força muscular. Normalmente são indivíduos obesos, quase todos apresentam frequência cardíaca baixa, hipotonia muscular associada a fraqueza articular. Sendo necessário aumentar a força muscular, principalmente em torno de grandes grupos articulares, como por exemplo o joelho.

As recomendações do treinamento físico para esses indivíduos são baseadas na frequência semanal, intensidade (leve, moderado ou intenso), no tempo de execução por dia (minutos por sessão) e no tipo de exercício considerado adequado para esse grupo específico, que de acordo com as diretrizes é possível organizar da seguinte maneira:

Tabela 2. Orientações de prescrição de exercício para pessoa com síndrome de down.

	Aeróbio	Resistência	Flexibilidade
Frequência	3 a 7 dias por semana para aumentar o gasto calórico; incluir 3 a 4 dias por semana de exercício de intensidade moderada a vigorosa e AF de intensidade leve nos restantes dos dias	2 a 3 dias por semana	Pelo menos 2 a 3 dias por semana, de preferência prática diária dando atenção a instabilidade atlantoaxial no pescoço
Intensidade	40 a 80% da FCR; a PSE pode não ser um indicador adequado para essa população	Começar com 12 repetições, usando do 60 a 70% de 1RM por 1 a 2 semanas. Aumentar para 75 a 80% de 1RM	Alongamento até o ponto de estiramento muscular ou leve desconforto
Tempo	30 a 60 min por dia; sessões de exercícios intermitentes de 10 a 15 min podem ser usadas	2 a 3 séries para cada grande grupo muscular	Manter alongamento estático por 10 a 30 segundos; 2 a 4 repetições de cada exercício
Tipo	A principal atividade é a caminhada com progressão para a corrida, usando corridas intermitentes; natação; e exercícios para pernas e braços com cicloergômetro	Equipamentos/ máquinas são preferíveis ao uso de pesos livres, a fim de garantir a segurança na atividade	Alongamentos estáticos

Adaptado das Diretrizes do ACSM para os Testes de Esforço e sua Prescrição (2018)

A prática sistematizada de exercício físico tem se tornado uma grande aliada para tratar diversas doenças comuns na velhice, assim como afastar tantas outras e para além disso, manter as capacidades motoras e cognitivas em ordem, retardando as disfunções naturais desse processo, pois os efeitos fisiológicos do envelhecimento são significativos, como a diminuição da frequência cardíaca, do tempo de reação, força muscular, massa óssea, flexibilidade, e o aumento do percentual de gordura, assim como de recuperação e pressão sanguínea.

Mesmo diante do esclarecimento dado sobre os benefícios da prática de exercício físico para pessoas idosas ainda existem algumas barreiras que impedem a sua realização, de acordo com as diretrizes da ACSM podemos descrever as seguintes:

Falta de apoio ou indiferença, aumento do isolamento social, medo de cair, insegurança e incômodos físicos, como lesões, doenças crônicas e problemas de saúde[...] essas barreiras podem ser significativas e exigem uma consideração cuidadosa ao prover AF e desenvolver intervenções para a população idosa. (Diretrizes ACSM, 2018, p.412)

Dessa maneira pode se afirmar que a mudança de hábito implica em uma mudança significativa para toda a rede de apoio, pois eles fazem parte desse processo e precisam perceber as necessidades dos seus assistidos, pois sem a falta de incentivo e da credibilidade não há como o idoso nessa condição participar de programas que promova a qualidade de vida. A insegurança da exposição aos riscos precisa ser vencida, logo o trabalho da equipe multiprofissional deve contemplar todo o contexto e não somente o indivíduo de maneira isolada.

4 RELATO DE EXPERIÊNCIA - UM PROJETO POSSÍVEL

Hoje existem apenas duas instituições na Grande Vitória que atendem exclusivamente pessoas com Trissomia 21, uma fica na cidade de Vitória e outra na cidade de Cariacica, existem outras associações e institutos, mas atendem síndromes e deficiências de maneira mais ampla, como por exemplo as APAES e PESTALOZZI.

As associações que desenvolvem trabalho exclusivo para pessoas com T21 de maneira geral têm a mesma diretriz de trabalho, acompanhando as famílias desde o nascimento até a fase adulta, de maneira geral até os 40 anos, porém o público a partir dos 35 já não se sentem tão atraídos pelas oficinas, gerando desistência de se integrar aos grupos. Gerando assim, um enorme problema para o indivíduo com síndrome de down, visto que as associações são os espaços onde há a convivência social, criação de vínculos, trazendo assim mais qualidade de vida além de se sentir pertencente ao um grupo ativo socialmente.

Diante dessa realidade podemos nos questionar sobre a saúde desses indivíduos, pois sabemos que a pessoa com síndrome de down sofre com o envelhecimento precoce, e isso pode ser notado a partir dos 35 anos de idade, e com o envelhecimento vem todas as questões de saúde associadas ao processo natural que é envelhecer e a falta de assistência necessária o sujeito pode ter serias consequências afetando assim sua autonomia, independência, logo a sua qualidade de vida.

Analisando essas questões é possível pensar em um projeto de saúde multidisciplinar para acolher esse usuário, possibilitando o acesso à profissionais qualificados para traçar as melhores intervenções para que o envelhecimento ocorra de forma natural sem grandes prejuízos para o jovem idoso. Uma equipe multidisciplinar composta por profissionais da educação física, terapia ocupacional, fisioterapia, fonologia, nutricionista, psicologia, enfermagem e assistente social, uma equipe de saúde para direcionar as melhores intervenções para cada pessoa assistida pelo projeto.

É possível observar que pessoas com poder aquisitivo maior fazem uso de terapias e acompanhamento com diversos profissionais da saúde fora da instituição, inclusive de educação física, o que não é a realidade da maioria. A grande parte faz uso de todos profissionais que têm na instituição, e como não há um programa específico de exercício físico ficam sem a intervenção individualizada e específica desse profissional.

O projeto tem como público alvo pessoas com síndrome de down que se encontram em vulnerabilidade social (baixa renda) para tal é possível pensar na seguinte proposta: Equipe composta por Educador Físico; Fisioterapeuta; Fonologia; Nutricionista; Psicologia; Enfermagem; Assistência Social. Atendendo em grupos compostos de 10 a 15 usuários com idade acima dos 35 anos, com tempo de intervenção de seis a doze meses. Onde cada profissional deverá criar um plano de ação para o grupo em questão, porém o planejamento

geral se dará em equipe, ocorrendo em espaços ao ar livre, como parques ou praias, utilizando as associações apenas para os planejamentos, reunião geral e orientação individualizada com os usuários. Os materiais necessários para as intervenções deverão ser custeados pelas associações.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível afirmar, com base na literatura analisada, a importância da prática de exercício físico para a qualidade de vida do idoso com síndrome de down, pois através do mesmo é possível que o envelhecimento ocorra sem perdas significativas para a saúde, bem como a manutenção das capacidades motoras e cognitivas, permitindo assim sua independência durante a velhice e como consequência mais qualidade de vida.

Portanto, pode-se enfatizar a importância do idoso ser assistido por outros profissionais da saúde, como psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pois cada profissional irá contribuir de forma sistematizada durante esse processo de velhice, ou seja, não desconsiderando o idoso como um sujeito biopsicossocial.

Sendo assim, é possível ressaltar a necessidade de equipes multiprofissionais em saúde, seja em espaços públicos ou privados, pois é onde os profissionais realizam os estudos de caso, e conseguem planejar juntos uma intervenção mais assertiva para o paciente. Fazendo com que o tratamento seja mais abrangente, onde cada profissional trará sua contribuição baseada em um todo, e não simplesmente com um objetivo.

6 REFERÊNCIA

COELHO, F. G; GOBBI, S; COSTA, J. L; GOBBI, L. T. **Exercício físico no envelhecimento saudável e patológico: da teoria à prática**. 1. ed. Curitiba, PR: CRV, 2013. p. 15; 63; 99.

CONFED – Conselho Federal de Educação Física. **Revista Educação Física: Profissional de Educação Física na Saúde está no CBO – Inclusão de código permanente na Classificação Brasileira de Ocupações** representa a mais recente conquista para a consolidação da atuação profissional na área de saúde. CONFED, 2020. P. 8 – 9. Disponível em: <
https://www.confef.org.br/extra/revistaef/arquivos/2020/N74_MAR%C3%87O/03.pdf>

Acesso em: 20. set, 2022.

CONFEDERAÇÃO Nacional de Educação Física. Disponível em:
<<https://www.confef.org.br/confef/resolucoes/82>>. Acesso em: 20, set, 2022.

DE APOIO, N. et al. **Brasília -DF 2010 DIRETRIZES DO NASF: CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA.** [s.l: s.n.]. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf>. Acesso em: 20, set, 2022.

MACIEL, M. G. Atividade física e funcionalidade do idoso. Motriz. **Revista de Educação Física.** UNESP, 2010.

MCARDLE, W.D; KATCH, F. I; KATCH, V. L. **Fisiologia do exercício: nutrição, energia e desempenho humano.** CAMPOS, D. B; VOEUX, P. L. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. p.

MENEGHETTI, F.K. **O que é um Ensaio-Téorico?** Curitiba, v.15, n. 2, p. 320 – 332, março/abril, 2011.

MINISTÉRIO, D.; SAÚDE. **CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA.** [s.l: s.n.]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf>. Acesso em: 20, set, 2022.

MOREIRA, L. M. DE A. et al. Premature aging in adults with Down syndrome: genetic, cognitive and functional aspects. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 4, 2019.

OLIVEIRA, R. C. DE. Educação física, saúde e formação profissional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, 8 out. 2018.

PAPALIA, D. E; MARTORELL, G. **Desenvolvimento humano.** COSTA, F. A. 14. ed. Porto Alegre: AMGH, 2022. p. 499 – 500.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103–109, fev. 2001.

PILLATT, A. P.; NIELSSON, J.; SCHNEIDER, R. H. Efeitos do exercício físico em idosos fragilizados: uma revisão sistemática. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 26, n. 2, p. 210–217, jun. 2019.

- PRODANOV, C. C; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. Ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013, p. 9.
- RIEBE, D. et al. **Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição**. PITHON, T. C. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. p.340 – 344.
- SANTAMARIA, A. S. et al. **Síndrome de Down de A a Z**. MEDEIROS, C. B. Campinas, SP: Sabres, 2011. p. 1; 15.
- SANTOS, F. H; ANDRADE, V. M; BUENO, O. F. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 14, n. 1, p. 3-10, jan/mar. 2009.
- SILVA, D. L. O Profissional De Educação Física Na Saúde Pública: Atividade Física e o NASF - **Brasil Escola**. Disponível em: <<https://meuartigo.brasilecola.uol.com.br/educacao-fisica/o-profissional-de-educacao-fisica-na-saude-publica-atividade-fisica-e-o-nasf.htm>>. Acesso em: 20. set, 2022.
- TAVARES, R. E. et al. Healthy aging from the perspective of the elderly: an integrative review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 6, p. 878–889, dez. 2017.
- TAYLOR, A. W; MICHEL, J. J. **Fisiologia do exercício na terceira idade**. OLIVEIRA, S. I. Barueri, SP: Manole, 2015. p. 3.