

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

FABIANA MENDONÇA NIGIDO GALLETTA

**QUALIDADE DE VIDA DE
INDIVÍDUOS IDOSOS
PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA
DE DANÇA DE SALÃO**

Campinas
2008

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA
BIBLIOTECA FEF - UNICAMP**

G136q Galletta, Fabiana Mendonça Nigido.
Qualidade de vida de indivíduos idosos participantes de um programa de dança de salão / Fabiana Mendonça Nigido Galletta. -- Campinas, SP: [s.n], 2008.

Orientador: Vera Aparecida Madruga.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas.

1. Qualidade de vida. 2. Idosos. 3. Dança de salão. I. Madruga, Vera Aparecida. II. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física. III. Título.

Título em inglês: Quality of life of the elderly participants of a of ballroom dance program.

Palavras-chave em inglês (Keywords): Quality of life; Aged; Ballroom dance.

Banca Examinadora: Luane Margarete Zanchetta; Vera Aparecida Madruga.

Data da defesa: 05/12/2008.

FABIANA MENDONÇA NIGIDO GALLETTA

**QUALIDADE DE VIDA DE
INDIVÍDUOS IDOSOS
PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA
DE DANÇA DE SALÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)
apresentado à Faculdade de Educação Física
da Universidade Estadual de Campinas para
obtenção do título de Bacharel em Educação
Física.

Orientador: Vera Aparecida Madruga

Campinas
2008

FABIANA MENDONÇA NIGIDO GALLETTA

**QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS IDOSOS
PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE DANÇA DE
SALÃO**

Este exemplar corresponde à redação final do Trabalho de Conclusão de Curso Graduação defendido por FABIANA MENDONÇA NIGIDO GALLETTA aprovado pela Comissão julgadora em: 05/12/2008.

Prof^ª. Dra. VERA APARECIDA MADRUGA

Prof^ª. Dranda. LUANE MARGARETE
ZANCHETTA

Campinas
2008

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a todos os idosos, fonte de grande
inspiração e interesse.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora Profa. Vera que em meio de tanto trabalho me auxiliou e me ajudou desde o começo da pesquisa.

À Profa. Luane Zanchetta, banca desta monografia que, além de tudo me auxiliou na finalização desta pesquisa.

A todos aqueles que trabalharam no programa e que deram suas contribuições; especialmente aos voluntários, sem os quais este trabalho não existiria.

GALLETTA, F. M. N. **Qualidade de vida de indivíduos idosos participantes de um programa de dança de salão**. 2008. 45f. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação- Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

RESUMO

A partir do avanço tecnológico e da medicina houve um aumento na expectativa de vida da população. Fatores como a facilidade ao acesso das informações, prevenção a doenças, desenvolvimento do saneamento básico, melhores condições de trabalho e o consumo adequado dos alimentos auxiliaram paralelamente a essa mudança do perfil da população, sendo possível inferir que houve, portanto, uma melhora na qualidade de vida das pessoas; estimulando assim, o aumento de pesquisas relacionadas à terceira idade. Partindo por esse trajeto, o objetivo da pesquisa foi analisar os efeitos de um programa de dança de salão na qualidade de vida e nas variáveis fisiológicas de idosos. Participaram da pesquisa 22 idosos, sendo: 10 homens e 12 mulheres com idade entre 52 e 67 anos. Foram aplicados testes para avaliação antropométrica (peso, altura, IMC, perimetria da cintura e do quadril, RCQ), frequência cardíaca no repouso e em exercício (teste de 6 min), testes de força muscular de MMII (sentar e levantar durante 30s) e de MMSS (extensão e flexão do cotovelo durante 30s), mensuração da flexibilidade (banco de Wells) e, por fim, avaliação da qualidade de vida por meio de um questionário formulado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o WHOQOL-bref, composto por 26 questões. Estas abordam os domínios: físico, psicológico, o meio ambiente e as relações sociais. Os resultados mostraram que houve um aumento percentual em relação aos quatro domínios, nos dois grupos estudados. Em relação ao domínio físico, as mulheres passaram de 75,89% para 83,93% e os homens 76,79% para 82,50%. Já em relação à variável meio ambiente, os valores percentuais obtidos melhoraram de 66,56% para 72,81% nos homens e de 73,18% para 78,18% no caso das mulheres. Por fim, na questão relativa às relações sociais, os valores percentuais para os homens aumentaram de 75,83% para 80,83%, enquanto que as mulheres passaram de 69,44% para 76,39%. Diante dos resultados apresentados, foi possível concluir que o programa de dança de salão trouxe benefícios em relação à qualidade de vida das pessoas com o perfil estudado.

Palavras-Chave: Qualidade de vida; Idosos; Dança de salão

GALLETTA, F. M. N. **Qualidade de vida de indivíduos idosos participantes de um programa de dança de salão**. 2008. 45f. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação- Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

ABSTRACT

With the medical and technological advance there has been an increase in life expectancy. Factors as the access to information, prevention of diseases, the development of basic sewage, better conditions of work and the appropriate consumption of food helped to perform this change in the profile of the population, making possible to infer that there was an improvement in people's quality of life; stimulating, therefore, the increase of researches related to the third age. Through this path, the objective of this research was analyze the implications of physical activities of aged people. For this, we studied 10 men and 12 women aged between 52 and 67 years. Thus, were applied anthropometric assessments (weight, height, BMI, and waist circumference and hip, WHR), cardiovascular exercise and at rest (test of 6 min), tests of muscle strength of lower limbs (and sit up for 30s) And MMSS (extension and flexion of the elbow for 30s), measurement of flexibility (for bank Wells) and, finally, evaluating the quality of life through a questionnaire formulated by the World Health Organization (WHO), the WHOQOL - brief, composed by 26 questions. These questions concerning: physical and psychological aspects, the environment and social relations. The results showed that there was an increased percentage of the four areas in the two groups. Regarding the physical domain, women increased from 75.89% to 83.93% and 76.79% for men 82.50%. Already in relation to the environment variable, the percentage obtained improved from 66.56% to 72.81% in men and 73.18% to 78.18% for women. Finally, the issue concerning social relations, the percentage for men increased from 75.83% to 80.83%, while women increased from 69.44% to 76.39%. The results presented, it was possible to conclude that the program of ballroom dance of benefits in relation to the quality of life of people with the profile studied.

Keywords: Quality of life; Aged; Ballroom dance

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Aplicação do teste de caminhada de 6 min nos voluntários participantes do programa de dança de salão.....	22
Figura 2 -	Teste de força de MMSS (flexão de cotovelo-30 s) em uma das voluntárias.	23
Figura 3-	Teste de força de MMII (sentar e levantar da cadeira em 30 s) realizado por uma das voluntárias.....	24
Figura 4-	Teste de sentar e alcançar em um dos voluntários em um parque da cidade..	25
Figura 5-	Porcentagem das respostas obtidas nos questionários de qualidade de vida respondidos pelos homens antes e após o programa de dança de salão.....	29
Figura 6-	Porcentagem das respostas obtidas nos questionários de qualidade de vida respondidos pelas mulheres antes e após o programa de dança de salão.....	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Domínios do Questionário WHOQOL-bref e questões correspondentes.....	26
Tabela 2-	Valores percentuais das variáveis estudadas, onde os resultados positivos representam melhora e os negativos, piora no rendimento.....	27

LISTA DE ABREVIATURAS

AVDs	Atividades de vida diária
BDI	Beck Depression Inventory
FEF	Faculdade de Educação Física
FC	Frequência Cardíaca
FC rep	Frequência Cardíaca de Repouso
IMC	Índice de Massa Corpórea
LSI	Life Satisfaction Index
MMII	Membros Inferiores
MMSS	Membros Superiores
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de Vida
WHOQOL-bref	Questionário subjetivo que avalia a Qualidade de Vida, elaborado pela OMS.
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

1 Introdução	11
2 Objetivos.....	18
3 Material e Métodos	19
3.1 Voluntários Estudados.....	19
3.2 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	19
3.3 Programa de Dança de Salão.....	19
3.4 Aspectos Éticos.....	20
3.5 Testes Aplicados.....	20
3.5.1 Avaliação Antropométrica.....	20
3.5.2 Avaliação da Frequência Cardíaca no Repouso e em Exercício.....	21
3.5.3 Testes de Força Muscular dos MMSS e MMII.....	22
3.5.4 Testes de Flexibilidade.....	24
3.5.5 Avaliação da Qualidade de Vida.....	26
3.6 Análise dos Dados.....	26
4 Resultados e Discussão.....	27
Considerações Finais.....	33
Referências.....	34
ANEXO A – Questionário WHOQOL-Bref.....	38
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Formal Livre e Esclarecido.....	41
APÊNDICE B - Anamnese.....	42

1 INTRODUÇÃO

A partir do avanço tecnológico e da medicina houve um aumento na expectativa de vida da população. Fatores como a facilidade ao acesso das informações, projetos de prevenção a doenças, desenvolvimento do saneamento básico, melhores condições de trabalho e o consumo adequado dos alimentos auxiliaram paralelamente a essa mudança do perfil da população, sendo possível inferir que houve, portanto, uma melhora na qualidade de vida das pessoas; estimulando assim, o aumento de pesquisas relacionadas à terceira idade.

Possíveis motivos para tal interesse seriam: o crescimento mundial da população idosa, o custo econômico e as repercussões sociais a respeito das faixas etárias mais avançadas, bem como o conhecimento dos benefícios que as atividades físicas podem proporcionar aos indivíduos, especialmente em referência ao idoso, tanto em termos dos ganhos em saúde quanto em qualidade de vida (GOBBI, 1997, THOMPSON; AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 2000).

Foi no final do século XVIII que começou a se perceber o aumento de idosos na Europa. O movimento dos trabalhadores contribuiu no aspecto da jornada de trabalho de 8 horas, das férias e da aposentadoria, para atender a aspectos da qualidade de vida. Chegou-se a racionalizar na administração 8 horas de sono, 8 de trabalho e mais 8 de diversão (recreação e lazer). Acredita-se que este avanço foi um dos fatores cruciais para explicar o aumento da expectativa de vida (BARBOSA, 2003).

Ao pensar-se em envelhecimento, vamos ao encontro da definição de Neri (1998), que define este como sendo um processo múltiplo e complexo, de continuidade e mudanças ao longo da vida, com incrementos, reduções e organizações de caráter funcional e estrutural, influenciados pela integração de fatores sociais, comportamentais e culturais.

De acordo com a filosofia de vida, os valores pessoais e sociais, para alguns o processo de envelhecimento pode adquirir características de um período vazio, isento de valor, sem utilidade, sem significado. Um dos principais problemas da sociedade atual é a solidão, que pode ser a causa de uma série de situações-problema bem como desencadear doenças. Destacamos dentre elas: o infarto do miocárdio e os distúrbios psíquicos.

Freitas et al (2002) afirma que “promover uma velhice bem sucedida é uma questão de justiça social”. E, seguindo esse pensamento, para os idosos a entrada em um grupo de integrantes de programas para a terceira idade pode ser “um marco em suas vidas, uma espécie de divisor de águas que substitui o período de solidão e abandono, seguinte à viuvez ou separação, por um outro de novas amizades, festas, encontros e passeios”.

Já para outras pessoas, a velhice pode ser um tempo livre de obrigações, de afastamento de compromissos profissionais, de aproveitar a vida. Muitas desejam apenas descansar nessa etapa, justificando já terem contribuído com a humanidade/sociedade. Descansar se faz necessário, contudo, não é suficiente uma vez o indivíduo ainda tem muito a trocar em termos de experiências vividas bem como crescer em questões pessoais.

Neri (1993) relata que é importante no envelhecimento a satisfação com a vida atual bem como manter ou resgatar o bem-estar subjetivo, justamente numa fase da vida em que as pessoas estão mais expostas a crises biológicas, psicológicas e sociais.

A partir da meia idade ocorrem profundas e diversas alterações na vida dos indivíduos, como a aposentadoria, a saída dos filhos de casa, menopausa, dentre outras (FORTI, 1993, 1999). Contudo, diante do vazio social que a aposentadoria pode produzir na vida de algumas pessoas, é preciso buscar atividades gratificantes e motivadoras que auxiliem o idoso a superar a depressão, além de fazer com que se sinta útil, ativo e que sirvam de ponto de referência social, supondo um vínculo de união entre os participantes e um meio para integrar-se a um grupo social (GEIS, 2003).

A preocupação com qualidade de vida e com os fatores os quais a permeiam durante velhice adquiriu relevância nos últimos 30 anos, proporcionalmente ao aumento do número de idosos, que passou a ser uma experiência compartilhada por pessoas vivendo em muitas sociedades, despertando, assim, o interesse aos responsáveis pelos planejamentos de políticas de saúde, educação, trabalho e seguridade social e aos cientistas em questões tais: bem-estar físico, psicológico e social dos idosos (Neri, 2002).

Spirduso e Cronin (2001) ressaltam que uma boa qualidade de vida para idosos se relaciona diretamente com a capacidade de realizar suas AVDs

(Atividade de Vida Diária) satisfatoriamente e, terem então, condições de viver independentemente.

Para Neri (2002), a qualidade de vida é um evento de caráter multidimensional e multideterminado; o qual se trata da adaptação de indivíduos e grupos humanos, em diferentes períodos da vida e das sociedades, e, assim, sua avaliação tem como referência múltiplos critérios. Avaliar qualidade de vida consiste em comparar as condições disponíveis com as almejadas. Os resultados são obtidos justamente por índices de desenvolvimento, bem-estar, desejabilidade, prazer ou satisfação.

De acordo com Heinkinen (1998) e Matsudo (2001), o estado funcional pode ser definido como a habilidade pessoal de desempenhar atividades necessárias para garantir o bem-estar, conceitualizando, desta forma, a integração de três domínios: biológico, psicológico (cognitivo e afetivo) e social. Assim a saúde e a habilidade funcional são de crucial importância para a qualidade de vida do indivíduo, porque determinam o nível em que este pode participar de forma independente na comunidade, conseguindo enriquecer a sua vida e a daqueles com quem convive. É válido ressaltar que quanto melhor for a qualidade de vida do idoso, melhor serão os seus hábitos alimentares, higiênicos e de cuidado com o corpo; quanto mais recursos culturais e sociais ele possuir, maior será a sua capacidade de prevenir possíveis alterações.

O fenômeno da qualidade de vida tem diversas dimensões; sendo elas: física, psicológica e social. A saúde percebida e a capacidade funcional são variáveis significativas que devem ser analisadas assim como o bem estar subjetivo, indicado por satisfação (CARVALHO, 2003).

Simões (1998, p.84) reitera a idéia: “A importância de viver não está na função direta dos números vividos, mas sim na qualidade de vida satisfatória”.

Neri (2001) relata que há fortes associações entre qualidade de vida percebida, bem estar subjetivo e aspectos relativos à personalidade. Tais associações têm fortes afinidades com: competência adaptativa, a qual se expressa em competência emocional, ou seja, capacidade de lidar com fatores estressores; em competência cognitiva que tem como significado a capacidade de resolução de problemas e, por fim, em competência comportamental, que nada mais é do que o desempenho e competência social. Associadamente, essas competências se refletem no exercício de papéis sociais, na manifestação de atividades sociais, nas

relações sociais e no ajustamento pessoal, e têm relação notável com a saúde física mental.

De acordo com Geis (2003, p.53) “a melhoria da qualidade de vida é amplamente suficiente para justificar a difusão da Atividade Física, ainda que não se demonstre a capacidade de prolongar a vida”. Já Matsudo (2001, p.165) relata que, “a atividade física pode ser um instrumento para tentar equilibrar ou minimizar o impacto das perdas biológicas e maximizar os ganhos psicológicos e sociais desta etapa da vida”.

Sob uma ótica do Estado, a prática de atividade física tem sido indicada como uma boa opção; sendo ela simples, eficiente e de baixo custo para o incremento da qualidade de vida da população e também no auxílio da redução dos gastos com a saúde (BORN, 1992; GOBBI, 1997; NÓBREGA et al., 1999). A mesma tem sido apresentada e defendida como uma medida útil e benéfica à saúde tanto em proporções individuais quanto nos parâmetros de saúde pública, uma vez que o sedentarismo é considerado como um dos grandes responsáveis pelo surgimento de fatores de risco predispondo, desta maneira, para o aparecimento de várias doenças crônicas (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 2000; WEINECK, 2000; MATSUDO, 2001).

O aumento no número de pessoas fisicamente ativas pode ter como conseqüência a redução de despesas relacionadas à saúde de um país. Associa-se a isto o fato de a aptidão na velhice tornar o idoso mais capaz de envolver-se e interagir no seu contexto social de modo independente e bem sucedido (LOPES, 2000).

Segundo Leão Júnior (2003) investimentos em saúde, promoção bem como um maior acesso a exercícios físicos podem repercutir em um significativo aumento na saúde da população mais velha, com reflexos sobre a redução da morbidade e mortalidade.

Sob outra perspectiva, a atividade física, por desencadear alterações positivas no estado físico e psíquico, torna-se importante para a população referida, com ganhos nas condições de saúde, qualidade de vida e integração social (LEITE, 1990; MATSUDO, 1992; GOBBI, 1997; BRAZÃO, 1998; HURLEY; HAGBERG, 1998; McARDLE; KATCH; KATCH, 1998; NÓBREGA et al., 1999; OLIVEIRA FILHO, 1999).

Quando o idoso conhece o seu próprio corpo e sabe a maneira lidar com ele assim como interagir socialmente, tem saúde, autonomia física e realiza atividades cotidianas com mais disposição e sem necessitar de auxílio é possível constatar que há um novo interesse pela vida e pelo o que a mesma ainda pode oferecer. São esses então, alguns dos aspectos que devem ser tidos como meta para um trabalho com idosos, e atividade física pode ser um dos meios para alcançar essas metas (FREITAS et al., 2002)

A atividade física pode ser, dentre outros meios, uma maneira de auxiliar na prevenção ou então minimizar as alterações decorrentes do processo de envelhecimento. Quando se pensa em indicar uma atividade física para um indivíduo, deve-se levar em consideração aspectos como: prazer em realizar a atividade proposta, as suas necessidades físicas, as limitações individuais para estar realizando tal atividade e também suas características sociais, psicológicas e físicas (FREITAS et al., 2002). A autora retoma a idéia de que o exercício, o controle de peso, a dieta e os hábitos de vida adequados, associados, podem melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Segundo Forti e Chacon-Mikahil (2004) é importante que, em um programa de atividade física, sejam trabalhados os conteúdos que desenvolvam aspectos como: a aptidão cardiovascular (por meio de caminhadas, corridas e natação), incremento da força, estabilidade postural através do equilíbrio, exercícios resistidos, exercícios com transferência de peso, dança, flexibilidade e alongamentos que envolvam mobilidade das articulações e atividades recreativas, as quais promovam a integração social. Essas propostas de programas de atividades físicas são importantes parâmetros para nortear as propostas de atividade física para pessoas idosas.

A atividade física planejada tem relação com a melhora da saúde e com a redução da morbidade e mortalidade, além de propiciar melhora nos aspectos psicológicos e sociais dos praticantes regulares (FORTI; ROLIM, 2004).

VITTA (2000) assegura que a prática regular de exercícios físicos promove ganhos em relação ao humor bem como uma diminuição nas questões relacionadas à ansiedade e à depressão. O autor defende a idéia de que idosos ativos são mais independentes, autônomos e sadios e que boas condições de saúde física têm um efeito direto e significativo sobre a diminuição da angústia e se relacionam fortemente a altos níveis de integração social e auto-estima, que

certamente influenciarão na avaliação subjetiva que o idoso faz da sua qualidade de vida.

Para Freitas et al (2002), a atividade física pode promover a sociabilização entre idosos, pois, afinal, os programas com essa característica são, na maioria das vezes, realizados em grupo.

Okuma (1998) relata que a atividade física torna-se um compromisso interno e acaba sendo um recurso para lidar com o estresse emocional, permitindo a convivência com os pares, promovendo o desenvolvimento da auto-eficácia e a ruptura com o estereótipo que é dado ao idoso pela sociedade. Por conseguinte, a atividade física propicia experiências e vivências positivas, as quais trazem benefícios nas questões subjetivas referentes à qualidade de vida, muito mais do que em relação aos indicadores objetivos. Uma pessoa que realiza atividade física em grupo e se percebe integrada ao mesmo dificilmente irá conviver com sensações negativas (GEIS, 2003).

Fazer parte de um grupo dá ao idoso uma identidade física e social. Esta faz com que o idoso tenha compromissos com o grupo, vivencie o sentimento de confiança, sintam-se estimulados a competir, tenha a oportunidade de desenvolver amizades fortes, seja companheiro e dê e receba apoio. Partindo dos pressupostos acima, a dança de salão é uma atividade completa, uma vez que realizada em grupo, estimula o convívio social assim como promove também uma melhora nas questões físicas (por meio dos exercícios executados como alongamentos, aquecimentos e exercícios específicos), psicológicas (sensação de ser útil, melhora da auto-estima, e sociais (relações interpessoais).

Segundo Powers; Howley (2000), um idoso pode e deve praticar todo o tipo de atividade física, desde que essa prática seja direcionada, e adaptada à sua necessidade e orientada por um profissional qualificado.

As questões relacionadas qualidade de vida também tem sido temas de pesquisas, onde para a quantificação desta alguns instrumentos tem sido utilizado.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu um instrumento chamado WHOQOL-100, a versão original consta de 100 questões, e a partir deste, devido à necessidade de um instrumento mais curto e que fosse de preenchimento mais rápido, o WHOQOL-Brief passou a ser utilizado da seguinte maneira: 2 questões gerais e mais 24, em que cada uma delas representariam uma faceta do WHOQOL-100. Para tal, o critério de seleção das questões foi

conceitual e psicométrico. A partir disso através de uma análise fatorial confirmatória aos 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente.

Diante dessas constatações realizadas acerca da temática do envelhecimento, a dança de salão foi uma estratégia, pois é uma atividade que tem sido utilizada como fator de inclusão social, trazendo para os salões ritmos populares enriquecendo-os com passos e posturas próprias do salão.

2 OBJETIVOS

Avaliar a influência da atividade física na percepção e avaliação subjetiva da qualidade de vida em pessoas idosas antes e após 16 semanas de um programa de dança de salão bem como verificar se o programa influenciou na condição física dos voluntários e de que maneira isto ocorreu.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Voluntários Estudados

Participaram da pesquisa 22 voluntários de ambos os sexos, sendo: 10 homens e 12 mulheres com idade entre 52 e 67 anos.

3.2 Critérios de Inclusão e Exclusão

Para participar foram caracterizados como não ativos (no mínimo 03 meses sem a prática de atividade física regular) e clinicamente saudáveis (deveriam apresentar atestado médico constando que estavam aptos a realizar exercícios físicos) e os que não apresentaram atestado médico e não frequentaram 85% das aulas propostas no programa foram excluídos.

3.3 Programa de Dança de Salão

As aulas aconteceram em 2 sessões por semana, com duração de 90 minutos cada e foram realizadas no Salão de Dança da Faculdade de Educação Física da UNICAMP. Os ritmos trabalhados foram: samba, bolero, forró e rock, com ênfase em bolero. No início do programa houve bastante dificuldade por parte dos alunos; seja por se tratar de um grupo inicialmente sedentário, seja por falta de vivência com a dança de salão. Para tanto, utilizamos atividades lúdicas as quais promovessem um maior contato e integração entre eles.

Um aspecto importante a salientar foi em relação a questão do salão de dança não ter espelhos, pois estes funcionam como facilitadores da compreensão, aprendizagem e correção dos movimentos e acabou ficando ausente. Mesmo com tal adversidade e com número de voluntários do sexo masculino inferior ao feminino, pudemos perceber o interesse e motivação de todos, e então, fizemos proposta para apresentarem uma coreografia no festival interno “Coisas da FEF” realizado na Faculdade de Educação Física da UNICAMP. A idéia foi aderida e o resultado acabou nos surpreendendo positivamente. Após as aulas foram redigidos relatórios abordando os aspectos positivos e negativos das mesmas permitindo

reflexões e, a partir destas, foi possível fazer um trabalho com cada vez mais qualidade e efetividade.

3.4 Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas e aprovada com o n. 627/2006 CAAE: 0503.0.146.000-06, de acordo com as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Após os voluntários terem lido o termo de consentimento formal livre e esclarecido (apêndice 1), serem conscientizados sobre a proposta da pesquisa e na concordância em participar da mesma assinaram o termo de adesão.

Também foi aplicado um questionário de anamnese para que pudéssemos ter dados complementares dos voluntários (apêndice 2).

3.5 Testes Aplicados

3.5.1. Avaliação Antropométrica

Para esta avaliação todos os voluntários trajavam roupas leves adequadas à prática da dança de salão. A medida do peso corporal foi realizada utilizando uma balança de plataforma tipo Filizolla (precisão de 0,1kg). Os valores coletados para a variável peso foram obtidos seguindo a padronização que a literatura recomenda (MATSUDO, 2000), onde os indivíduos foram orientados a manterem-se sobre a balança, posicionando-se de costas para a mesma, com os braços soltos ao longo do corpo.

Os dados da estatura foram coletados usando uma fita métrica afixada à parede, onde foram orientados para que permanecessem com o olhar fixo na horizontal, possibilitando a posição da linha do queixo paralela ao solo. Através desses dados calculou-se o índice de massa corpórea (IMC) $\text{peso}/\text{altura}^2$.

Também foram coletados os dados de circunferência do quadril e da cintura utilizando uma fita antropométrica da marca TBW, com precisão de 0,1 cm. Para a medida de circunferência do quadril, os voluntários foram orientados a

ficarem em posição ortostática, de perfil para o avaliador, abdôme relaxado, braços erguidos lateralmente à altura dos ombros. O avaliador media a circunferência do quadril onde este se apresentou visualmente mais pronunciado (MATSUDO, 2000). Utilizamos esses dados coletados para cálculo da Relação Cintura Quadril (RCQ). Essas avaliações foram realizadas de acordo com os procedimentos do Anthropometric Standardization Reference Manual (HEYWARD; STOLARCZYK, 2000).

3.5.2. Avaliações da Frequência Cardíaca no Repouso e em Exercício

A frequência cardíaca (FC) de repouso foi coletada utilizando-se um freqüencímetro da marca Polar. Para a coleta dessa variável de repouso, os voluntários foram orientados ao chegar ao local da avaliação que deveriam deitar-se na almofada que estava no chão e permanecer nessa posição em silêncio por 15 min.

A coleta de dados da FC em exercício foi realizada após o teste de caminhada de 6 min utilizando-se o mesmo freqüencímetro. A metodologia para avaliação da capacidade cardiorrespiratória baseou-se no protocolo publicado por Matsudo (2000). Os materiais utilizados no teste de caminhada de 6min foram: cones, trena, palitos de sorvete ou cartões, giz, fita crepe e cadeiras.

O percurso foi delimitado pelos cones e os segmentos com fita crepe, giz ou traçados fortes marcados no chão. Para a execução deste teste, os voluntários tinham que percorrer a maior distância possível no tempo total de 6min, num percurso de 45,72m, submarcados em 10 segmentos de 4,57m, segundo MATSUDO (2000 p.36).

O percurso do teste de caminhada de 6 min deveria ser cumprido com os voluntários caminhando o mais rápido possível, mas sem correr. A cada volta completa, eles recebiam um palito de sorvete do avaliador, e, ao final dos 6 min deixavam cair um palito com seu número para que os avaliadores pudessem visualizar em qual metragem eles haviam terminado o percurso de 6 min. Os palitos eram então contados pelo avaliador e se houvesse volta parcial, ela era

determinada de forma prática e precisa pela visualização do trecho percorrido. A Figura 1 mostra alguns voluntários realizando o teste de caminhada de 6 min.



Figura 1: Aplicação do teste de caminhada de 6 min nos voluntários participantes do programa de dança de salão.

Fonte: Tese de Doutorado de Rosane Beltrão Cunha Carvalho

3.5.3 Testes de Força Muscular dos MMSS e MMII

Os testes de força muscular dos MMSS e MMII foram realizados utilizando uma cadeira com encosto reto e sem braços, de assento não acolchoado, com distância do chão ao assento de 43 cm (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 2003; MATSUDO, 2000).

Para o teste de força muscular em MMSS, utilizou-se um halter de mão de 2 kg para o sexo feminino e 4 kg para o sexo masculino, e um cronômetro manual para o controle do tempo de 30s, seguindo recomendações de Matsudo (2000).

Neste teste os voluntários permaneceram sentados na cadeira com as costas retas tocando o encosto e os pés apoiados no chão, tomando o cuidado de posicionar o lado dominante mais próximo à extremidade da cadeira. O movimento consistia na execução de rosca bíceps com supinação. A posição inicial compreende os braços estendidos ao longo do corpo e ao lado da cadeira, perpendicularmente ao chão, com o peso sendo segurado de lado com a mão fechada.

Ao comando verbal de iniciar dado pelo avaliador, o voluntário deveria flexionar o cotovelo girando a palma da mão para cima (supinação).

Também foram orientados de que todo ângulo de movimento fosse cumprido, assim como o retorno à posição inicial com o cotovelo completamente estendido.

O avaliador manteve-se ajoelhado próximo ao voluntário, tocando levemente a região bicipital do avaliado, visando à estabilidade da parte superior do braço durante o movimento e assegurar que a flexão fosse completa. Eventualmente foi necessário que o avaliador precisasse tocar também no cotovelo do avaliado, para orientá-lo quanto à extensão total da articulação do cotovelo. Após uma rápida demonstração por um dos membros da equipe, o voluntário fazia uma tentativa de duas ou três repetições para verificação da maneira adequada de realização do movimento.

Depois dessas orientações, ao sinal do avaliador, o voluntário executava o máximo de repetições em 30s. Foram contadas as repetições corretas e completas até o final dos 30s. No caso do voluntário ter realizado mais da metade do movimento ao final dos 30s, este também era contabilizado. A Figura 2 exemplifica como deve ser aplicado o teste de flexão de cotovelo em uma das voluntárias.



Figura 2: Teste de força de MMSS (flexão do cotovelo 30s) em uma das voluntárias.

Fonte: Tese de Doutorado de Rosane Beltrão Cunha Carvalho

Já em relação ao teste de força em MMII, cada voluntário foi orientado a sentar-se no meio da cadeira, mantendo as costas retas e os pés apoiados no chão, sendo os braços posicionados em forma de “x”, apoiados na frente do tórax. Após a explicação verbal sobre a execução do teste e demonstração pelo avaliador, o voluntário era estimulado a fazer uma tentativa piloto a fim de observar-se a compreensão do teste.

Ao sinal do avaliador, o voluntário deveria levantar e sentar na cadeira durante 30s, procurando alcançar o máximo de repetições nesse tempo. Só foram contados os movimentos completos durante o tempo previsto para o teste. Ao final dos 30s, caso o avaliado estivesse com mais da metade do movimento realizado, este era também contado. A Figura 3 mostra o teste de sentar e levantar da cadeira em 30s sendo aplicado a uma das voluntárias.



Figura 3: Teste de força em MMII (sentar e levantar da cadeira em 30s) realizado por uma das voluntárias.

Fonte: Tese de Doutorado de Rosane Beltrão Cunha Carvalho

3.5.4 Testes de Flexibilidade

Para coleta de dados da flexibilidade utilizamos um banco de madeira de 53 cm, tendo uma régua com padronização métrica em centímetros afixada no mesmo (banco de Wells). O ponto onde os avaliados apoiavam os pés corresponde à marca dos 23 cm. Eles sentavam-se no chão com as pernas estendidas e os pés descalços encostados no banco, com afastamento proporcional à linha do quadril. Os braços ficam estendidos à frente, tendo uma das mãos sobreposta à outra.

Os voluntários eram orientados a flexionar o tronco e progredir lentamente para frente, deslizando as mãos sobre a fita métrica até atingir seu ponto individual máximo. O avaliador posicionava-se próximo ao voluntário e colocava uma das mãos sobre seus joelhos para que houvesse controle de que os voluntários não os flexionassem durante a execução do movimento. A medida era realizada durante a fase de expiração no ponto máximo em que o voluntário

puдesse sustentar a posição por pelo menos 2s. Tres tentativas eram realizadas, sendo considerada a media das tres medidas, caso tivesse ocorrido grande diferença entre elas. A Figura 4 mostra a execuo de como deveria ser realizada este teste.



Figura 4: Teste de sentar e alcançar em um dos voluntários num parque da cidade.

Fonte: Tese de Doutorado de Rosane Beltrão Cunha Carvalho

A aplicao dos testes fisicos seguiu a ordem proposta pelo Colégio Americano de Ciência do Esporte (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 2003).

As variáveis coletadas no pré-esforço foram: FC, estatura, peso e outras relativas  composio corporal. Como todas as variáveis foram obtidas numa única sessão de avaliao, após as medidas do pr-esforço, aplicamos os testes para as capacidades biomotoras, na seguinte ordem: avaliao da resistência cardiorrespiratória, teste(s) de força muscular e teste de flexibilidade.

A razão para essa ordem de aplicao baseia-se no fato de que um teste cardiorrespiratório aplicado após uma avaliao de força muscular poderia ser influenciado pela elevao prévia da FC, o que resultaria na obteno de um resultado não muito fiel, especialmente no caso de teste submáximo.

Dessa forma, a seqncia estabelecida foi a seguinte:

- Freqncia cardica e no pré-esforço;
- Composio corporal: massa (kg), estatura (m) e circunferências da cintura e do quadril (cm);
- Teste de caminhada de 6 min para avaliao da resistência cardiorrespiratória;
- Testes de força muscular para MMSS e MMII;
- Teste de sentar e alcançar para a flexibilidade.

3.5.5 Avaliação da Qualidade de Vida

Para esta análise utilizamos um questionário subjetivo que foi elaborado pela OMS, WHOQOL-bref, que é composto por 26 questões de múltipla escolha e aborda pontos como qualidade de vida, satisfação com a saúde, auto-imagem, questões financeiras, relações sociais, acesso a serviços e sensações ligadas a humor (ANEXO A). Tais questões são divididas por 4 domínios distintos: físico, psicológico, meio ambiente e relações sociais, as quais são distribuídas da seguinte maneira (Tabela 1).

Tabela 1 - Domínios do Questionário WHOQOL-bref e questões correspondentes.

DOMÍNIOS	NÚMEROS DAS QUESTÕES NO WHOQOL-BREF
ASPECTOS GERAIS	1 e 2
FÍSICO	3, 4, 10, 15, 16,17 e 18
PSICOLÓGICO	5, 6, 7, 11,19 e 26
MEIO AMBIENTE	8, 9, 12, 13, 14, 23,24 e 25
RELAÇÕES SOCIAIS	20, 21,22

3.6 Análise dos Dados

Após procedimento de tabulação dos dados realizamos as análises descritivas para verificarmos o percentual de variação entre os momentos: pré e pós-programa de dança de salão, utilizando o programa Excell.

Também realizamos a análise dos dados coletados por meio do instrumento WHOQOL-bref, que foram compilados integralmente pelo pesquisador, utilizando o programa citado acima. As questões do questionário têm uma escala que varia entre 1 a 5, de acordo com o nível de satisfação da pessoa em relação aos domínios apresentados. Através da sintaxe apresentada pela OMS, pudemos transformar esses números em valores (scores) percentuais.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Podemos visualizar na Tabela 2, os resultados em percentuais em relação às alterações que ocorreram após o programa de 16 semanas de dança de salão, onde os valores que são mostrados com percentual negativo referentes às variáveis FCrep, IMC e RCQ, nos indicam que houve uma piora em relação a essas variáveis tanto nas mulheres quanto nos homens quando comparados a condição inicial.

Já em relação às variáveis: FC pós-esforço, Teste de Caminhada de 6 min, MMSS e MMII os resultados apresentam percentuais positivos para os dois sexos, mostrando uma melhora na condição física dos voluntários.

Já em relação à variável Flexibilidade o percentual foi negativo para o grupo masculino e as mulheres apresentaram um percentual positivo, mostrando dessa forma, uma melhora nessa variável apenas nas mulheres.

Tabela 2 - Valores percentuais das variáveis estudadas, onde os resultados positivos representam melhora e os negativos, piora no rendimento.

		FC			FC	Teste	Flexibili		
	n	repouso	IMC	RCQ	esforço	6min	MMSS	MMII	dade
Mulheres	12	-0,69%	-0,34%	-0,91%	4,28%	31,18%	16,61%	13,24%	1,45%
Homens	10	-2,07%	0,00%	-0,86%	3,95%	26,94%	4,73%	5,39%	-0,85%
Total	22	-1,33%	-0,19%	-0,89%	4,13%	29,22%	11,13%	9,62%	0,39%

Canavó (2001) e Vergheze (2006) relataram em suas pesquisas que dificilmente são encontradas respostas fisiológicas para atividades físicas realizadas com frequência menor que de 3 vezes por semana. Além disso, durante as aulas, os voluntários ficavam muitas vezes parados observando a explicação dos professores em relação aos movimentos próprios de cada ritmo trabalhado.

Apesar desses fatos ocorreram mudanças importantes no teste de caminhada de 6 min chegando próxima a 30%. Analisando a prática a que eles foram submetidos, tal melhora se mostra a mais esperada uma vez que as atividades se baseavam em permanecer em pé e se deslocando por duas horas.

O que se mostrou uma surpresa foi o fato de as mulheres conseguirem melhores respostas do que as observadas nos homens, uma vez que a grande

diferença nas aulas se dava pelo fato de haver mais mulheres do que homens; logo, essas tinham que esperar um tempo maior até a chegada do próximo parceiro.

É importante salientar que algumas variáveis não foram controladas nos testes como: nervosismo, temperatura do ambiente, silêncio, ansiedade, podem ter interferido nas respostas encontradas em relação aos testes.

Em relação aos resultados obtidos com a aplicação do questionário de qualidade de vida “WHOQOL-bref” houve um aumento percentual em relação aos quatro domínios, tanto para o grupo de homens quanto para o grupo das mulheres estudadas.

Os resultados obtidos no domínio físico mostraram que os homens passaram de 76,79% para 82,50% (Figura 5), enquanto que para as mulheres os percentuais foram de 75,89% para 83,93% (Figura 6).

Nas questões de abordagem psicológica, no grupo dos homens, o valor foi de 74,17% para 78,33% (Figura 5), e para as mulheres esse número foi de 71,88% para 75,69% (Figura 6).

Já em relação à variável meio ambiente, os valores percentuais obtidos melhoraram de 66,56% para 72,81% nos homens (Figura 5) e de 73,18% para 78,18% no caso das mulheres (Figura 6).

Por fim, na questão relativa às relações sociais, os valores percentuais para os homens aumentaram de 75,83% para 80,83% (Figura 5), enquanto que as mulheres passaram de 69,44% para 76,39% (Figura 6).

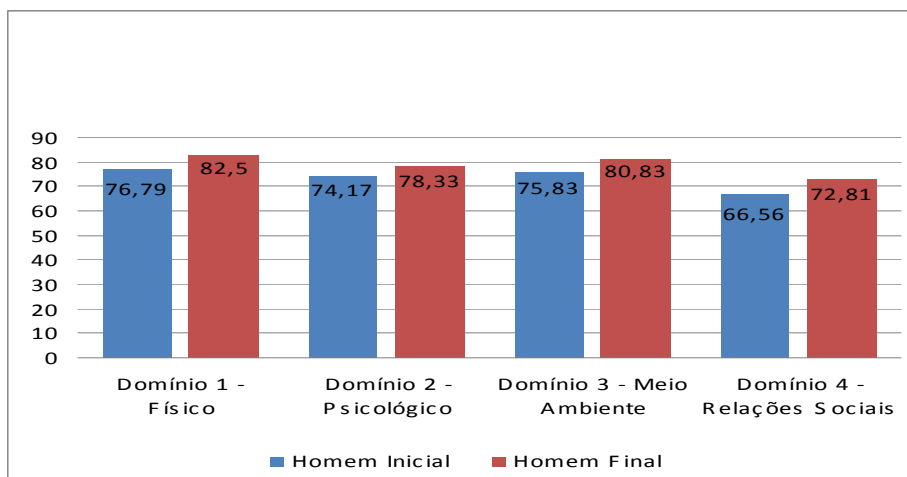


Figura 5: Porcentagem das respostas obtidas nos questionários de qualidade de vida respondidos pelos homens antes e após o programa de dança de salão.

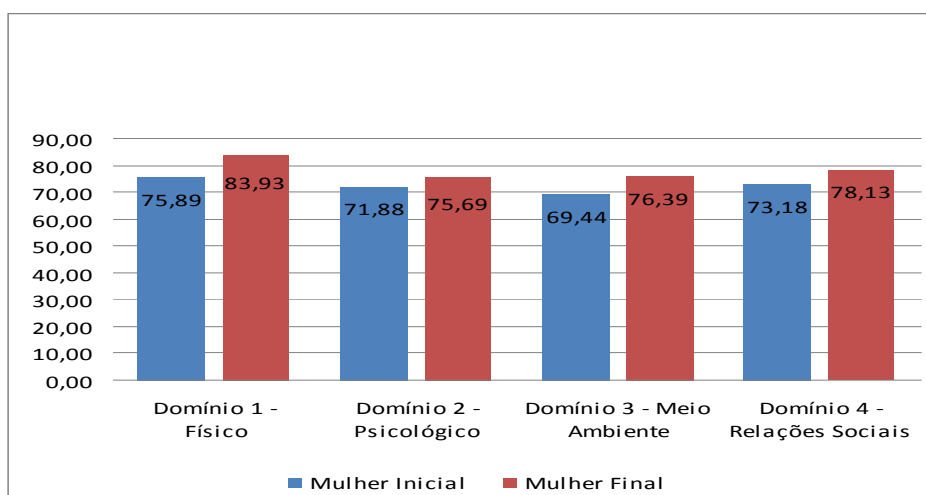


Figura 6: Porcentagem das respostas obtidas nos questionários de qualidade de vida respondidos pelas mulheres antes e após o programa de dança de salão.

De acordo com uma pesquisa desenvolvida por Zanchetta (2005), os programas de treinamento físico foram capazes de aumentar todos os domínios da qualidade de vida presentes no WHOQOL-brief, confirmando o que a literatura preconiza em relação aos benefícios do exercício físico para a saúde e prevenção de doenças em diferentes faixas etárias. Segundo a autora “deixar de ser sedentário além de ser fator de proteção para inúmeras doenças, melhora também a QV do indivíduo de meia idade.” (ZANCHETTA, 2005, p. 10).

Os resultados obtidos vêm ao encontro aos achados de outras pesquisas que trabalharam com seres humanos, onde segundo a literatura (MATSUDO, 2001; ROLIM, FORTI, 2004), os programas de atividades físicas além de influenciar facetas do domínio físico, a evolução ou conservação das capacidades funcionais influencia também a percepção da auto-estima, do autoconceito, da ansiedade e irritabilidade, demonstrando, por fim, ser mais uma ligação com os domínios estudados na qualidade de vida. Ou seja, quando se fala sobre uma qualidade de vida boa para os idosos, a prática de exercícios físicos é um fator muito importante e necessita ser cada vez mais estudada.

Segundo os autores Lima & Vieira (2007) e Joshua (2006), o convívio proporcionado pela dança de salão pode trazer benefícios psicológicos importantes para os indivíduos que a praticam.

Em uma pesquisa realizada por Beal e Berryman-Miller (1988) foram estudados voluntários entre 60 e 80 anos, em sua maioria mulheres, os quais já participavam de um grupo de atividades para idosos. Estes não possuíam nenhuma debilidade severa e viviam em suas próprias casas. Participaram do grupo 12 indivíduos (grupo 1) e 13 do controle (grupo 2). Para avaliação foram utilizados o Beck Depression Inventory (BDI) e o Life Satisfaction Index (LSI). O primeiro é um questionário validado auto-aplicável em relação à depressão e o segundo retrata um conceito multidimensional em relação à satisfação com a vida. Estes instrumentos foram aplicados antes das aulas de dança e no final das mesmas para os 2 grupos, ou seja, após 8 semanas. Então os grupos tiveram uma inversão em seus papéis: o grupo 1 passou a ser controle e o 2 tornou-se o grupo teste. Para tanto, foram verificadas as frequências cardíacas pré e pós a atividade, totalizando 16 semanas de trabalho. Após as devidas análises, observou-se que mesmo não havendo diferenças significativas estatisticamente entre os grupos, estes padrões não refletem as diferenças ocorridas em relação à interação entre eles. Assim sendo, a melhora obtida se deu em relação à interação social entre os participantes. Concluindo, os autores acreditam que a dança ajuda em uma significativa redução do isolamento social.

Estudo realizado em Viçosa, no Brasil, por Lima e Vieira (2007) mostra que um programa de dança de salão aplicado à terceira idade traz benefícios psicossomáticos, promove uma melhoria nos aspectos físicos como flexibilidade, balanço e coordenação. Houve também uma melhora no status

emocional bem como uma reconexão com a cultura brasileira, além dos benefícios sociais, aumento da auto-estima, vaidade, capacidade de liderança, criatividade, e resistência respiratória; o que segundo a literatura pode acarretar promoção da qualidade de vida.

Houston (2005), em sua pesquisa com dança de salão, estudou 40 participantes com 80 anos ou mais, sendo alguns usuários de cadeira de rodas e outros com diminuição de mobilidade. O trabalho mostrou que os participantes perceberam subjetivamente a mudança. A criatividade dos participantes foi estimulada a ponto dos mesmos elaborarem uma coreografia na posição sentada do “CAN CAN” e também uma dança carregando velas. Nesta pesquisa, sob o aspecto físico, os voluntários tiveram um fortalecimento muscular, uma melhora na postura e na marcha. Alguns voluntários relataram melhora para executar o movimento de subir escadas, ou seja, um incremento nas funções cardiorrespiratórias. Outra melhora observada foi em relação à variável flexibilidade, uma vez que segundo relato dos mesmos, estes passaram a executar movimentos que permitiam “cortar as unhas dos próprios pés”. Já pela ótica psicológica, estes se tornaram mais animados, mais fortes espiritualmente e mais criativos. De maneira geral, a autora acredita que o projeto deu a jovens interessados, a chance de desfrutar das aulas intergeracionais, ofertando uma oportunidade de dar aos idosos, experiência e confiança para lidar com outras iniciativas.

Em nossa pesquisa os resultados mostraram respostas mais significantes nas variáveis referentes ao aspecto físico e às relações sociais para o grupo de mulheres. Tal fato pode ter ocorrido devido à dança de salão ser uma atividade realizada coletivamente. Durante as aulas notou-se que as mesmas se aproximaram bastante, mantendo um relacionamento social forte, através da formação de grupos de amizade, reforçando as relações sociais a ponto de marcarem encontros extra-aula para outras atividades. Algumas vezes elas saíram para jantar, outras para dançar com seus parceiros.

Comparando com a maioria dos homens, talvez por ficarem mais em suas residências, a questão física pode ter tido um impacto maior para as mulheres. Já para os homens houve melhoras com diferenças estatisticamente significantes em relação aos domínios psicológico e meio ambiente. Uma das possibilidades é o fato de a dança, além de trabalhar com o corpo, também se utiliza da música.

Assim, a atividade proposta vai além do físico; ela trabalha aspectos como emoções, sensações diferentes e sentimentos. Há também um trabalho interno neste processo. Fora isso, a maioria dos homens relatou que conseguiram vencer uma barreira em relação à dança, seja ela por preconceito, estereotipo; seja ela por receio de não ter habilidade para “conduzir a dama pelo salão” e também por vergonha.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O grupo de voluntários pode ser classificado como um grupo iniciante em dança de salão, possuindo alguma dificuldade de desenvoltura motora fosse pelo tempo sem atividade fosse pela falta de vivências corporais.

Outra observação é de que o último mês de aula se mostrou atípico, sendo extremamente puxado por conta de uma coreografia que o grupo montou para apresentar no Festival Interno da Faculdade de Educação Física da UNICAMP. Apesar das aulas terem desviado um pouco do seu objetivo, o treinamento para participação no festival motivou os voluntários do programa de dança de salão a se encontrarem em outros horários para praticarem tudo que haviam aprendido.

Apesar dos resultados não terem mostrado melhoras fisiológicas tão expressivas quanto outras práticas esportivas, a dança de salão pode ser associada como uma ferramenta para que o indivíduo possa alcançar essas melhoras com o desenvolvimento da mesma ou simplesmente possibilitando a esses idosos terem contato com outras pessoas, possibilitando assim, maior convívio social.

Os resultados apresentados foram todos positivos: houve uma melhora na qualidade de vida percebida em todos os domínios tanto para homens quanto para mulheres. Logo, é possível inferir que a dança de salão traz benefícios em termos do bem-estar subjetivo quando aplicado à terceira idade.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. **ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription**. 6th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins, 2000. 368p.

AMERICAN COLLEGE SCIENCE MEDICINE. **Manual de Pesquisa das Diretrizes do ACSM para os Testes de Esforço e sua Prescrição**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2003.

BARBOSA, R.M.S.P. et al. **Educação física gerontológica: construção sistematicamente vivenciada e desenvolvida**. Manaus: Artmed, 2003.

BEAL, R. K.; BERRYMAN-MILLER, S.. Dance for the Older Adult. In: BEAL, R. K.; BERRYMAN-MILLER, S.. **Focus on Dance XI**. Virginia: The American Alliance For Health, Physical, Education, Recreation On Dance, 1988. p. 17.

Disponível em:

<http://eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/1c/f2/79.pdf>. Acesso em: 20 out. 2008.

BORN, T. A dignidade humana na terceira idade. **Revista Tempo e Presença** [do] CEDI - Centro Ecumênico de Documentação e Informação, Rio de Janeiro. V. 14, n.264, 1992.

BRAZÃO, M. Atividade Física & Saúde. **Jornal de Medicina do Exercício da SMDRJ**, Rio de Janeiro. P. 6-9, Jan. /mar. 1998.

CANAVÓ, A. **Atividade Física para a Terceira Idade**. Informe Phorte. São Paulo 2001;9:18-19.

CARVALHO, R.B.C; BARBOSA, R.M.S.P. Atividade Física e Envelhecimento. In: DUARTE, E.; LIMA, S.T. (Org.). **Atividade física para pessoas com necessidades especiais: experiências e intervenções pedagógicas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, p.81-90, 104p.

FLECK, M.P.A. **WHOQOL ABREVIADO (versão em português)**: Programa de Saúde Mental Organização Mundial da Saúde-Genebra. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol12.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2007.

FORTI, V.A.M. **Adaptações cárdio-respiratórias ao treinamento físico aeróbio em mulheres na menopausa: estudo longitudinal e transversal**. 1993. 149 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

FORTI, V.A.M. **Influência do treinamento físico aeróbio sobre as respostas cardiovasculares e respiratórias em mulheres na menopausa com e sem terapia de reposição hormonal.** 1999. 209 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo. 1999.

FORTI, V.M.; CHACON-MIKAHIL, M. P. T. Qualidade de Vida e Atividade Física na terceira idade. In: GONÇALVES, Agnaldo; VILARTA, Roberto. **Qualidade de Vida e Atividade Física: Explorando Teoria e Prática.** Barueri: Manole, 2004. Cap. 4, p. 227-256.

FREITAS, E.V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia: Atividade Física no Idoso. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de geriatria e gerontológica: atividade física no idoso.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2002. Cap. 103, p. 860, 861.

GOBBI, S. Atividade Física para Pessoas Idosas e Recomendações da Organização Mundial de Saúde de 1996. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde.** v. 2,n. 3, p. 41-49, 1997.

GEIS, P.P. **Atividade Física e Saúde na Terceira Idade: Teoria e Prática.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HEIKKINEN, R L. **The role physical activity in healthy ageing.** Geneva: World Health Organization; 1998.

HEYWARD, V. H; STOLARCZYK, L. M. **Avaliação da Composição Corporal Aplicada.** São Paulo: Manole, 2000.

HOUSTON, S. Dance for Older People. **Primary Health Care,** Uk, v. 15, n. 8, p.18-19, out. 2005.

HURLEY, B.F.; HAGBERG, J.M. Optimizing health in older persons: aerobic or strength training? **American College of Sports Medicine Series: Exercise and Sport Sciences Reviews.** Williams & Wilkins, 1998. v. 26, p. 61-89.

JOSHUA CARON M.A., MARK LASOTA M.A. AND KRISANN ALVAREZ B.A. **Ballroom dance lessons for geriatric depression: An exploratory study.** University of Nevada, Las Vegas, USA 2006 pg 89-97.

LIMA, M. M. S.; VIEIRA, A. P. Ballroom Dance as Therapy for the Elderly in Brazil. **American Journal Of Dance Therapy,** Viçosa, p. 129-142. 25 nov. 2007.

LEÃO JÚNIOR, R. **Participação em hidroginástica, crenças de auto-eficácia e satisfação com a vida em mulheres de 50 a 70 anos.** Dissertação de mestrado em Gerontologia. Unicamp, Faculdade de Educação, 2003.

LEITE, P.F. **Aptidão Física – Esporte e Saúde: prevenção e reabilitação de doenças cardiovasculares, metabólicas e psicossomáticas.** São Paulo: Robe, 1990, p.191-200.

- LOPES, A. **Os Desafios da Gerontologia no Brasil**. Ed. Alínea, 2000.
- MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K.R. Prescrição e benefícios da atividade física na terceira idade. **Revista Brasileira de Ciência & Movimento**, v.5, n.04, 1992.
- MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K.R.; BARROS NETO, T.L. **Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física**. *Revista Brasileira Ciência e Movimento* 2000;8:21-32.
- MATSUDO, S.M.M. **Envelhecimento e Atividade Física**. Londrina: Midiograf, 2001.
- McARDLE, W.D., KATCH, F.I., KATCH, V.L. **Fisiologia do exercício: energia, nutrição e performance humana**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 695 p.
- NERI, A.L. (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus, 1993.
- NERI, A. L. “A preparação para a aposentadoria”. In: *Cadernos da terceira idade*. SESC/São Paulo, n.15, cap.2, p-9-27, 1998.
- NERI, AL. **Palavras-chave em Gerontologia**. Ed. Alínea, 2001.
- NERI, A.L. **Qualidade de Vida e Idade Madura**. Ed. Papirus, 2002.
- NÓBREGA, A.C.L. et al. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia sobre atividade física e saúde no Idoso. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. V.5, n.6, nov./dez. 1999.
- OKUMA, S.S. **O significado da atividade física para o idoso: um estudo fenomenológico**. *Tese de doutorado*-Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1997, 381p.
- OKUMA S.S. **O idoso e atividade física**. Campinas: Papirus, 1998.
- OLIVEIRA FILHO, J.A. et. al. Aplicações do exercício na doença coronária. **Revista Brasileira de Medicina: Cardiologia**, v. 8, n. 1, fev. 1999.
- PANIZZA, R.M. **Envelhecimento e qualidade de vida: programa de exercícios físicos para idosas não institucionalizadas**. 2008. 107 f. Dissertação (Mestrado) - Unicamp, Campinas, 2008.
- PERES, C.M. **Avaliação da qualidade de vida e dos sintomas de stress em mulheres menopausadas com disfunção da articulação temporomandibular**. 2007. 103 f.Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação Física, UniCAMP, 2007.

POWERS S.K., HOWLEY E.T. **Fisiologia do Exercício: Teoria e Aplicação ao Condicionamento e ao Desempenho**. Barueri, SP: Manole, 2000.

ROLIM, F.S. & FORTI V.M. **Envelhecimento e Atividade Física: Auxiliando na Melhoria a Manutenção de Qualidade de Vida**. In DIOGO, M.J., NERI, A.L., CACHIONI, M. **Saúde e Qualidade de Vida na Velhice**. Campinas-SP. Editora Alínea, 2004.

SIMÕES, R. **Corporeidade e terceira idade**. 2ª ed. Piracicaba: Unimep, 1994.

SPIRDUSO, W & CRONIN, D.L. Exercise dose-response effects on quality of life and independent living on older adults, **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 36, n. 6, p. 598-608, 2001.

THOMPSON, S.; HOEKENGA, S.J. Understanding and motivating older adults. In: AMERICAN COUNCIL ON EXERCISE. **Exercise for older adults: Ace's guide for fitness professionals**. Champaign: Human Kinetics, 1998. 230 p.

VERGHESE, J. **Cognitive and Mobility Profile of Older Social Dancers**. From the *Department of Neurology, Albert Einstein College of Medicine, Bronx, NY. Journal of the American Geriatrics Society. Volume 54 Issue 8, Pages 1241 – 1244 Published 13 Jun 2006

VITTA, A. Atividade física e bem estar na velhice. In: FREIRE, S.A. e NERI, A.L., **E por falar em boa velhice**. Campinas: Papyrus, 2000.

WEINECK, J. **Biologia do esporte**. São Paulo: Manole, 2000. 599p.

ZANCHETTA, L.M. **Avaliação Subjetiva de Qualidade de Vida em Indivíduos de Meia Idade submetidos a Treinamento Físico**. 2005. 2 v. Dissertação (Mestrado)- Fef, Campinas, 2005.

ANEXO A – Questionário WHOQOL-Breaf

Instruções					
<p>Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.</p> <p>Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:</p>					
	nada	Muito pouco	Médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	④	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom

15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

APÊNDICE A - Termo de Consentimento **Formal Livre e Esclarecido**

CONSENTIMENTO FORMAL DOS VOLUNTÁRIOS QUE PARTICIPARÃO DO PROJETO DE PESQUISA "QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS IDOSOS PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE DANÇA DE SALÃO".

RESPONSÁVEL PELO PROJETO: Profa. Dra. Vera Aparecida Forti
BOLSISTA INICIAÇÃO CIENTÍFICA: Fabiana Mendonça Nigido Galletta
LOCAL DO DESENVOLVIMENTO DO PROJETO: Faculdade de Educação Física (UNICAMP)

Eu, _____, _____ anos de idade, RG _____, residente à Rua (Av.) _____, prontuário do HC _____, voluntariamente concordo em participar do projeto de pesquisa acima mencionado, que será detalhado a seguir.

É de meu conhecimento que este projeto será desenvolvido em caráter de pesquisa científica e objetiva verificar os efeitos de um programa de dança de salão sobre as variáveis relacionadas com a qualidade de vida. Estou ciente, de que, antes do início da fase do programa, serei submetido a uma avaliação clínica e diagnóstica, que constará de uma anamnese, exames físicos, a serem realizados no HC da UNICAMP. Estes testes objetivam a identificação de eventual manifestação que contra indique a minha participação no programa.

Após a avaliação clínica, serei submetido a uma série de testes funcionais não invasivos no Laboratório de Fisiologia do Exercício/FEF, que são: 1) Avaliação Antropométrica; 2) Composição Corporal; 3) Avaliação da Flexibilidade 4) Avaliações Cardiovasculares (Pressão Arterial, Frequência Cardíaca) na condição de repouso e em exercício; 5) Avaliação da Capacidade Cardiorrespiratória Máxima.

Estou ciente de que estes testes funcionais serão realizados nas fases pré e após o programa de dança de salão, o que despenderá de algumas horas.

Com referência ao programa, que terá um período de duração previsto de dezesseis (16) semanas, e constará de atividades relativas a dança de salão, com uma frequência semanal de 2 sessões e com a duração de aproximadamente 90 minutos cada. Este programa será realizado nas dependências da Faculdade de Educação Física. Os benefícios que obterei com tal programa incluem de uma maneira geral, melhoras funcionais que poderão contribuir com meu estado geral de saúde.

Estou ciente ainda, de que, as informações obtidas durante as avaliações laboratoriais e sessões de atividades de dança de salão serão mantidas em sigilo e não poderão ser consultadas por pessoas leigas, sem a minha devida autorização. As informações assim obtidas poderão ser usadas para fins de pesquisa científica, desde que a minha privacidade seja sempre resguardada.

Li e entendi as informações precedentes, sendo que eu e os responsáveis pelo projeto já discutimos todos os riscos e benefícios decorrentes deste, onde as dúvidas futuras que possam vir a ocorrer poderão ser prontamente esclarecidas, bem como o acompanhamento dos resultados obtidos durante a coleta de dados. Na medida das minhas possibilidades, prosseguirei com o programa de treinamento combinado até a sua finalização, colaborando para um bom desempenho do trabalho científico dos responsáveis por este projeto e que fui esclarecida que, caso eu desista desta pesquisa não sofrerei represálias.

Campinas, ____ de _____ de 2007.

Sra. voluntária

Bolsista Fabiana Mendonça Nigido Galletta
Celular 011 96287133

Profa. Dra. Vera Aparecida Madruga Forti
Fone 019 3521-6607

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Caixa Postal 6111
13083-970 Campinas, SP
Fone: (019) 3521-8936
Fax: (019) 3521-8925
cep@fcm.unicamp.br

APÊNDICE B- ANAMNESE

Nome: _____
_____ Idade: _____ anos Sexo () Masculino ()
Feminino.
Data de Nascimento: __/__/____ Estado civil: _____
Endereço: _____ n°

Complemento _____ Bairro
Telefone: () _____ ou () _____.

HISTÓRICO DE DOENÇAS

	Sim	Não	Qual?Quando?
Infecções			
Cirurgia(s)			
Fratura(s)			
Alergia(s)			
Lesões musculares			

HISTÓRICO FAMILIAR

	Sim	Não	Mais informações (Quando? Qual? Etc).
AVC			
Cardiopatia(s)			
Diabetes Melitus			
Câncer			
Outros			

HÁBITOS PESSOAIS

	Sim	Não	Frequência:
Fumo			
Álcool			

HÁBITOS PESSOAIS

Número de refeições diárias	
Onde costuma fazer as refeições?	
Quais alimentos costuma comer com frequência?	

ATIVIDADES FÍSICAS

Pratica atividade física? _____.
Há quanto tempo? _____.