

ZILDA MARIA COELHO MONTENEGRO

**PRÁTICA REGULAR DE DANÇA:
RELAÇÃO COM QUALIDADE DE VIDA, AUTOIMAGEM, AUTOESTIMA E SINTOMAS
DEPRESSIVOS EM MULHERES PÓS-MENOPÁUSICAS DE UM GRUPO DE CONVIVÊNCIA**

Tese de Doutorado do DINTER PPG-Geronbio/ETS-UEPB apresentada ao programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Gerontologia Biomédica.

Orientador: Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider

**Porto Alegre
2014**

DADOS DE CATALOGAÇÃO

M777p Montenegro, Zilda Maria Coelho

Prática regular de dança: relação com qualidade de vida, autoimagem, autoestima e sintomas depressivos em mulheres pós-menopáusicas de um grupo de convivência / Zilda Maria Coelho Montenegro - Porto Alegre: PUCRS, 2014.

102 f.: il.; tab.

Orientador: Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider.

Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica.

Isabel Merlo Crespo

Bibliotecária CRB 10/1201

ZILDA MARIA COELHO MONTENEGRO

**PRÁTICA REGULAR DE DANÇA:
RELAÇÃO COM QUALIDADE DE VIDA, AUTOIMAGEM, AUTOESTIMA E SINTOMAS
DEPRESSIVOS EM MULHERES PÓS-MENOPÁUSICAS DE UM GRUPO DE CONVIVÊNCIA**

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Aline Nogueira Haas
ESEF-UFRGS

Prof. Dra. Mara Regina Knorst
FAENFI-PUCRS

Prof. Dra. Irani Iracema de Lima Argimon
PPG-GERONBIO/IGG-PUCRS

Prof. Dr. Claus Dieter Stobäus (Suplente)

Este estudo foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) através do edital DINTER N°. 04/2009 CAPES-SETEC.

*Dedico este estudo à memória daqueles
que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la em
toda sua plenitude; Heronides Alves Coelho Filho e
Maria de Lourdes Vieira Coelho, meus pais, que
sempre estarão vivos em mim.*

AGRADECIMENTOS

A Rodolfo Herberto Schneider, meu orientador, pelos ensinamentos que em muito ultrapassaram os limites da academia, pois é exemplo de ética, respeito, consideração, amor ao trabalho e aos seres vivos; atributos que estão cada vez mais raros em um momento histórico onde reinam a competitividade e o desamor.

A Ana Carolina, minha filha e meu amor maior.

A Ednaldo Soares de Carvalho, meu marido, pela atuação constante em todas as etapas da pesquisa, coletando dados, auxiliando nas aulas de dança.

A Inalda, coordenadora do grupo Eterna Juventude, que me convidou para realizar a pesquisa naquele grupo de convivência, minha eterna gratidão.

A todas as participantes do Grupo Eterna Juventude, em especial as que aceitaram participar do estudo, pelo carinho e apoio que nos deram.

A Sheila Araújo de Melo, professora de dança, pela sua participação na coleta e nas primeiras aulas de dança realizadas no grupo Eterna juventude, como instrutora auxiliar. Aos alunos do Curso Técnico em Enfermagem da Escola Técnica de Saúde da UFPB que participaram da coleta de dados.

À Direção da Escola Técnica de Saúde da UFPB.

À coordenação pedagógica e à coordenação operacional do DINTER.

A todos os professores da PUCRS, pelos ricos ensinamentos.

A Rosário, Secretária Geral da ETS-UFPB, pelo apoio e disponibilidade.

À minha sobrinha, Michele Coelho, pelo apoio.

*“Mostrem-me como dança um povo e eu lhes direi
se sua civilização está doente ou tem boa saúde.”*

(Confúcio)

RESUMO

Introdução: O aumento da expectativa de vida traz novas demandas no que diz respeito à criação de estratégias para proporcionar um envelhecimento saudável e com melhor qualidade de vida à população. A dança pode ser um desses caminhos, por ser uma atividade de baixo custo e culturalmente aceita. **Objetivos:** Avaliar a relação entre a prática regular da dança, qualidade de vida, autoimagem e autoestima em mulheres pós-menopáusicas e sintomas depressivos em idosas. **Métodos:** Ensaio clínico de abordagem quanti-qualitativa, realizado com uma amostra de mulheres pós-menopáusicas de um grupo de convivência na cidade de Bayeux, PB, Brasil. O estudo foi realizado em três etapas, sendo uma avaliação inicial, três meses de intervenção com aulas de dança e uma avaliação final. Foram aplicados os seguintes instrumentos: WHOQOL-*bref*, Questionário de Autoimagem e autoestima de Stobäus, Escala de Depressão Geriátrica Yesavage, ficha informativa incluindo dados socioeconômicos e de saúde e um questionário com questões abertas. Para comparar médias entre os momentos avaliados, foi utilizado o teste t-*Student* pareado. Em caso de assimetria, foi aplicado o teste de Wilcoxon. Na avaliação de proporções foi utilizado o teste de McNemar. Foi adotado o nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 18.0. A análise qualitativa foi feita através da técnica de Análise de Conteúdo, proposta por Bardin. O Estudo teve início após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS e seguiu as normas da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados:** Participaram 38 mulheres com média de idade de $62,7 \pm 7,2$ anos, com predomínio de mulheres casadas, a maioria com ensino fundamental incompleto e renda, em mediana, de um salário mínimo. Destas, 73,7% relataram problemas de saúde sendo a maioria com doenças cardiovasculares. A maioria dos sujeitos acredita que a dança significa saúde, está satisfeita com o próprio corpo, e referiu que a dança proporciona bem estar. Houve melhora significativa no domínio social do WHOQOL-*bref* ($p=0,033$). A autoimagem e autoestima, que já eram positivas, no início do estudo não sofreram alteração significativa. O nível de escolaridade se associou significativamente à adesão à dança. Os sujeitos que mais aumentaram sua AIAE foram os que mais reduziram os sintomas depressivos ($p=0,050$). Houve associação positiva estatisticamente significativa entre as variações do escore geral de QV do WHOQOL-*bref* com as variações do escore de AIAE ($p=0,043$). **Conclusão:** Os resultados indicaram que as doenças cardiovasculares são as que mais atingem os sujeitos da amostra; a dança é vista como uma atividade que favorece a saúde e que proporciona alegria, satisfação e bem estar. Se praticada regularmente, pode melhorar a qualidade de vida de mulheres pós menopáusicas, em especial no que diz respeito ao domínio social. Embora a dança não se mostre eficaz na redução da sintomatologia depressiva, pode favorecer o surgimento de emoções positivas, como alegria, ânimo, jovialidade e liberdade.

Palavras-chave: Dança. Qualidade de vida. Autoimagem e autoestima. Sintomas depressivos. Envelhecimento. Dança de salão.

ABSTRACT

Introduction: The increase in life expectancy brings new demands with regard to the creation of strategies to provide a healthy aging with a better quality of life for the population. The dance can be one of these ways due to be a low cost activity and culturally accepted. **Purpose:** Evaluate the relationship between regular dance practice, quality of life, self-image and self-esteem in postmenopausal women and depressive symptoms in elderly women. **Methods:** It was conducted a clinical trial of quantitative-qualitative approach, with a sample of postmenopausal women in a social group in the town of Bayeux, PB, Brazil. The study was conducted in three stages, including an initial assessment, three months of intervention with dance lessons and a final assessment. WHOQOL – *Bref*, Self-image and self-esteem Questionnaire of Stobäus, Yesavage Geriatric Depression Scale, data sheet including socioeconomic and health data and a questionnaire with open questions were applied. The paired t-student test was used to compare averages between evaluated moments. The Wilcoxon test was applied in case of asymmetry. The McNemar test was used to evaluate proportions. It was adopted the significance level of 5 % ($p \leq 0,05$) and the analyzes were performed using SPSS version 18.0. Qualitative analysis was performed using the technique of content analysis proposed by Bardin. The study was initiated after approval by the Ethics Research Committee at PUCRS and followed the rules of Resolution No. 466 of December 12, 2012 of the National Board of Health. **Results:** 38 women with a mean age of $62.7 \pm 7,2$ years took part in this study. There was a predominance of married women. Most of them do not have a complete primary education and has the income, median, of a minimum wage. 73.7% reported health problems with the majority having cardiovascular diseases. Most subjects believed that the dance means health. There is happiness with the body and it was said that dancing provides wellness. There was significant improvement in the social domain of the WHOQOL - *bref* ($p = 0.033$). The self-image and self-esteem, which was already positive at the beginning of this study, did not change significantly. The education level was significantly associated with adherence to dance. The subjects that increased their self-image and self-esteem were those who most reduced depressive symptoms ($p=0.050$). There was a statistically significant positive association among the changes in overall QV score of the WHOQOL - *bref* with changes in self-image and self-esteem score ($p=0.043$). **Conclusion:** The results indicate that cardiovascular diseases are the ones that reach the subjects of sample; Dancing is seen as an activity that promotes health and provides joy, satisfaction and well being. If regularly practiced, it can improve the quality of life of post-menopausal women, particularly with regard to the social domain. Although the dance is not shown effective in reducing depressive symptoms, it may favor the emergence of positive emotions such as joy, cheer, cheerfulness and freedom.

Keywords: Dancing. Quality of life. Self-image and self-esteem. Depressive symptoms. Aging. Ballroom dancing.

LISTA DE SIGLAS

AIAE:	Autoimagem e Autoestima
DP:	Doença de Parkinson
EDG:	Escala de Depressão Geriátrica
IBGE:	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
QV:	Qualidade de Vida
TCLE:	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Indivíduos moradores de Bayeux por faixa etária	35
Figura 2 -	Grupo Eterna Juventude – Ginásio Jaime Caetano.	36
Figura 3 -	Associação entre o nível de escolaridade e o número de faltas	50
Figura 4 -	Associação do escore de sintomas depressivos e escore de Autoimagem e autoestima.....	51
Figura 5 -	Associação entre o escore geral do WHOQOL-BREF e escore de autoimagem e autoestima.....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização da amostra	47
Tabela 2 -	Comparação dos escores de sintomas depressivos, AIAE e QV antes e depois da prática de dança pelos idosos.....	48
Tabela 3 -	Comparação entre as escalas conforme adesão	49

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1	ENVELHECIMENTO HUMANO, QUALIDADE DE VIDA, AUTOIMAGEM E AUTOESTIMA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES.....	18
2.1.1	Envelhecimento humano	18
2.1.2	Qualidade de vida e envelhecimento	21
2.1.3	Autoimagem e autoestima	24
2.2	A DANÇA E O ENVELHECIMENTO	25
2.3	O PARADIGMA <i>LIFE-SPAN</i>	28
3	OBJETIVOS	32
3.1	GERAL	32
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	32
4	HIPÓTESES	33
4.1	QUESTÃO DE PESQUISA: A PRÁTICA REGULAR DA DANÇA PODE PROPORCIONAR MELHOR QUALIDADE DE VIDA, ELEVAÇÃO DA AUTOIMAGEM E AUTOESTIMA EM MULHERES PÓS- MENOPÁUSICAS, INCLUSIVE NA MELHORA DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSAS.	33
4.2	HIPÓTESES	33
5	MÉTODOS	34
6	RESULTADOS	42
7	DISCUSSÃO	53
8	CONCLUSÃO:	73
	REFERÊNCIAS	75
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE PERGUNTAS DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	83
	APÊNDICE B - FICHA INFORMATIVA – FATORES SÓCIO- ECONÔMICOS	84
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	85

ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA.....	87
ANEXO B - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA – YESAVAGE - VERSÃO REDUZIDA. GVS 15.....	93
ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE AUTOIMAGEM E AUTOESTIMA (STOBÄUS, 1983).....	94
ANEXO D – PARECER DA PLATAFORMA.....	97
ANEXO E – COMISSÃO CIENTÍFICA.....	100

1 INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida da população brasileira, ao mesmo tempo em que se configura como algo bastante positivo para as pessoas em geral, gera questionamentos acerca da qualidade de vida que terão os idosos do Brasil em alguns anos. Profissionais de várias áreas voltam seus olhares para o estudo desse novo fenômeno.

O país não está preparado para administrar a nova realidade de forma a garantir uma boa qualidade de vida para a população idosa. O Brasil, por ser um país em desenvolvimento que apresenta grandes desigualdades sociais, não tem conseguido, apesar dos esforços, atender às demandas de saúde da população, o que gera preocupação com a parcela que envelhece, principalmente as mulheres que já atingiram a menopausa. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde,¹ o Brasil será, até o ano de 2025, o sexto país com maior número de idosos do mundo.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE),² o último recenseamento indicou o crescimento do percentual da população com idade a partir de 65 anos, de 4,8% em 1991, para 5,9% em 2000. Em 2010, esse percentual atingiu 7,4%. Ainda segundo o último Censo, o país possui 14.785.338 pessoas na faixa etária que vai dos 55 aos 64 anos e 14.081.480 com mais de 65 anos.

Mas quem são exatamente as pessoas idosas? Aquelas que possuem idade superior a 60 anos? Ao se levar em conta apenas o aspecto cronológico, podemos afirmar que sim. Porém o conceito de idade é multidimensional e extrapola a definição pela contagem de anos vividos.³ As dimensões psicológica, cultural,

biológica e cronológica devem ser levadas em consideração quando se trata do estudo do envelhecimento.

Nessa perspectiva, envelhecimento e adoecimento não são, necessariamente, diretamente proporcionais. Dependendo de fatores genéticos, sociais, históricos, econômicos, ambientais e do estilo de vida do indivíduo ao longo da vida, este pode chegar aos 80 anos sem as enfermidades associadas ao avanço etário. Ou, ao contrário, podem aparecer doenças associadas às faixas etárias mais elevadas em pessoas mais jovens. Para fins deste estudo, por questões operacionais, foram incluídas as mulheres pós-menopáusicas, ou seja, mulheres em amenorreia espontânea há 12 meses ou mais e que tenham idade a partir de 48 anos.

A dança como uma prática que promove o bem estar físico e emocional em pessoas das mais diferentes idades é uma ideia já cristalizada entre aqueles que a praticam cotidianamente. Não raro se vê nos veículos de comunicação, reportagens acerca de tais benefícios, inclusive para pessoas idosas. Médicos têm indicado aulas de dança de salão para seus pacientes.⁴

Poucos são os estudos que buscam avaliar as repercussões da prática da dança sobre a vida das pessoas de meia idade e idosas. A maior parte das pesquisas se concentra nos efeitos da dança sobre algum aspecto da marcha do idoso, sobre a qualidade de vida, a realização das atividades da vida diária, sobre aspectos afetivos, ou sobre estados demenciais. As pesquisas apontam para o fato de que a dança atua positivamente sobre tais aspectos da vida e saúde das pessoas, e sugerem a realização de estudos mais aprofundados.^{5,6}

Ao considerarmos a necessidade de se buscar alternativas viáveis para proporcionar à população a possibilidade de alcançar um envelhecimento com maior

qualidade de vida, procuramos com este estudo identificar algumas características de mulheres de um grupo de convivência, tentando estabelecer possíveis relações entre a prática da dança e a qualidade de vida, autoimagem e autoestima e sintomas depressivos em mulheres pós-menopáusicas de uma cidade da Paraíba.

O ensaio clínico, inserido na linha de pesquisa *aspectos clínicos e emocionais no envelhecimento*, foi ancorado em estudos e pesquisas sobre envelhecimento, qualidade de vida, autoimagem e autoestima e o paradigma *life-span*.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para melhor situar teoricamente este estudo, que buscou investigar a relação entre a dança e a qualidade de vida, autoimagem e autoestima em mulheres pós-menopáusicas e idosas e os sintomas depressivos em idosas, inicialmente são apresentadas breves considerações acerca dos aspectos acima citados. Em um segundo momento, a fundamentação trata da dança enquanto uma arte que além de produzir o belo para deleite das plateias e a alegria para os dançarinos, vem se tornando motivo de investigação em vários recantos do planeta, em especial no que diz respeito ao modo como a prática regular da dança pode repercutir na vida e na saúde das pessoas de maneira geral, e de mulheres pós-menopáusicas em particular.

Finalmente, abordamos o paradigma *life-span*, por entendermos que o desenvolvimento humano se dá ao longo de toda a vida e que em qualquer idade o indivíduo vivencia perdas e ganhos os quais, dependendo das características da sua personalidade e dos apoios sociais que recebe, podem ser muito valorizados ou minimizados, o que se reflete na sua qualidade de vida.

2.1 ENVELHECIMENTO HUMANO, QUALIDADE DE VIDA, AUTOIMAGEM E AUTOESTIMA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES.

2.1.1 Envelhecimento humano

Outrora privilégio de poucas pessoas, atingir uma idade superior aos sessenta anos tornou-se uma realidade para a maioria dos indivíduos que conseguem enfrentar as adversidades e riscos da atualidade, tais como a violência, os acidentes, as catástrofes naturais e certos tipos de doenças. O desenvolvimento econômico e os avanços científicos e tecnológicos muito contribuíram para essa vitória sobre a morte precoce. Países ricos e pobres convivem com o alargamento do tempo de vida de sua população, embora que de maneira desigual em virtude da conjuntura de cada país.

Segundo Gazalle et al.,⁷ nos países desenvolvidos o aumento da população idosa foi fruto da melhoria na qualidade de vida e da preparação dos serviços de saúde para o atendimento a essa faixa etária. Nos países em desenvolvimento, essa mudança ocorreu em virtude das melhorias na tecnologia médica, que permitem o tratamento e cura de doenças antes fatais, porém sem uma preparação da sociedade e dos serviços de saúde para o trato com os idosos.

No Brasil, que é considerado um país em desenvolvimento, o limite cronológico que marca a passagem do ser humano para o status de idoso é de sessenta anos, de acordo com o Estatuto do Idoso,⁸ sancionado em 2003. A fixação de uma idade que delimita o “ser idoso” é feita de forma arbitrária, mais por fatores sociais, econômicos e legais, do que pelas características biológicas e fisiológicas, pois estas variam de acordo com cada indivíduo. Papaléo Netto assinala que não se

sabe claramente através de quais indicadores de características físicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais, pode ser anunciado o início da velhice.⁹

Desta forma, à medida que aumenta a expectativa de vida do ser humano, aumenta a heterogeneidade entre os idosos, pois estes sofrem influência de fatores como gênero, classe social, saúde, contexto socio-histórico, além das características de personalidade de cada indivíduo.¹⁰

Para Papaléo Netto⁹, no Brasil, devido às precárias condições socioeconômicas a que a maioria da população está submetida, provocadas pela perversa distribuição de renda, o impacto social sobre o envelhecimento é mais importante que o biológico. Segundo o autor, a sociedade, diante do crescimento expressivo do número de idosos, se omite perante a velhice ou age com preconceito em relação aos idosos, o que faz atrasar a implementação de ações que diminuam os problemas enfrentados por essa parcela da população.

O envelhecimento populacional é um fenômeno complexo que gera a necessidade do envolvimento de profissionais e estudiosos de várias áreas do conhecimento para que se possa ter uma ampla compreensão do mesmo, uma vez que ao tempo em que se alargam os anos vividos, novos desafios são impostos aos que direta ou indiretamente atuam junto aos que envelhecem, sejam as famílias, os representantes políticos, os profissionais de saúde, da educação, da área social.

O envelhecimento, enquanto processo inerente a todo ser vivo, refere-se às transformações ocorridas no organismo no decorrer do tempo. O envelhecimento biológico é ocasionado por múltiplos fatores, entre os quais as modificações profundas na atividade das células, tecidos e órgãos, o que reduz a eficácia de processos fisiológicos.¹¹ Especificamente no ser humano, esse processo varia de pessoa para pessoa e depende de fatores socioeconômicos, biológicos, ambientais

e culturais. Nas sociedades ocidentais, como a brasileira, é comum o envelhecimento ser associado à aposentadoria.¹²

De acordo com revisão da literatura de pesquisas em geriatria e gerontologia, realizada por Freitas, Maruyama, Ferreira e Mota¹³ o ser idoso apresenta declínio das habilidades físicas e mentais, porém não é apenas o avanço da idade o fator responsável por este fenômeno. Aspectos socioculturais também influenciam acelerando ou desacelerando esse declínio.

Para Caldas,¹⁴ a velhice é instituída politicamente e significa perda de poder, na medida em que implica em perda de status social. O capitalismo global foi impulsionado pela ciência, a qual foi supervalorizada em detrimento das outras formas de saber, incluídas aí a tradição e a sabedoria das pessoas idosas.

Segundo Duarte,¹⁵ antes da morte biológica, as pessoas idosas enfrentam a morte social. É a idade na qual o ser humano não representa socialmente mais nada em função do individualismo da sociedade, cada vez mais dominada por valores utilitaristas. Assim, a aposentadoria seria o marco da morte social, pois o indivíduo perderia a sua utilidade. Para o autor, atitudes como votar após os setenta anos, por exemplo, é mais do que o simples desejo de participar do processo democrático. Trata-se de um desejo de manter-se socialmente vivo.

Há diferentes abordagens e olhares sobre o envelhecimento, o que contribui para firmar cada vez mais a gerontologia enquanto ciência que busca promover um envelhecer cada vez mais saudável e com melhor qualidade de vida.

2.1.2 Qualidade de vida e envelhecimento

O aumento do número de anos vividos pela população nas últimas décadas traz implicações importantes na qualidade de vida das pessoas, ao considerar-se o processo natural de perdas e ganhos que as mesmas vivenciam com o avançar da idade. As perdas e os ganhos podem interferir na sua qualidade de vida, positiva ou negativamente, a depender da história de vida e dos aspectos socioculturais, psicológicos e biológicos.

A busca de mecanismos que possam favorecer a população para que esta goze uma vida cada vez mais longa e com boa qualidade, impulsiona os pesquisadores de muitos campos do conhecimento. Pelo fato de a qualidade de vida ser um objeto multidimensional, pois envolve aspectos diversos, objetivos e subjetivos, torna-se difícil conceituar o termo.

A primeira menção ao termo qualidade de vida em um trabalho científico se deu no ano de 1920, nos Estados Unidos, porém essa expressão não foi percebida ou valorizada e só começou a se popularizar naquele país a partir de 1960.¹⁶

De acordo com Paschoal,¹⁷ a partir do momento que a Organização Mundial de Saúde, após a Segunda Guerra Mundial, redefiniu o conceito de saúde, como o “completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade”, surgiu a necessidade de se medir o bem-estar. Mas no ocidente essa noção de bem-estar estava relacionada ao progresso econômico dos países e à melhoria do poder aquisitivo da população, associando-se o bem-estar à aquisição de bens.

Paulatinamente a visão acerca do que determinaria a qualidade de vida foi sendo ampliada; inicialmente agregando aspectos como educação e saúde, para

mais tarde passar a incluir itens como moradia, transporte, lazer, trabalho e crescimento individual. Fatores como o grau de satisfação nas relações familiares, conjugais, sociais e realização pessoal, foram também incorporados ao tema.

De acordo com Minayo et al.,¹⁸ a noção de qualidade de vida pode estar relacionada ao modo, estilo e condições de vida; ao desenvolvimento sustentável e ecologia humana; e ao campo da democracia, do desenvolvimento dos direitos humanos e sociais.

As diferenças entre pessoas de diversas culturas, países ou mesmo classes sociais de um mesmo país, as fazem olhar para o mesmo fenômeno de maneiras diferentes, dando ao mesmo um sentido e significado próprio e coerente com sua história de vida. Dessa forma, alguns indicadores para avaliar a qualidade de vida da população foram criticados por não considerar essa diferença, a exemplo do Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, que é utilizado no Brasil. Este instrumento mede três indicadores: renda, longevidade e educação.

A Organização Mundial de Saúde, objetivando desenvolver um instrumento que medisse a qualidade de vida, dando ao mesmo um enfoque transcultural, criou na década de 1990 o *WHOQOL Group*, um grupo de estudos multicêntrico, que definiu qualidade de vida como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.¹⁹ Por tratar-se de uma representação subjetiva do que se denomina bem-estar, observa-se que esse conceito é multidimensional, incluindo aí percepções positivas e negativas das pessoas e das populações.

O primeiro instrumento de medição da qualidade de vida criado pelo WHOQOL *Group* foi o WHOQOL – 100. Contando com cem perguntas, apresenta seis domínios de investigação que são: domínio físico, psicológico, do nível de independência, das relações sociais, do meio ambiente e da espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Pelo fato de o instrumento criado ser muito extenso, dificultando sua utilização em determinados tipos de pesquisa, o WHOQOL *Group* criou uma versão abreviada do WHOQOL -100, que recebeu o nome de WHOQOL-bref.

O WHOQOL–bref foi elaborado com vinte e seis questões, relativas a quatro domínios: físico, psicológico, social e meio ambiente. A versão em português do WHOQOL foi desenvolvida no Centro WHOQOL para o Brasil, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.¹⁹

Com a demanda crescente de pesquisas sobre a qualidade de vida dos idosos, foi criado o WHOQOL – *Old*, que contém 24 itens distribuídos em seis facetas: funcionamento do sensório, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer. Cada uma dessas facetas possui quatro itens.

Por ser um importante meio para investigação e avaliação de saúde das pessoas, a medida da qualidade de vida passou a ser largamente utilizada em grupos de idosos, objetivando diagnosticar e propor mecanismos para promover um envelhecimento saudável.

2.1.3 Autoimagem e autoestima

O processo de envelhecimento acarreta mudanças de grande impacto sobre a vida das pessoas, pois além das transformações físicas, há mudanças na esfera social. Além disso, nessa fase começam a ocorrer perdas significativas, como morte de entes queridos, aposentadoria, redução de rendimentos, e isso repercute diretamente sobre aspectos afetivos das mesmas. A forma como essas mudanças atingem cada pessoa influencia sua maneira de se ver, se amar, se valorizar, e depende da sua história de vida e das interações que estabelece com as demais.

Para a filosofia contemporânea, imagem significa, em geral, ideia ou representação.²⁰ Autoimagem pode ser considerada, a princípio, a ideia ou representação que o sujeito tem a seu próprio respeito.

Segundo Gouveia et al.,²¹ a autoimagem se refere à forma como a pessoa se percebe e é definida em termos de uma série de pensamentos, sentimentos e ações sobre o seu relacionamento com os outros e sobre si como sendo um indivíduo distinto dos outros.

A autoimagem depende do grau de aceitação do sujeito por si próprio e do grau de aceitação que recebe das outras pessoas. Para Mosquera e Stobäus,²² há uma relação dialética entre o mundo internalizado pelo indivíduo e a construção social. Assim, o indivíduo constrói sua autoimagem continuamente através da interação que estabelece com outras pessoas. Sua identidade, consubstanciada na autoimagem é fruto desse processo interativo. A autoimagem é, segundo os autores, a base para a autoestima.

A autoestima, avaliação de caráter afetivo que o sujeito faz de si, também é construída nas relações sociais. Para Neri,²³ a autoestima está relacionada com

vários domínios da vida, como o trabalho, a competência física e a família. É uma autovalorização feita com base no que é culturalmente avaliado como positivo ou negativo, sendo elevada ou diminuída por mecanismos de comparação social e de reforço ou punição por parte de outros ou de si mesmo.

De acordo com Mosquera e Stobäus,²² o sentimento de segurança e confiança em si mesmo, a procura incessante da felicidade, o reconhecimento das próprias qualidades sem maiores vaidades, admitir as próprias limitações, a coerência e o respeito para consigo mesmo e para com os outros, entre outras, são características ou traços de autoestima positiva. A falta de autoestima, por outro lado, se constitui em doença grave manifestada através de sintomas psicopatológicos.

2.2 A DANÇA E O ENVELHECIMENTO

“Eu creio que a dança sempre exerceu uma atração mágica, porque ela é o símbolo do ato de viver.” Martha Graham²⁴

A frase de Martha Graham resume um pouco do que a dança é para o ser humano. A dança é manifestação da cultura humana desde a época primitiva, seja para comunicação com os deuses, preparar-se para a caça ou a guerra, comemorar a colheita, celebrar vitórias, conquistas, enfim, estava presente em momentos importantes e sempre com a função de comunicar.

Um corpo que executa uma sequência de movimentos em um determinado ritmo, conscientemente, acompanhado ou não de melodia, expressando uma ideia ou um sentimento é um corpo que dança; um corpo consciente que produz arte.

Brikman²⁵ afirma que corpo e movimento formam uma unidade que opera por energia; desta forma corpo, movimento e energia compõem uma unidade. Para ela,

é “Através do movimento no contexto do tempo e do espaço, a pessoa pode adquirir consciência do que acontece com seu próprio corpo.”

Garaudy²⁴ diz que dançar “é vivenciar e exprimir, com o máximo de intensidade, a relação do homem com a natureza, com a sociedade, com o futuro e com os deuses.” Para ele, o homem se afirma, como membro de uma comunidade, através das danças e dos cantos, desde a origem das sociedades. O filósofo francês faz tal afirmação logo nas primeiras páginas do seu livro *Dançar a vida*. Para ele, a dança é um modo de existir, e esse modo de existir envolve o jogo, a celebração, a participação, a magia e a religião, o trabalho, a festa, o amor e a morte.

A dança é uma arte que requer, do seu executor, o uso de habilidades mentais, como a memória, o raciocínio lógico, a atenção, coordenação motora, ritmo, resposta rápida a estímulos, criatividade. Talvez por esse fato, Sócrates, filósofo grego, tenha considerado a dança como uma atividade que formava o cidadão por completo, pois dava proporções corretas ao corpo, era fonte de boa saúde e ainda favorecia a reflexão estética e filosófica. Os gregos acreditavam que o equilíbrio entre corpo e espírito trazia o conhecimento e a sabedoria.²⁶ Como se pode observar, a ideia de que a dança favorece a saúde das pessoas remonta à história antiga.

Atualmente alguns estudiosos da gerontologia voltam os seus olhos para essa arte tão presente em quase todas as culturas do mundo, tentando estabelecer relações entre a prática da dança e a saúde ou a melhoria de algum aspecto da vida das pessoas idosas. As pesquisas envolvem diversas modalidades de dança, como a dança de salão, a dança tailandesa, a dança do ventre, o tango, as danças folclóricas. Por serem poucos os estudos, muitas questões ainda há por serem respondidas.

Volpe et al,²⁷ em um trabalho publicado em 2013, consideram a dança um modo popular de atividade física para muitas pessoas mais velhas, embora não se saiba se ela é mais eficaz, sustentável e agradável a longo prazo, se comparada a exercícios terapêuticos convencionais. Também afirmam não se ter conhecimento ainda de qual gênero de dança é o mais eficaz: se dança irlandesa, tango, quadrilha, dança de salão, dança criativa ou de improvisação. Afirmam que ainda não há respostas sobre se a dança deve ser executada com ou sem parceiro, ou que música é mais adequada e qual a frequência mais eficaz para resultar em benefícios terapêuticos.

Em artigo de revisão²⁸ sobre os efeitos da dança nos doentes de Parkinson, foram encontrados 13 estudos com 384 participantes, que avaliaram quatro tipos de dança. Os resultados destes estudos foram favoráveis no que diz respeito a parâmetros de função física, equilíbrio, marcha, risco de queda e qualidade de vida. A análise dos resultados indica que a dança pode melhorar a reabilitação de alterações motoras, uma vez que se observa uma diminuição do risco de quedas ao melhorar o equilíbrio e a marcha, o que levaria à melhoria da qualidade de vida.

De acordo com Kattenstroth e colaboradores,²⁹ a prática regular da dança pelo período de um ano traz benefícios na aptidão física e mental de idosos. Para os autores, a riqueza desta atividade consiste em uma combinação única de atividade física, coordenação motora rítmica, afetividade, equilíbrio, memória, interação social e estimulação acústica. Com isso, a dança atende às demandas sensoriais, motoras e cognitivas de indivíduos idosos, estimulando sua musicalidade e demais aspectos supracitados.

2.3 O PARADIGMA *LIFE-SPAN*

O aumento do número de pesquisas e estudos, a partir do século passado, acerca do envelhecimento em seus múltiplos aspectos, se deu como resultado da ampliação da expectativa de vida humana. Assim, foram construídos paradigmas, com suas teorias e microteorias, no intuito de esclarecer as várias dimensões que compõem o envelhecimento humano.

Dentre os paradigmas em Psicologia do Envelhecimento, o paradigma *life-span*, também chamado de paradigma do desenvolvimento ao longo de toda a vida, se apresenta como a corrente mais expressiva da psicologia voltada ao estudo do envelhecimento.

O paradigma *life-span*, desenvolvido por Paul Baltes, não utiliza a divisão do desenvolvimento humano em estágios subsequentes. Entende que durante toda a vida há ganhos em alguns aspectos e, em outros, perdas. Esse modelo propõe que existem eventos que influenciam o desenvolvimento humano e que trazem repercussões no processo de envelhecimento. Esses fatores de influência são classificados em: influências normativas e influências não normativas.³⁰

Os fatores de influências normativas, por sua vez, distinguem-se em graduadas por idade (ontogenéticas) e graduadas pela história. Os primeiros referem-se aos eventos já esperados no decorrer da vida, relacionados ao desenvolvimento cronológico, parte dos quais de natureza biológica, como a puberdade e a menopausa, por exemplo, e outros de natureza social, através dos quais as pessoas adquirem papéis e competências de acordo com a idade e as expectativas do seu grupo social, como o ingresso na escola, o emprego, a

aposentadoria. Esses eventos ocorrem geralmente na mesma faixa etária e por esse motivo são chamados de influências graduadas por idade.

Os fatores de influência graduados pela história referem-se aos eventos históricos que atingem determinada população, como a guerra, a fome, a violência, as epidemias. Eles variam de acordo com a classe social, a etnia, o gênero e são vivenciadas por cada grupo etário de maneira uniforme.³⁰

As influências não normativas são aquelas que, de caráter biológico ou social, não atingem todos os indivíduos de um grupo etário ao mesmo tempo e não tem relação com o tempo histórico ou a ontogenia. Ocorrem em qualquer momento, interrompendo a sequência do ritmo de vida da pessoa e cujos efeitos dependem do significado do acontecimento para o indivíduo e das condições que o mesmo possui para enfrentá-los. Esses acontecimentos, que podem ser negativos ou positivos, como acidentes, perda do emprego ou enriquecimento repentino, são causas de estresses que influenciam o desenvolvimento das pessoas.

De acordo com Neri e Fortes-Burgos, citando Davis et al, em adultos e idosos as emoções positivas e a capacidade de reconhecer as próprias emoções estão relacionadas com a maior probabilidade de solução de problemas em situações estressantes. As autoras afirmam que os grandes eventos do curso da vida ou eventos de vida individual são considerados marcadores de mudança ou transição, pois provocam mudanças nas formas como as pessoas se descrevem ou compreendem a si próprias. Porém, os acontecimentos inesperados apresentam maior probabilidade de provocar estresses e prejudicar a saúde física e emocional.³¹

Vale ressaltar que as características da personalidade influenciam nas respostas dos adultos e idosos a esses acontecimentos estressantes. Neri afirma que estudos concluíram haver forte relação entre extroversão e afetos positivos e

entre neuroticismo e afetos negativos. Assim, adultos e idosos com pouco afeto positivo, se tornam mais vulneráveis às situações de estresse e a doenças, enquanto os que tem predominância de afetos positivos apresentam melhores condições de enfrentar eventos estressantes.²³

Segundo o paradigma *life-span*, o envelhecimento diminui a possibilidade de adaptação ao meio, ou seja, a plasticidade comportamental, e diminui também a resiliência dos indivíduos. Porém, essa plasticidade depende das condições histórico-culturais, enquanto a resiliência depende tanto dos apoios sociais que os indivíduos recebem quanto dos recursos da personalidade dos mesmos.³⁰

De acordo com Baltes apud Neri,³⁰ nas trajetórias de desenvolvimento ao longo da vida, além da diminuição da plasticidade comportamental, também declinam a plasticidade biológica e a fidelidade genética. Assim, é necessário que haja avanços cada vez maiores em termos culturais, com mais disponibilidade de recursos, no sentido da prevenção e tratamento de doenças.

Justificativa

De acordo com o paradigma *life-span*, que propugna que o desenvolvimento não ocorre em estágios e se dá ao longo de toda a vida, em qualquer idade os indivíduos lidam com perdas e ganhos e os administram conforme sua personalidade e apoios sociais que recebem.

Nessa perspectiva, as mulheres pós-menopáusicas vivenciam perdas e ganhos significativos, tanto do ponto de vista físico e biológico, como do social. O fim da capacidade reprodutiva, a diminuição da plasticidade corporal, o casamento e afastamento dos filhos, a aposentadoria, são perdas comuns à maioria das mulheres

nesta fase da vida. Dependendo de como elas respondem a essas situações, pode haver melhora ou piora da sua qualidade de vida, da sua autoestima e autoimagem, e o surgimento ou não de sintomas depressivos.

A Paraíba precisa estar preparada para atender às crescentes demandas que acompanham o envelhecimento populacional. Com uma economia frágil, necessita encontrar estratégias de baixo custo para que os seus habitantes envelheçam com melhor qualidade de vida.

A Paraíba é um estado culturalmente rico cujo povo, alegre e festeiro, tem na dança e na musicalidade uma forma de expressão muito utilizada. Considerando essas características da população, e considerando que ainda são escassos os estudos realizados acerca dos possíveis benefícios da dança para a saúde do ser humano, estabelecer a correlação entre a prática regular da dança e a qualidade de vida, a autoimagem e autoestima em mulheres pós-menopáusicas e também com os sintomas depressivos em mulheres idosas pode esclarecer até que ponto a dança exerce efeito positivo nos aspectos acima elencados, contribuindo com a construção do conhecimento nesta área específica.

Devido ao aumento das demandas em relação à saúde e qualidade de vida dos idosos, em razão do processo de inversão da pirâmide etária, devem ser intensificadas ações interventivas junto à população que sejam viáveis, pouco onerosas e agradáveis. A dança se apresenta como uma alternativa que, se implementada nos grupos de convivência e instituições de longa permanência para idosos, poderá trazer benefícios à qualidade de vida dessa população.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Avaliar a relação entre a prática regular da dança, qualidade de vida, autoimagem, autoestima e sintomas depressivos em mulheres pós-menopáusicas.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Estabelecer correlação entre a prática regular da dança e:

- 1- Qualidade de vida em mulheres pós-menopáusicas;
- 2- Autoimagem e autoestima em mulheres pós-menopáusicas;
- 3- Sintomatologia depressiva em idosas.

4 HIPÓTESES

4.1 QUESTÃO DE PESQUISA: A PRÁTICA REGULAR DA DANÇA PODE PROPORCIONAR MELHOR QUALIDADE DE VIDA, ELEVAÇÃO DA AUTOIMAGEM, AUTOESTIMA E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM MULHERES PÓS-MENOPÁUSICAS.

4.2 HIPÓTESES

- Hipótese 0 – A prática regular da dança não interfere na qualidade de vida, na autoimagem, autoestima e sintomas depressivos em mulheres pós-menopáusicas.
- Hipótese 1 - A prática regular da dança interfere na melhoria da qualidade de vida, da autoimagem, autoestima e sintomas depressivos em mulheres pós-menopáusicas.

5 MÉTODOS

Delineamento:

Ensaio clínico com abordagem quanti-qualitativa.

Campo de Estudo:

Grupo Eterna Juventude. Município de Bayeux – Paraíba.

População e amostra:

A população do estudo foi composta por mulheres pós-menopáusicas inscritas no grupo *Eterna Juventude*.

A cidade de Bayeux – PB, local de realização deste estudo, de acordo com o censo do IBGE/ 2010 conta com uma população de 9.256 habitantes com idade a partir de 60 anos, sendo 3.739 do sexo masculino e 5.481 do sexo feminino, e uma população total de 99.716 pessoas, distribuída em uma área de 31.933 Km², o que representa 3.118,76 hab./km².

A figura 1 apresenta o número de habitantes de Bayeux, PB, com idade a partir de 45 anos, discriminados quanto ao sexo, segundo dados do último censo do IBGE:³²

Figura 1 - Indivíduos moradores de Bayeux por faixa etária

Idade	Sexo	
	Homens	Mulheres
45 a 49 anos	2.659	2.993
50 a 54 anos	1.913	2.268
55 a 59 anos	1.450	1.907
60 a 64 anos	1.266	1.702
65 a 69 anos	897	1.247
70 a 74 anos	747	1.093
75 a 79 anos	400	631
80 a 84 anos	228	420
85 a 89 anos	138	235
90 a 94 anos	39	111
95 a 99 anos	19	34
Mais de 100 anos	5	8

Fonte: IBGE, 2011

O grupo *Eterna Juventude* existe há aproximadamente onze anos, de forma independente, na cidade de Bayeux. Sob a coordenação de sua criadora, realiza desde então reuniões semanais, com prática de atividade física e eventos sociais, como passeios e festas em datas comemorativas. Para a realização de tais eventos, os integrantes do grupo que querem participar dos mesmos colaboram financeiramente com uma taxa para cobrir as despesas.

O grupo *Eterna Juventude* reúne-se em um ginásio de esportes de uma escola da rede privada da cidade. Inicialmente pagavam uma taxa pelo uso, que era rateada entre os membros do grupo. Após alguns anos, a escola isentou o grupo do pagamento da taxa.

O ginásio conta com uma quadra de esportes que é utilizada pelos alunos da escola e onde também são feitas as atividades do grupo, como é possível observar na figura 2, e algumas salas utilizadas pela administração do prédio.

Figura 2 - Grupo Eterna Juventude – Ginásio Jaime Caetano.



Fonte: Arquivo da Pesquisadora. 2013

O grupo conta com um amplificador de som, microfone e *mini-system*, com entrada para *pendrive* e *compact disc*. Também dispõe de bolas, bambolês, e outros equipamentos utilizados para a prática da atividade física. Para as aulas de dança da pesquisa, foi utilizado o equipamento de som do grupo.

Estão inscritas no grupo *Eterna Juventude* aproximadamente cem pessoas, porém a frequência às atividades é muito irregular, com um número aproximado de sessenta pessoas que participam regularmente. As pessoas não são eliminadas do grupo por motivo de ausências prolongadas, podendo passar até mais de um ano sem comparecer.

Critérios de inclusão:

- Mulheres pós-menopáusicas com idade igual ou superior a 45 anos;
- Estar inserida no grupo *Eterna Juventude*;
- Não ter praticado dança nos 06 meses anteriores ao início da coleta de dados.
- Comprometer-se a informar qualquer alteração na rotina medicamentosa e de atividades.

Crêterios de exclusão:

- Ter comprometimento da saúde física que impossibilitasse a atividade de dança;
- Uso de medica o antidepressiva por um período inferior a três meses antes da coleta de dados.

Procedimentos:

O presente estudo foi realizado em três etapas. A primeira etapa consistiu na apresenta o do projeto de pesquisa para o grupo *Eterna Juventude*; na leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C); na assinatura dos mesmos pelas integrantes do grupo com interesse em participar do estudo e realiza o da coleta de dados inicial, com aplica o dos instrumentos. (Apêndices A, B; Anexos 1,2 e 3).

A segunda etapa tratou da interven o com as aulas da oficina de dança: *Introdu o   dança de salão para damas: ritmo e musicaliza o*. As aulas eram realizadas duas vezes por semana às segundas e quartas-feiras, das sete às oito horas, durante o período de três meses.

A terceira etapa consistiu na reaplica o dos instrumentos, na semana imediatamente posterior ao último dia de aula de dança de salão.

Instrumentos da pesquisa:

Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados foram:

- WHOQOL–bref – Questionário de qualidade de vida, na forma abreviada¹⁹. Composto por 26 questões, o instrumento avalia quatro domínios: o físico, o psicológico, o das rela es sociais e o do meio

ambiente. As questões oferecem cinco alternativas de respostas, para as quais é atribuído o valor de 01 (um) a 05 (cinco), que são somados para a obtenção do resultado final. Quanto maior a pontuação, melhor é a qualidade de vida. No domínio físico são avaliadas questões como dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividade de vida cotidiana, dependência a medicação ou tratamento e capacidade para o trabalho. No domínio psicológico constam os pensamentos positivos, pensamento, aprendizagem, memória, concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade, crenças pessoais. O domínio das relações sociais inclui as relações pessoais, o apoio social e atividade sexual. O domínio do meio ambiente aborda a segurança física e proteção, o ambiente no lar, os recursos financeiros, cuidados sociais e de acesso aos serviços de saúde, acesso à informação, habilidades, lazer, ambiente físico, onde se observa a poluição sonora, trânsito, clima, transporte. Apesar de este questionário ser autoaplicável, todos foram realizados pela pesquisadora e sua equipe, previamente treinada, em virtude de se ter considerado que o provável baixo nível de escolaridade interferisse na compreensão das questões. (Anexo 1)

- Escala de depressão geriátrica – Yesavage - versão reduzida. GVS 15. Essa escala é constituída por 15 perguntas, que devem ser respondidas com *sim* ou *não*. A cada resposta indicativa de depressão é atribuído um ponto. Entende-se que apresenta sintomas depressivos o sujeito que obtiver acima de 5 pontos.³³ Esta escala foi aplicada apenas nos sujeitos com idade a partir de 60 anos. (Anexo 2)

- Questionário de Autoimagem e Autoestima (Stobäus, 1983), aplicado com a autorização do autor.³⁴ Esse questionário mede os níveis de autoimagem e autoestima a partir de cinquenta questões que são divididas em quatro domínios conforme: Domínio 1 – orgânico - subdividido em genéticos (questões 12 e 21) e fisiológicos (questões 2, 5 e 23); Domínio 2 – social - subdividido em status socioeconômico (questões 3, 7 e 33), condições de família (questões 28 e 30) e realização estudantil e profissional (questões 4, 8, 9 e 16); Domínio 3 – intelectual – subdividido em escolaridade (questões 1,6, 10 e 13), educação (questões 15, 19 e 38) e sucesso profissional (questões 11, 24 e 31); Domínio 4 – emocional – subdividido em felicidade pessoal (questões 14, 18, 25, 27, 39 e 49), bem-estar social (questões 26, 29, 32, 36, 45, 46 e 47) e integridade moral (questões 17, 20, 22, 34, 35, 37, 40, 41, 42, 43, 44, 48 e 50). A pontuação do questionário pode oscilar entre 50 a 250 pontos, sendo que quanto mais próximo de 250, mais real é a autoestima (AE) e a autoimagem (AI) dos sujeitos. (Anexo 3)
- Ficha Informativa – Fatores socioeconômicos. Esta ficha incluiu as seguintes variáveis: idade, escolaridade, estado civil, saúde, renda familiar, utilização de medicamentos de uso contínuo e ocupação atual. (Apêndice B)
- Roteiro de entrevista semiestruturada, com questões abertas acerca da vivência dos sujeitos em relação à dança e à percepção da própria saúde. (Apêndice A)

Análise dos dados

Para a análise quantitativa dos dados, foram realizados os seguintes procedimentos.^{35,36}

As variáveis contínuas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartílica. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas.

Para comparar médias entre os momentos avaliados, foi utilizado o teste t-*Student* pareado. Em caso de assimetria, foi aplicado o teste de Wilcoxon. Na avaliação de proporções foi utilizado o teste de McNemar.

As associações entre as variáveis contínuas e ordinais foram avaliadas pelos testes de correlação de Pearson (r) ou Spearman (r_s).

O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 18.0.

A análise qualitativa foi feita através da técnica da análise de conteúdo temática, sendo o tema compreendido como uma unidade de significação que pode ser apresentada graficamente por uma palavra ou frase.³⁷ A análise foi desenvolvida obedecendo as seguintes fases: a pré-análise, na qual foi feita uma primeira leitura do material coletado, ou leitura flutuante; a análise do material, ou descrição analítica, momento em que as informações foram agrupadas por categorias de análise; e o tratamento dos resultados, no qual buscamos dar uma interpretação qualitativa dos dados, acerca das categorias eleitas com base na insistência com que apareceram nas entrevistas.³⁸ A opção pelas entrevistas semiestruturadas deu-se de forma a privilegiar a exposição espontânea do pensamento dos sujeitos envolvidos e as falas foram transcritas sem correção gramatical, em respeito ao modo de falar dos sujeitos da pesquisa.

Aspectos Éticos:

O presente estudo teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, sob o número da Plataforma Brasil 425.753.

Todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice C).

O estudo seguiu as normas da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, em vigor no país, que regulamenta pesquisa envolvendo seres humanos.³⁹

6 RESULTADOS

Coleta dos dados

Inicialmente, mesmo que a maioria dos instrumentos fossem de auto preenchimento, a baixa escolaridade da maior parte dos sujeitos representou uma barreira para a leitura e interpretação das questões. Por este motivo, optou-se pela entrevista, na qual a leitura de cada questão foi feita pelo entrevistador, que assinalava a resposta dada pelos sujeitos. As respostas às questões da entrevista semiestruturada foram transcritas no momento da entrevista, também pelo entrevistador.

Como o tempo disponível dos sujeitos para a entrevista, bem como a disponibilização do espaço físico era de apenas duas horas por semana, das sete às oito horas, na segunda e na quarta-feira, e considerando que cada entrevista tinha duração aproximada de 30 minutos, cabia a cada membro da equipe de coleta entrevistar dois sujeitos por dia, perfazendo um total de vinte entrevistas por semana, podendo este maior tempo dispendido entre a entrevista e o início das aulas de dança, representar um possível viés. Alguns sujeitos se dispuseram a ficar após o horário, mas como o espaço era destinado a atividades esportivas da escola, as entrevistas com essas pessoas foram realizadas na calçada em frente ao ginásio de esportes.

Do total de sujeitos aptos em participar do estudo, nove não concordaram em participar da pesquisa, pois a religião que professavam não permitia que dançassem, duas só frequentavam o grupo uma vez por semana, cinco estavam com viagem marcada para o período da intervenção, três não estavam presentes no dia da coleta pós-intervenção, não respondendo ao questionário, uma mudou de

endereço e abandonou o grupo, uma deixou as atividades do grupo por motivo de emprego. Desta forma, 38 mulheres foram incluídas na pesquisa.

Concluída a coleta dos dados, foi iniciada a intervenção com aulas de *Introdução à dança de salão para damas: ritmo e musicalização*. As aulas foram ministradas duas vezes por semana, com uma hora de duração cada aula, segundas e quartas-feiras, às sete horas da manhã. O projeto inicial previa uma hora de dança em cada dia, porém esse tempo diminuiu para 45 minutos, pois os 10 minutos iniciais eram utilizados pela coordenadora do grupo para passar informes, realizar orações, cânticos e coletar as assinaturas da frequência. Após esse momento, era feito o alongamento durante cinco minutos, orientado pela professora de educação física.

O número ideal de alunas por turma seria de 20 pessoas. A pesquisadora havia planejado formar 3 turmas, o que não foi possível pela falta de disponibilidade de local e de tempo dos sujeitos da pesquisa.

Outra dificuldade encontrada foi a de conciliar a atividade de dança com a atividade de educação física para os sujeitos não participantes do estudo, uma vez que as duas turmas teriam que ocupar a mesma quadra de esportes. Nas primeiras aulas tentou-se trabalhar com os dois grupos na mesma quadra, porém não houve compatibilidade, pois a educadora física também precisava de música em suas atividades, o que inviabilizaria o trabalho de ambos os grupos. Depois de algumas reuniões das quais participaram a coordenadora, a professora de educação física e as participantes do grupo *Eterna Juventude*, ficou acertado que todas as integrantes do grupo participariam das aulas de dança. Os sujeitos que não quiseram participar do estudo, por motivos religiosos ou por não querer dançar, foram convencidos pela professora de educação física a participar das aulas de dança, com os argumentos

que não dançariam com parceiros e que a dança é uma atividade artística na qual são estimulados praticamente os mesmos grupos musculares trabalhados por ela em suas aulas. Então se formou uma turma com uma média de 60 participantes por aula.

A necessidade de atuação junto a um número grande de alunas dificultou o trabalho da instrutora de dança, que tinha que demonstrar a postura, os passos e os movimentos para aproximadamente sessenta pessoas e verificar se estavam seguindo as instruções corretamente.

Para que todas as participantes pudessem ver os movimentos da instrutora de dança, foi necessário que a mesma se posicionasse em um dos degraus da arquibancada do ginásio, utilizando um microfone sem fio, acoplado à cabeça, para que fosse possível ser ouvida por todas as alunas.

O restante do tempo era dedicado ao trabalho de dança. Buscou-se, neste trabalho, reproduzir a metodologia utilizada nas escolas de dança de João Pessoa. Assim, após o alongamento, era colocada uma música para o aquecimento, durante a qual os sujeitos e as demais alunas eram solicitadas a dançar livremente, do jeito que quisessem e soubessem. Em seguida, eram apresentados, inicialmente sem a música, os movimentos básicos, solicitando que as mesmas os reproduzissem. Quando se percebia que a maioria conseguia executar os movimentos, era introduzida a música. Com a ajuda de dois auxiliares, a instrutora de dança observava os movimentos executados pelas alunas e fazia as devidas correções, quando necessárias. Nesse momento, também era enfatizado, pela instrutora, a necessidade da manutenção da postura, com a colocação correta dos braços. Quando necessário e quando possível, as participantes eram solicitadas a dançar em duplas as quais, ao comando da instrutora, trocavam de par, tanto para

promover maior interação entre as participantes, quanto para que percebessem que cada pessoa tem uma maneira própria de se conduzir na dança. Quando era percebida certa dificuldade em relação ao ritmo, era feito um único círculo e o movimento era executado até que todas as pessoas conseguissem entrar no ritmo. Quinzenalmente a aula era encerrada com um círculo e cada participante era convidada a dançar no centro do mesmo. Vale ressaltar que esse momento era muito apreciado por todas que, sem exceção, faziam questão de exibir o que aprenderam para as demais colegas, recebendo aplausos pelo feito.

Essa fase durou três meses, período em que foram apresentados os ritmos forró, bolero, salsa, samba e soltinho. Porém, o trabalho foi desenvolvido com os dois ritmos mais apreciados pela maioria: o forró e o soltinho.

Após esse período, foram reaplicados os instrumentos para posterior análise. Para essa fase da coleta, foi capacitada outra equipe de entrevistadores, alunos do curso técnico de enfermagem, para que todas as entrevistas pudessem ser realizadas em um dia apenas. A capacitação consistiu em aulas expositivas sobre o processo de envelhecimento, sobre pesquisa científica, ética e sobre os instrumentos a serem utilizados. Em seguida, os estudantes aplicaram os questionários uns nos outros, momento em que puderam dirimir as dúvidas que surgiriam no processo, compartilhando com os demais. Após treino exaustivo, os estudantes foram considerados aptos pela pesquisadora para realizar as entrevistas deste estudo.

A coleta pós-intervenção foi realizada, conforme previsto, na segunda-feira seguinte ao último dia de aula.

Caracterização da amostra

A amostra foi composta por 38 mulheres pós-menopáusicas, participantes do grupo *Eterna Juventude*, com média de idade de $62,7 \pm 7,2$ anos, sendo a mais jovem com 48 e a mais idosa com 82 anos. Predominaram as mulheres casadas (57,9%), seguidas de viúvas (23,7%).

Em relação à escolaridade, a maioria possuía ensino fundamental incompleto (71,1%), com renda, em mediana, de R\$ 678,00 (percentil 25=R\$678; percentil 75=R\$1308), sendo a renda mínima de R\$220,00 e máxima de R\$4000,00.

Das 38 idosas, 28 (73,7%) relataram ter problemas de saúde e 32 (84,2%) faziam uso regular de medicação. Dessas, 27 (84,4%) utilizavam medicamentos para doenças cardiovasculares, 6 (18,8%) para diabetes mellitus, 3 (9,4%) utilizavam antidepressivos e 6 (18,8%) para doenças osteomusculares.

As características gerais da amostra estão representadas na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização da amostra

Variáveis	n=38
Idade (anos) – média ± DP	62,7 ± 7,2
Estado civil – n (%)	
Solteira (nunca casou)	3 (7,9)
Casada ou com companheiro	22 (57,9)
Separada/Divorciada	4 (10,5)
Viúva	9 (23,7)
Nível de escolaridade – n (%)	
Ensino fundamental incompleto	27 (71,1)
Ensino fundamental completo	5 (13,2)
Ensino médio incompleto	2 (5,3)
Ensino médio completo	3 (7,9)
Curso superior completo	1 (2,6)
Ocupação atual – n (%)	
Aposentada	21 (55,3)
Pensionista	2 (5,3)
Dona de casa	11 (28,9)
Ainda trabalha	4 (10,5)
Renda familiar (reais) – mediana (P25 – P75)	678 (678 – 1308)
Tem problemas de saúde – n (%)	
Sim	28 (73,7)
Não	10 (26,3)
Fazem uso regular de medicação – n (%)	
Sim	32 (84,2)
Não	6 (15,8)

Em relação à qualidade de vida (QV), os resultados demonstram que houve uma melhora significativa nos escores quando considerado o domínio social ($p=0,033$). Nos demais domínios, observou-se um aumento, mas sem significação estatística. A Escala de Depressão Geriátrica (EDG), aplicada apenas junto aos sujeitos idosos ($n=23$), e o escore de autoimagem e autoestima (AIAE) não apresentaram variações significativas (Tabela 2).

Tabela 2 - Comparação dos escores de sintomas depressivos, AIAE e QV antes e depois da prática de dança pelos idosos.

Variáveis	N	Pré	Pós	P
EDG – mediana (P25 – P75)	23	3 (2 – 5)	3 (1 – 4)	0,249*
Com sintomas depressivos – n (%)	23	8 (34,8)	5 (21,7)	0,453**
Escore AIAE – média ± DP	38	180,7 ± 22,9	177,8 ± 22,3	0,379***
WHOQOL – média ± DP				
Domínio Físico	38	65,3 ± 15,6	68,3 ± 15,4	0,187***
Domínio Psicológico	38	70,6 ± 10,6	72,5 ± 15,6	0,353***
Domínio Social	38	64,9 ± 15,3	71,1 ± 16,7	0,033***
Domínio Ambiente	38	51,6 ± 12,9	52,3 ± 12,0	0,719***
Geral	38	65,5 ± 16,3	66,1 ± 19,3	0,826***

* teste de Wilcoxon; ** teste de McNemar; *** teste t-*student* para amostras pareadas

Quanto à adesão às aulas, a mediana foi de 3 faltas por aluno (percentil 25=2; percentil 75=4). Foi considerado aderente o sujeito que apresentou frequência aproximada de 80% das aulas, assim eram necessárias, no máximo, 5 faltas. Desta forma, 34 sujeitos (89,5%) foram considerados aderentes e 4 (10,5%) não aderiram à dança.

O grupo aderente aumentou os escores de AIAE e QV em todos os domínios e também diminuiu o escore de EDG. No entanto, as diferenças não foram significativas. No grupo não aderente, houve aumento no percentual de mulheres com sintomas depressivos, porém sem significância estatística. No entanto, houve um aumento nos escores de qualidade de vida nos domínios físico e social após a dança, porém sem significância estatística.

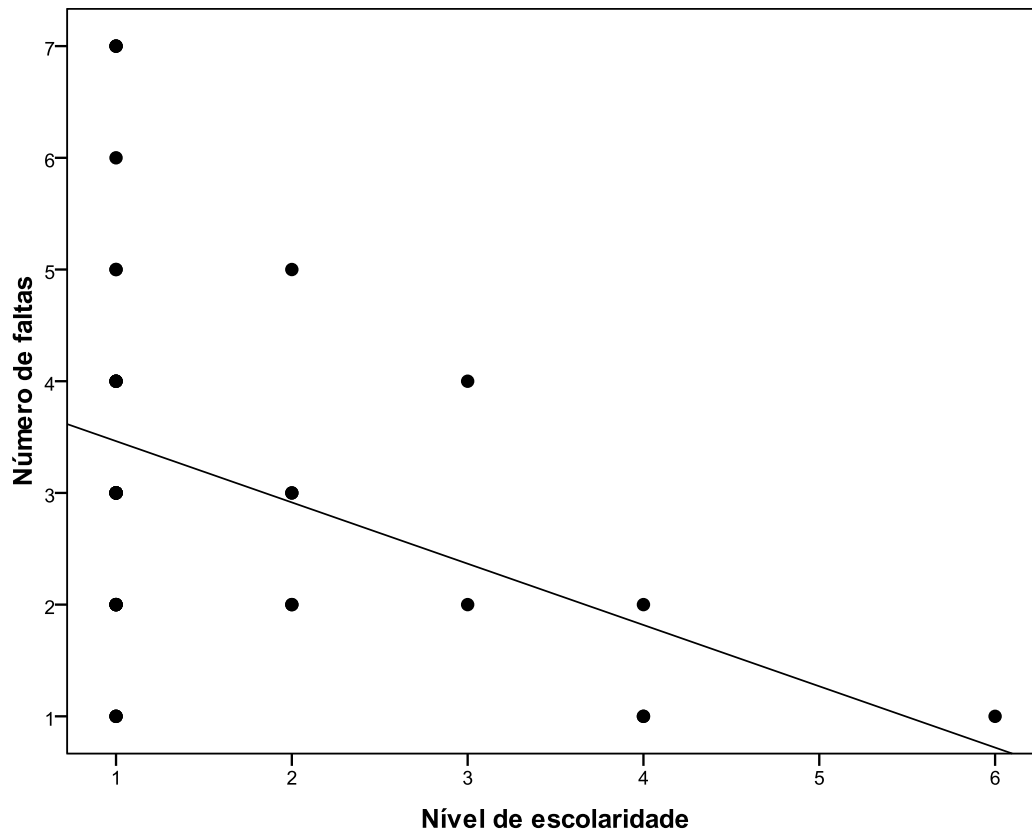
Tabela 3 - Comparação entre as escalas conforme adesão

Variáveis	Grupo aderente (n=34)			Grupo não aderente (n=4)		
	Pré	Pós	p	Pré	Pós	P
EDG – mediana (P25 – P75) [#]	3 (1 – 5)	2,5 (1 – 4)	0,150*	6 (3 – 9)	6 (5 – 10)	0,180*
Com sintomas depressivos – n(%)	6 (30,0)	2 (10,0)	0,219**	2 (66,7)	3 (100)	1,000**
Escore AIAE – média ± DP	181,4 ± 22,8	178,0 ± 21,4	0,273***	174,5 ± 26,1	175,8 ± 32,5	0,953***
WHOQOL – média ± DP						
Domínio Físico	66,1 ± 16,1	68,4 ± 15,7	0,352***	58,9 ± 9,4	67,9 ± 15,2	0,080***
Domínio Psicológico	71,3 ± 10,7	73,8 ± 15,3	0,234***	64,6 ± 8,0	61,5 ± 16,1	0,729***
Domínio Social	65,9 ± 14,1	70,1 ± 16,9	0,064***	56,3 ± 23,9	79,2 ± 14,4	0,309***
Domínio Ambiente	52,8 ± 13,0	52,9 ± 12,1	0,960***	41,4 ± 5,3	46,9 ± 11,7	0,557***
Geral	65,1 ± 16,5	66,9 ± 18,7	0,516***	68,8 ± 16,1	59,4 ± 25,8	0,608***

* teste de Wilcoxon; ** teste de McNemar; *** teste t-*student* para amostras pareadas; # grupo aderente (n=20) e grupo não aderente (n=3)

O nível de escolaridade se associou significativamente à adesão à dança ($r_s = -0,354$; $p = 0,029$), ou seja, quanto maior o nível de escolaridade, menor o número de faltas na dança (Figura 3). Também foi observado que, quanto menor a presença de sintomas depressivos, maiores os escores de AIAE ($r_s = -0,414$; $p = 0,050$) (figura 4) e também escores mais elevados de AIAE correspondem a escores mais elevados de QV ($r_s = 0,330$; $p = 0,043$), como pode ser observado na figura 5.

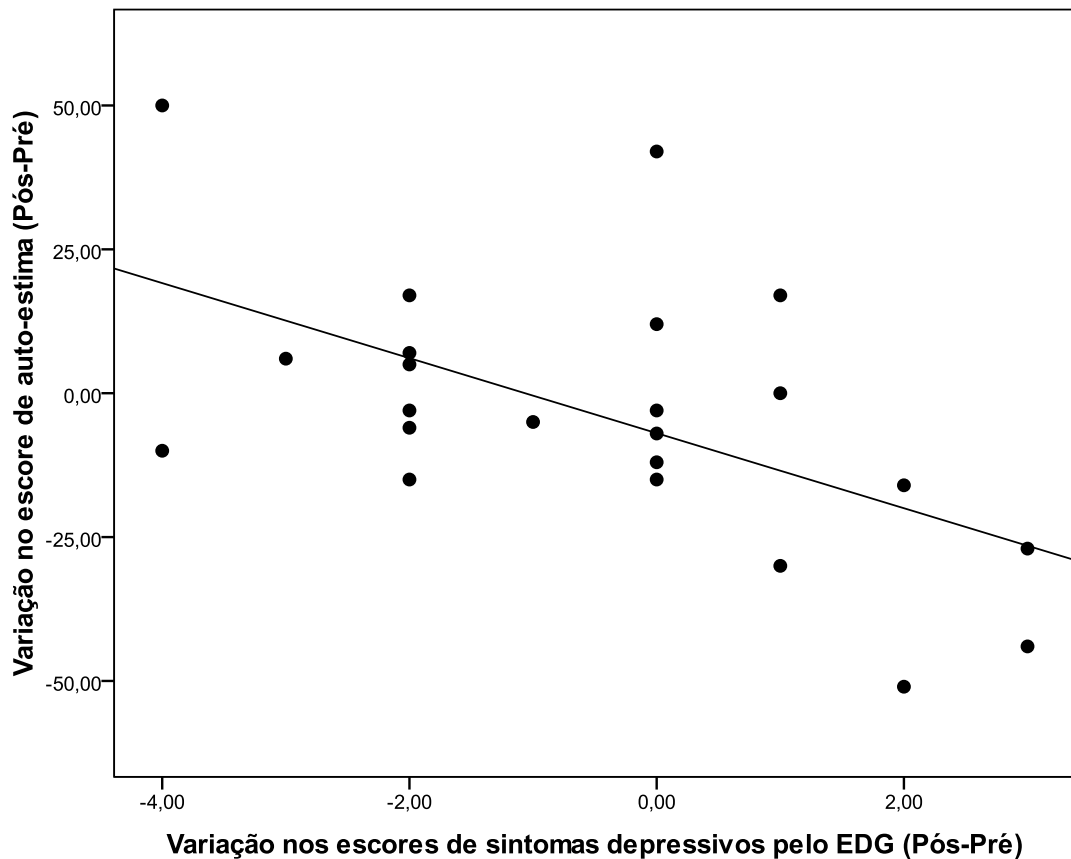
Figura 3 - Associação entre o nível de escolaridade e o número de faltas



Legenda: 1=fundamental incompleto; 2=fundamental completo; 3=médio incompleto; 4=médio completo; 5=superior incompleto; 6=superior completo

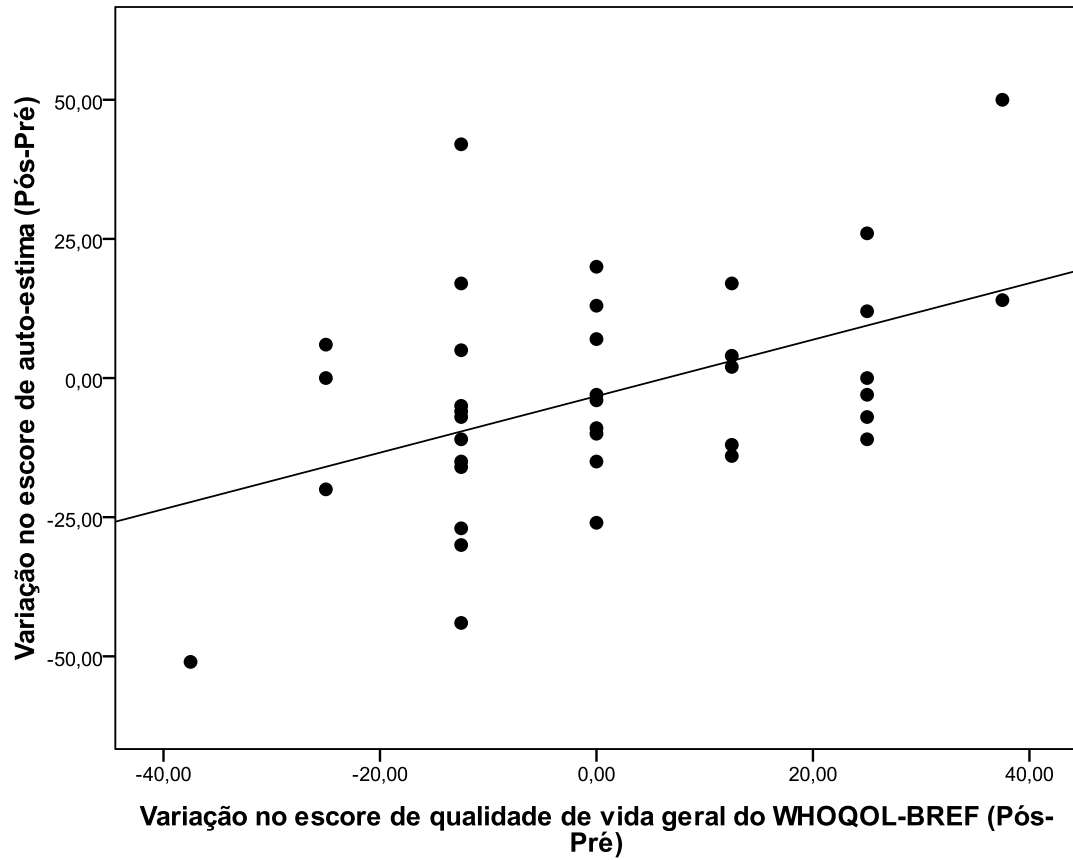
Em relação à presença de sintomatologia depressiva, houve associação inversa estatisticamente significativa das variações do escore de sintomas depressivos pelo EDG, com as variações do escore de AIAE ($r_s = -0,524$; $p = 0,010$), sendo que indivíduos que mais aumentaram sua AIAE foram também os que mais reduziram os sintomas depressivos (Figura 4).

Figura 4 - Associação do escore de sintomas depressivos e escore de Autoimagem e autoestima.



Considerando o quesito qualidade de vida, houve associação positiva estatisticamente significativa entre as variações do escore geral de QV do WHOQOL-bref com as variações do escore de AIAE ($r=0,461$; $p=0,004$), ou seja, os indivíduos que mais aumentaram sua autoestima foram também os que mais melhoraram a sua qualidade de vida após a dança (Figura 5).

Figura 5 - Associação entre o escore geral do WHOQOL-bref e escore de autoimagem e autoestima.



Foi verificado que a idade e o estado civil não se associaram significativamente com os escores de autoimagem e autoestima, sintomas depressivos e qualidade de vida ($p > 0,05$).

Também os escores de qualidade de vida não se associaram significativamente com o escore de sintomas depressivos ($p > 0,05$).

7 DISCUSSÃO

A desigualdade socioeconômica que existe no Brasil reflete-se na escolaridade, renda e aspectos da saúde da população. De acordo com as características sociodemográficas encontradas, este estudo confirma alguns dos resultados obtidos por outras pesquisas realizadas com grupos de convivência ou com pessoas idosas no país, ou seja, a maioria dos participantes é do sexo feminino, de baixa renda e pouca escolaridade,^{40, 41,42,43} Para Benedetti et al., cujo estudo obteve resultados semelhantes ao nosso, os grupos de convivência são uma alternativa de lazer e socialização economicamente viável para os indivíduos cuja renda não comporta despesas dessa natureza.⁴⁴

Quanto ao estado civil, nosso estudo constatou que o número de mulheres casadas ou com companheiros é maioria, ao contrário dos dados encontrados em outros estudos, que indicam um percentual maior de viúvas.^{45,46} Provavelmente pelo fato de a média de idade dos sujeitos do nosso estudo ser de 62,7 anos, um pouco abaixo do que relata a literatura em relação à média etária de outros grupos de convivência.

De acordo com o IBGE, as mulheres vivem mais do que os homens. Enquanto que, entre 1999 e 2009 a expectativa de vida das mulheres aumentou de 73,9 para 77,1 anos, entre os homens tal expectativa subiu de 66,3 para 69,4 anos⁴⁶. Este dado pode explicar a maioria de mulheres casadas ou que tenham companheiro no grupo *Eterna Juventude*, considerando que a expectativa de vida dos homens é, aproximadamente, sete anos menor em relação às mulheres e que estas se casam geralmente com homens da mesma idade ou mais velhos.

No que diz respeito às preferências musicais, as mulheres participantes do estudo, quando questionadas acerca do tipo de música que gostariam de dançar,

optaram majoritariamente pelo forró, possivelmente por ser um ritmo nordestino, com o qual estão familiarizadas desde a infância, seguido do bolero e do samba. As aulas então foram iniciadas com forró, que foi um ritmo bem aceito pelas mesmas. Já o bolero não teve grande aceitação, provavelmente por ser um ritmo mais lento. Entretanto observou-se que, no momento em que foi apresentada a dança chamada soltinho, com músicas da Jovem Guarda, o grupo estudado mostrou-se mais animado e interessado do que o próprio forró. Essa postura adotada pelas participantes foi recebida com surpresa pela pesquisadora, porém entende-se que as músicas da Jovem Guarda remetiam de volta ao passado, época de sua juventude.

Com relação ao par ideal para dançar, a maioria optou por uma pessoa do sexo masculino (esposo, filho, sobrinho ou o próprio professor), seguido daquelas pessoas que escolheram dançar com mulheres (filha, cunhada, amiga). Observou-se que as mulheres que optaram pela figura masculina, o fizeram citando apenas parentes, o que demonstra um cuidado em não se expor com cavalheiros desconhecidos da sua família. Afinal, a dança a dois é caracterizada pelo contato físico e visual entre os parceiros. Já as que fizeram opção por parceiras de dança, citaram que poderiam dançar com amigas.

Esta conduta adotada pode ser consequente de uma postura educacional familiar mais rigorosa, que não lhes permitia ter um relacionamento de amizade com pessoas do sexo oposto. Outra possibilidade é a de que os sujeitos que optaram por uma mulher como par ideal, acreditam ser difícil obter um parceiro do sexo masculino para dançar, como expressou um dos sujeitos: *“É meio difícil. Eu não tenho não. São todos comprometidos.”*

A sexualidade é um dos aspectos investigados no WHOQOL-bref por influenciar na qualidade de vida dos indivíduos. De acordo com Bastos et al.,⁴⁷ o tabu em relação à sexualidade ainda cerca as pessoas com mais idade, pois há uma concepção de que a possibilidade de manifestar sua sexualidade é própria dos mais novos, tendo os idosos que aceitar a imposição social. Mesmo que tenham o desejo de vivenciar sua sexualidade plenamente, temem ser estigmatizados como pervertidos, o que os faz reprimir seus sentimentos em relação à busca do outro.

Lyra e Jesus lembram que a sexualidade diz respeito “à maneira como uma pessoa expressa o seu sexo”, o que é feito através “dos gestos, da postura, da fala, do andar, da voz, das roupas, dos enfeites, do perfume, enfim, de cada detalhe do indivíduo”. Assim, a sexualidade entendida num enfoque amplo, tem no coito apenas um dos seus aspectos. Os autores ressaltaram que, para dois dos sujeitos do seu estudo, a dança foi vista como forma de viver a sexualidade.⁴⁸

No que concerne à satisfação com o próprio corpo, a maioria dos sujeitos do nosso estudo demonstraram estar satisfeitos, porém alguns revelaram certa preocupação com a obesidade, ou com outro aspecto da saúde, conforme respostas dadas à questão: Como você descreve seu corpo? Você gosta dele? Para preservar a identidade dos sujeitos dessa investigação, utilizamos o codinome “bailarina”, seguido de um número de identificação, pois se trata de um substantivo que remete imediatamente ao ato de dançar:

“Eu acho que ele tá bem, né? Bom. Tirando umas gordurinhas... umas dorezinhas aqui, outras acolá...” (bailarina 18)

“Eu gosto. Acho feias as pernas. Porque eu tenho muita veia.” (bailarina 27)

“A única coisa que eu não gosto é das varizes e da barriga.” (bailarina 28)

“Eu me sinto um pouco gorda. Sim. Gosto.” (bailarina 29)

“Ah! Eu gosto. Foi Deus que me fez assim... eu era gorda. E quando era gorda era doente. Agora fiquei com saúde.” (bailarina 36)

“Eu gosto. Minha altura é média. Não é muito alta. Também não sou muito gorda. Cabelos cacheados. Moreno claro.” (bailarina 39)

“Gosto. Meu marido chama eu de manequim. Não quero ser gorda. Quero ser assim.” (bailarina 40)

“Eu sei lá... mal feito. Seio grande, barriga grande. Engordei 15 quilos. A gente tem que aceitar o corpo como é, né? Fazer o que?” (bailarina 42)

“Gosto. Ah... gordinho. Eu pesava 52 quilos. Era bem magra.” (bailarina 43)

“Me sinto gorda. Sim.” (bailarina 45)

“Meu corpo agora? Você tá vendo essa bolinha? Isso aqui é obesidade. Obesidade depressiva. Eu pesava 58 quilos. Estou com 100. Eu estou em forma... de bola! (risos)” (bailarina 46)

“Bem...antes eu era magrinha e agora estou gorda. Mas estou bem do jeito que sou.” (bailarina 48)

“Gosto do meu corpo. Porque não sou gorda. Se eu engordar muito não posso andar.” (bailarina 51)

A obesidade pode acarretar sofrimento para o indivíduo por não corresponder aos padrões de beleza e de saúde socialmente impostos. Esse sofrimento pode ser potencializado pelo sentimento de culpa por não conseguir emagrecer, o que repercute na sua autoestima. As mulheres ainda são as mais estigmatizadas pela obesidade em relação aos homens, pois são mais discriminadas e pressionadas socialmente a fazer dietas.

Mesmo admitindo desagrado com a obesidade e outras intercorrências de saúde, os sujeitos desse estudo, ao afirmarem gostar do próprio corpo, revelam ter, em relação a esse aspecto, uma boa autoimagem, corroborando os escores obtidos no questionário de Autoimagem e Autoestima de Stobäus.³⁵

O mesmo ocorreu com dois dos sujeitos que demonstraram aceitação das transformações corporais, referindo que são consequência do processo natural do envelhecimento:

“Eu gosto. Ele é como um idoso. Não é como jovem, você sabe disso. Mas sinto feliz por isso.” (bailarina 37)

“Eu gosto que é meu corpo... tudo mole, caído. A idade também. Mas é meu corpo, eu gosto.” (bailarina 50)

Em relação à saúde, observou-se que 84% dos sujeitos do nosso estudo utilizavam medicamentos para doenças cardiovasculares, osteomusculares, diabetes *mellitus* ou depressão, sendo que, deste percentual, 84,4% se encontravam em tratamento para doenças cardiovasculares. Este dado vem confirmar estudos que afirmam que as doenças cardiovasculares e as neoplasias são as morbidades que mais afetam os idosos.^{49,50} Considerando que as mudanças ocorridas nas

mulheres em função da menopausa incluem sintomas que podem levar a desconforto, como os fogachos, e aumento na prevalência de doenças como hipertensão arterial sistêmica, doença cardiovascular, alterações lipídicas e diabetes *mellitus*, é possível que a participação deste número mais elevado de mulheres em tratamento medicamentoso no grupo de convivência esteja relacionado à busca de melhoria das suas condições de saúde, provavelmente por orientação médica, pois estudos afirmam que a atividade física e o estilo de vida ativo estão associados à diminuição dos níveis de tais morbidades.^{51,52,53}

Na entrevista semiestruturada, antes da intervenção, quando indagadas sobre “como está sua saúde?”, a maioria das respostas indicou satisfação com a saúde, porém destacamos as seguintes respostas que, a nosso ver, apresentam algum grau de conflito.

“Tá bem. Gostaria que melhorasse um pouco mais.” (bailarina 1)

“Tô bem, às vezes umas dores, mas todo mundo tem. E as dores são baixas, não incomodam muito não.” (bailarina 5)

“Minha saúde tá regular, por causa da pressão. Mas por isso a gente não vai dizer que não é boa.” (bailarina 27)

“Na minha idade eu sempre sinto uma dor, mas estou bem.” (bailarina 29)

“Minha saúde tá boa. Sempre sinto dor de coluna. Tenho artrose. Pressão alta e insônia. Uso também colírio pra pressão do olho não aumentar.”
(bailarina 37)

“Está bem. Só tenho problema de pressão, de cunho emocional.”
(bailarina 47)

“Eu sinto dor de cabeça, mas tô boa agora. As dores são frequentes.”

(bailarina 58)

“Tá bem. Sinto uma dor no joelho.” (bailarina 60)

Estas respostas demonstram que, mesmo apresentando queixas de dor ou com relação à pressão arterial sistêmica, houve predomínio do sentir-se bem em relação à saúde. Possivelmente tais declarações decorram de uma crença de que no processo de envelhecimento essas intercorrências de saúde são situações normais e, portanto, mesmo padecendo de tais doenças, por estas não serem incapacitantes, sua saúde se encontra adequada para a faixa etária em que os sujeitos se encontram. Estes resultados corroboram estudos que avaliaram a relação entre as condições de saúde e participação em grupos de convivência, nas quais as idosas relataram ter mais doenças, embora a percepção do seu estado de saúde tenha sido positiva.⁴⁴

A saúde se apresentou como a categoria de maior destaque dentre as quatro ideias centrais categorizadas a partir das respostas emitidas pelos sujeitos quando questionados acerca do significado da dança.

*“Eu acho tão bom. Que significa **saúde**, não é? Mexe com os ossos, mexe com tudo.”* (bailarina 2)

*“Liberdade. Expressão. Ajuda muito à **saúde**.”* (bailarina 10)

*“É um exercício muito bom pra **saúde, estresse**. É muito bom.”* (bailarina 21)

*“Uma física, uma **saúde** pra o corpo. É muita **saúde** pra o corpo. Eu sei disso”.* (bailarina 22)

*“É muito importante pra a **saúde**.”* (Bailarina 30)

*“É boa pra a **saúde**.”* (bailarina 33)

*“Diversão e exercício... **saúde** ... bom humor, alegria. Significa muita coisa”* (bailarina 37)

*“A gente se diverte. Alivia um pouco a memória, traz **saúde** para o corpo e acredito que traga um pouco de energia. E **saúde** pra alma.”* (bailarina 47)

*“Eu acho muito bonito quem sabe dançar... coisas boas né? Acho que faz bem à **saúde**.”* (Bailarina 50)

*“Significa alegria, **saúde**, tudo de bom.”* (bailarina 56)

O fato de um número expressivo de sujeitos terem associado a atividade da dança com a saúde, antes mesmo de participar das aulas, pode ser indicativo da influência dos meios de comunicação, uma vez que o incentivo à prática da dança relacionando-a com a boa saúde é apresentado nas mídias, principalmente a televisão, através de reportagens e dos depoimentos de indivíduos famosos participantes de *reality shows*. Tal influência foi relatada por um dos sujeitos: *“A dança é muito bom. Eu já assisti às pesquisas. A dança melhora a vida das pessoas.”* (bailarina 43)

Ainda há poucos estudos sobre o efeito da dança na saúde da pessoa idosa. Haboush et al.⁵⁴ em 2005, realizaram um estudo com 20 participantes que tinha como objetivo verificar o efeito das aulas de dança de salão sobre as pessoas com depressão geriátrica. A principal hipótese dos autores era a de que os participantes que recebessem aulas de dança de salão teriam escores de depressão significativamente menores em relação ao grupo controle. Constatou-se também no

estudo citado anteriormente, que as aulas de dança proporcionaram um efeito moderado. Para os autores o resultado não foi significativo por se tratar de um estudo piloto, com amostra pequena. Sugerem a realização de estudos com um número maior de indivíduos e com aulas em grupo, e não individuais, como foi o caso do estudo realizado por eles. Eles avaliaram também que apenas uma aula de 45 minutos por semana influenciou negativamente no resultado da pesquisa.

Outro estudo em idosos, conduzido por Alpert et al, concluiu que dançar jazz não afeta a cognição nem o humor, porém tratou-se de um estudo piloto com 13 sujeitos.⁵⁵ Os autores sugerem que sejam feitos estudos longitudinais com amostra maior para verificar a eficácia da dança jazz sobre o equilíbrio, cognição e humor em idosos.

O nosso estudo não obteve significância estatística quanto à presença de sintomatologia depressiva em mulheres idosas. No entanto, chamou a atenção o fato de ter ocorrido uma maior redução nos escores de sintomas depressivos nos indivíduos que apresentaram, concomitantemente, uma melhora na sua autoimagem e autoestima (AIAE), ocorrendo, desta forma, uma associação inversa e estatisticamente significativa entre as variações do escore destas duas variáveis. Santos et al. em estudo realizado em São Paulo, encontraram associação significativa entre a queixa de desempenho de memória, percepção de estresse, sintomas de depressão e autoestima, de forma que idosos saudáveis com queixa subjetiva de memória, apresentaram mais estresse, mais depressão e menor autoestima quando comparados aos idosos sem queixa.⁵⁶ Isto sugere que há relação entre a autoestima e os sintomas depressivos.

Vale ressaltar que, como afirmou Neri,²³ a autoestima construída nas relações sociais é uma avaliação de caráter afetivo que o sujeito faz de si. Considerando que

a depressão é um transtorno afetivo, pode-se acreditar que há, de fato, relação entre a autoestima do sujeito e sintomatologia depressiva.

Mesmo não havendo uma redução dos sintomas depressivos com significação estatística no presente estudo, os sujeitos referiram melhora do humor, conforme os depoimentos colhidos após a intervenção:

“Melhorei minha tristeza” (bailarina 1)

“Porque é muito bom. Para as pessoas que se sentem triste que fique feliz assim como eu.” (bailarina 46)

“Me sinto bem descontraída. Faz pouco tempo que perdi meu marido e a dança me complementa.” (bailarina 47)

“Uma alegria dentro de mim. Foi um remédio para minha cabeça e meu corpo.” (bailarina 40)

“Eu acho ótimo. Quando danço me sinto alegre.” (bailarina 15)

“Esquecia dos problemas. Era só alegria.” (bailarina 63)

Considerando que a tristeza é um dos sintomas da depressão, segundo Cavalcante et al., os relatos anteriores demonstram melhoras em tais sintomas, atribuídas às aulas de dança.⁵⁷ O nosso estudo apresentou uma tendência de redução dos sintomas depressivos no grupo aderente à dança enquanto que no grupo não aderente houve aumento no percentual de mulheres com sintomas depressivos, porém sem significância estatística. No entanto, este resultado pode estar relacionado ao fato de que, quando em depressão moderada ou grave, os indivíduos de maneira geral não conseguem sentir motivação para a prática da dança devido aos sintomas por eles apresentados, tais como humor depressivo,

redução da capacidade de sentir prazer em atividades outrora agradáveis, fadiga ou sensação de perda de energia, diminuição da capacidade de concentração, raciocínio e tomada de decisões, alterações do sono, do apetite, redução do interesse sexual, retraimento social, crises de choro e comportamento suicida.⁵⁸

Nessa perspectiva, consideramos que quando o indivíduo já se encontra em um quadro de depressão moderada ou grave, não consegue mobilizar forças para participar de atividades de dança, porém quando os sintomas depressivos são leves, a dança pode favorecer a melhora do humor. Este fato foi observado em um estudo realizado com adolescentes, no qual os autores concluíram que após doze semanas de prática de dançaterapia, houve aumento da concentração de serotonina e diminuição da dopamina no plasma dos sujeitos do grupo experimental. Assim os autores afirmam que a dançaterapia pode ser eficaz na estabilização do sistema nervoso simpático, reduzindo o sofrimento psicológico de adolescentes com depressão leve.⁵⁹

Ainda em se tratando dos benefícios da dança para a saúde, o nosso estudo apresenta, no discurso dos sujeitos, relatos de melhoras nos movimentos corporais como nos depoimentos que se seguem:

“Eu aprendi a levantar os pés, antes das aulas de dança eu levava muitas topadas. Depois da dança eu parei.” (bailarina 24)

“Me sentia bem, ficava melhor, tinha mais flexibilidade. Facilitou mais minhas articulações e os movimentos do corpo.” (bailarina 10)

“Eu tinha muitas dores na coluna e no tornozelo, depois da atividade parou essas dores.” (bailarina 62)

“Sempre bem, disposta, sem dores nas juntas do joelho.” (bailarina 63)

A fala da bailarina 24 indica que antes da prática da dança, ela corria risco de quedas, provavelmente pelo fato de não levantar suficientemente os pés ao caminhar.

Gonzaga et al, em um estudo envolvendo 56 mulheres⁶⁰ na cidade de Campina Grande – PB, demonstraram que a dança melhorou o padrão de deambulação em idosas, sendo que os ritmos mais praticados pelos participantes foram o forró e o xaxado. O estudo do tipo transversal avaliou mulheres que foram agrupadas por atividade específica, na qual deveriam estar envolvidas há mais de seis meses, sendo: dança (n = 10), musculação (n = 10), hidroginástica (n = 12) e caminhada (n = 11). Outro grupo foi composto por idosas sem envolvimento em atividade física regular por pelo menos dois meses (n=13). Apenas o grupo dança foi diferente estatisticamente do grupo controle em relação aos parâmetros cinemáticos do andar (comprimento da passada e do passo, duração e velocidade da passada, cadência e duração das fases de suporte simples, balanço e duplo suporte). Para os autores, o fato de estes ritmos envolverem movimentos em várias direções com giros, deslocamentos e mudanças nas bases de suporte, pode explicar o resultado obtido.

No nosso estudo o forró foi o ritmo mais utilizado e, durante as aulas, foi trabalhada a transferência do peso corporal de uma perna para outra, movimentos com aberturas laterais das pernas, com caminhadas para a esquerda, para a direita, para trás e para a frente e em diagonal, além da ênfase na postura, o que pode ter favorecido a melhora relatada pelos sujeitos, incluindo o alívio da dor, referido pela Bailarina 24:

“Eu também melhorei uma dor na coluna que eu tinha. Hoje em dia minhas costas não dói mais. Tudo isso agradeço às aulas de dança.”

A melhora relatada em relação à execução de movimentos e à dor também pode estar relacionada à ênfase dada à postura durante as aulas de dança. De acordo com Pettenon et al., a postura ou a má postura ocorrem em todas as fases da vida humana, porém suas consequências são mais perceptíveis nos indivíduos com idade mais avançada, uma vez que as alterações posturais nos idosos ocorrem tanto em função do processo natural do envelhecimento quanto por causa de patologias musculoesqueléticas associadas.⁶¹ Segundo os autores, a postura pode refletir o bem estar, a doença, a autoestima ou simplesmente o processo de envelhecimento.

Acreditamos que a postura corporal pode não somente refletir os aspectos anteriormente citados, mas pode também modificar tais aspectos para melhor, à medida em que há melhora postural, ou vice-versa.

Bocalini, Santos e Miranda⁶² realizaram estudo para verificar os efeitos da prática da dança de salão na aptidão funcional de mulheres idosas. Eles concluíram que essa prática é uma importante estratégia para aprimorar a qualidade de vida e desenvolver a aptidão física. A aptidão funcional pode ser definida como “a capacidade para desempenhar as demandas ordinárias e inesperadas da vida diária de forma segura e eficaz”.⁶³ Para os autores, a aptidão funcional seria a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais, incluindo o sono adequado. A força muscular, a flexibilidade, a agilidade, o equilíbrio, a capacidade aeróbia e a coordenação são fatores importantes para a manutenção da aptidão funcional.

A dança pode contribuir no sentido de manter e/ou aprimorar essas capacidades dos indivíduos. Depoimentos dos sujeitos do nosso estudo vêm confirmar tal afirmação:

*“Me estimulou muito pra **fazer os serviços** na minha casa. Aprendi a dançar melhor. Nos meus **reflexos** a dança melhorou muito.”* (bailarina 10)

*“As aulas passavam uma energia positiva. Logo que chegava em casa tinha mais **disposição para atividades diárias**.”* (bailarina 21)

*“A gente **dorme melhor**. Se sente leve.”* (bailarina 54)

*“Ajuda a pessoa **se coordenar melhor**. Que eu não tinha coordenação.”*
(bailarina 10)

Estes depoimentos revelam que, ao melhorar a coordenação, o sono, a disposição física para a realização das atividades, a prática regular da dança contribuiu para a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos em pauta.

Ainda em relação à saúde, Leal e Haas,⁶⁴ em estudo realizado em 2006 na cidade de Porto Alegre - RS, com uma amostra de oito idosas com idade acima de 65 anos e que praticavam a dança de salão uma vez por semana durante noventa minutos, buscaram analisar o significado e compreender a importância da dança para a população dessa faixa etária. Os resultados mostraram que a dança proporcionou bem-estar físico, social e psicológico e foi considerada benéfica para a saúde, trazendo satisfação pessoal para as participantes.

Ao comparar o nosso estudo com o acima citado, o que chama a atenção é a semelhança entre os termos, ou seja, como os participantes se referiram à dança

como elemento de bem estar. No estudo de Porto Alegre, os sujeitos referiram-se à dança como algo que faz bem aos aspectos físicos, sociais, psicológicos e para a saúde. Os termos: “é muito bom”, “eu gosto”, “estou mais alegre”, “me sinto bem”, “fazer amizades e conhecer pessoas”, “satisfação”, “me sinto mais solta”, “me sinto leve, com mais disposição”, “acho bonito”, “eu me sinto viva”, foram utilizados pelos sujeitos de ambos os estudos, o que demonstra que independentemente da distância no tempo histórico e no espaço geográfico, a dança é relatada pelos sujeitos que a praticam como algo que traz disposição, alegria, bem estar, vitalidade, prazer, diminuição da timidez e socialização.

A melhora na socialização no nosso estudo foi constatada através do resultado significativo no domínio social do WHOQOL-bref, e que pode ser confirmado pelos depoimentos dos sujeitos ao final do estudo:

*“Foi bom **fazer as boas amizades** e estar com os povo dançando.”*

(bailarina 2)

*“Melhorou muito. Eu era muito fechada. **Fiz muitas amizades**, consegui ficar mais alegre.” (bailarina 4)*

*“Contribuiu para minha saúde e em outra forma de vida **na sociedade**.”*

(bailarina 15)

*“A parte física, **interações com as pessoas**.” (bailarina 23)*

*“Porque as pessoas se sentem bem. **É bom conhecermos outras pessoas**.” (bailarina 28)*

*“Tenho mais **paciência com minhas netas**. Tenho andado mais com minhas netas.” (bailarina 47)*

*“Fiz **muitas amizades**. Eu gostei muito.” (bailarina 62)*

“Me ajudou a me soltar mais. Eu era muito tímida, a dança só fez me ajudar em tudo.” (bailarina 63)

*“E porque a gente **conhece novas pessoas** e se enturma mais.”*
(bailarina 63)

*“Sim. **Teve várias coisa**. Porque eu tinha vergonha. Era tímida para dançar.”* (Bailarina 68)

Antes da intervenção com as aulas de dança, o grupo *Eterna Juventude* realizava seus encontros duas vezes por semana para praticar atividade física e, em algumas datas especiais, havia excursões e reuniões festivas. Observou-se, no entanto, que nas atividades realizadas, as alunas se posicionavam lado a lado, sempre próximas das mesmas pessoas em todas as aulas e não se tocavam. No entanto, o aumento significativo nos escores do domínio social, após a intervenção, pode ter relação com a dinâmica das aulas de dança nas quais as alunas foram estimuladas a ter mais proximidade física; a dançar em duplas frente a frente, o que permitia que se olhassem diretamente; a trocar de parceiras ao comando da instrutora, o que proporcionava interação com pessoas diferentes; a dançar sozinhas diante do grupo e a aplaudirem-se umas às outras. Outro fator a se considerar é que, ao conseguirem superar suas dificuldades rítmicas, os sujeitos sentiram-se mais seguros e confiantes.

Esse resultado vem confirmar os achados de um estudo realizado na Alemanha,⁵ cuja melhora no domínio social foi a mais representativa. Os autores utilizaram nas aulas passos combinados de balé, jazz e dança contemporânea. Os autores relataram que os sujeitos com Doença de Parkinson (DP) que praticaram oito meses de aula de dança tiveram melhoras na qualidade de vida, especialmente

em relação à vida social. Também afirmam que os exercícios físicos tradicionais atuam positivamente na melhora da velocidade da marcha, força muscular, equilíbrio e qualidade de vida de pessoas com DP, porém estes exercícios não eram praticados regularmente. A dança, por sua vez, é mais atrativa para esses sujeitos, o que favorece sua assiduidade às aulas.

De acordo com Earhart, pelo fato de a dança ser agradável e realizada em ambiente social, é uma atividade mais motivadora do que os exercícios físicos tradicionais. Ela apresenta os quatro requisitos fundamentais para o trabalho com indivíduos com DP, que são: uma pista externa para facilitar o movimento, que seria a música; ensina uma estratégia de movimentação específica; realiza exercícios de equilíbrio; e pode aumentar a força e a flexibilidade.⁶⁵

Em relação à assiduidade, que determinou o escore de adesão ao estudo, encontramos uma correlação estatisticamente significativa entre a adesão às aulas de dança e o nível de escolaridade, de maneira que quanto maior o nível de escolaridade, menor o número de faltas nas aulas de dança. Acreditamos que os sujeitos que têm maior escolaridade compreendem melhor a importância da assiduidade às aulas para a aprendizagem, pois os participantes do nosso estudo podem ter tido a percepção de que o nível de dificuldade dos conteúdos trabalhados nas aulas de dança aumenta gradativamente, fato semelhante ao que ocorre no ensino escolar.

O nosso estudo constatou ainda que houve associação estatisticamente positiva entre as variações do escore geral de Qualidade de Vida (QV) do WHOQOL-bref com as variações do escore do questionário de autoimagem e autoestima (AIAE). Assim, os indivíduos que mais aumentaram os escores de QV após a dança foram os que mais aumentaram sua AIAE.

Mosquera e Stobäus²² afirmam que a autoimagem “*é um retrato momentâneo, nem sempre objetivado que cada ser humano faz sobre si próprio*”. Ela não é estática; é construída continuamente e depende da autoaceitação e da aceitação por parte dos outros, numa relação dialética. Já a autoestima, como afirmou Neri,²³ é construída nas relações sociais e relaciona-se com diversos domínios da vida, como trabalho, família e competência física. Com base nestas afirmações, a associação positiva estatisticamente significativa entre os escores de QV e AIAE pode ser devida ao fato de que a melhora significativa no domínio social do WHOQOL-bref, constatada ao fim da intervenção com aulas de dança, possibilitou uma melhor interação dos sujeitos do nosso estudo com o seu grupo social, o que favoreceu mudanças positivas em relação à imagem e a estima que tinham de si.

Outro aspecto que consideramos necessário apontar nesse estudo e que está relacionado à qualidade de vida dos sujeitos é que a dança proporcionou satisfação e bem estar às praticantes, conforme depoimentos, em relação à questão “Como você se sente quando dança?”:

*“Me sinto **bem**. É muito bom.”* (bailarina 1)

*“Muito **bem**. Feliz.”* (bailarina 4)

*“**Bem**. Porque a gente fica com o corpo relaxado, com a mente mais aberta.”* (bailarina 5)

*“Eu me sinto muito **bem**. Acho que a gente dançando esquece várias coisas que acontecem. É a melhor coisa do mundo pra gente desopilar.”* (bailarina 6)

*“Leve, **bem** com a vida, me sinto solta”. 10* (bailarina 10)

“Feliz. Porque a dança transmite alegria. A gente fica ativa, adrenalina sobe, a gente fica animada.” (bailarina 18)

*“Eu me sinto muito **bem**. Eu fico mais leve.”* (bailarina 21)

*Fico **bem**, me revitaliza, me animo.* (bailarina 23)

*“Me sinto **bem** demais. Eu não sei porque. Sinto o corpo leve, mais disposição.”* (bailarina 24)

*“A gente sente uma paz, não é? Uma coisa boa, não é? Realizada quando dança. A gente se sente **bem**. Sente nova. A gente pensa “eu ainda posso fazer isso.”* (bailarina 27)

*“Eu me sinto **bem**. Mais alegre.”* (bailarina 36)

“Viva, alegre, tudo! Sou louca de dentro, de nascença mesmo. É viver, é ficar jovem.” (bailarina 40)

“Me sinto muito feliz. Sinto-me aliviada.” (bailarina 60)

*“Bem. Com mais energia. Me sinto **bem**.”* (bailarina 62)

O estudo de Heiberger com pessoas com doença de Parkinson encontrou também resultado semelhante em relação aos sentimentos de bem estar. Os autores constataram melhoria no estado de espírito depois de cada aula de dança.⁵

Para a psicologia positiva, os estados afetivos positivos como bem estar, contentamento, satisfação e felicidade, podem retardar ou prevenir o aparecimento de doenças.⁶⁶ Sob essa ótica, os depoimentos dos sujeitos em relação ao bem estar proporcionados pela dança sugerem que esta pode ser uma atividade que auxilia na prevenção de doenças ou no retardo da sua evolução.

Compreendemos que os sujeitos da nossa pesquisa buscaram a dança com o objetivo de melhorar ou manter a saúde, tendo em vista alcançar um envelhecimento

o mais bem-sucedido possível. As perdas e os ganhos que os seres humanos vivenciam durante toda a vida podem ser maximizadas ou minimizadas.³⁰ Os sujeitos do presente estudo, diante dos resultados aqui apresentados e discutidos, demonstraram, com sua autoimagem e autoestima positivas, que estão tentando minimizar as perdas e maximizar os ganhos, em busca de um envelhecimento o mais saudável possível e com boa qualidade de vida.

Com base nos resultados aqui descritos, acreditamos que a dança pode favorecer a melhoria da qualidade de vida dos seus praticantes. Consideramos, portanto, que sua implantação nos grupos de convivência pode contribuir para evitar ou retardar o surgimento de morbidades favorecendo um envelhecimento com mais saúde e alegria.

8 CONCLUSÃO:

Ao avaliarmos a relação entre a prática regular da dança, qualidade de vida, autoimagem e autoestima em mulheres pós-menopáusicas e sintomas depressivos em idosas, conclui-se que:

- a pouca escolaridade e baixa renda prevalecem na amostra;
- a maioria dos sujeitos utiliza medicação de uso contínuo há mais de seis meses, porém considera que tem boa saúde;
- as doenças cardiovasculares são as que mais atingem os sujeitos da amostra;
- os sujeitos atribuíram às aulas de dança a redução ou supressão de dores musculoesqueléticas;
- a dança é vista pelos participantes como uma atividade que favorece a saúde e que proporciona alegria, satisfação e bem estar;
- se praticada regularmente, a dança melhora a qualidade de vida de mulheres pós menopáusicas, em especial no que diz respeito ao domínio social;
- a dança não mostrou ser eficaz em relação à redução da sintomatologia depressiva, porém favorece o surgimento de emoções positivas, como alegria, ânimo, jovialidade, liberdade;
- a autoimagem e autoestima dos sujeitos do presente estudo, que já era positiva antes da intervenção, não mostrou alterações significativas;

- os achados deste estudo sugerem que a prática regular de dança pode auxiliar na prevenção de doenças ou no retardo da sua evolução.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de Saúde. Brasília (DF): Organização Panamericana de Saúde; 2005.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Paraíba: João Pessoa – informações estatísticas. 2011. [acesso 2011 jun. 10]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?codmun=250750>.
3. Schneider RH, Irigaray QT. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos e sociais. *Estud Psicol.* [periódico online]. 2008 dez [acesso 2011 jun. 10]; 25(4):585-93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000400013&lng=en&nrm=iso.
4. Paiva ACS, Hernandez SS, Sebastião H, Quadros Junior AC, Cury M, Costa JLR, Gobbi LTB, Gobbi S. Dança e envelhecimento: uma parceria em movimento! *RBAFS* 2010;15(1):7-2.
5. Heiberger L, Maurer C, Amtage F, Mendez-Balbuena I, Schulte-Mönting J, Hepp-Reymond MC, Kristeva R. Impact of a weekly dance class on the functional mobility and on the quality of life of individuals with Parkinson's disease. *Front Aging Neurosci.* [periodico online]. 2011 [acesso 2014 4 abr,];3:14. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3189543/>
6. Marín GH, Homar C, Niedfeld G, Matcovick G, Mamonde M. Evaluation of the state intervention project to improve quality of life and reduce the complications associated with aging: "Add health to your years". Grupo Interdisciplinario para la Salud (GIS). *Gac Sanit.* 2009;23(4):272-7.
7. Gazalle FK, Hallal PC, Lima MSilva de. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando?. *Rev Bras Psiquiatr.* [periodico online]. 2004 [acesso 2014 mar. 31]; 26(3):145-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000300003&lng=en.
8. Brasil. Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília (DF): Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2004.

9. Papaléo Netto M. O Estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 2-12.
10. Neri AL. Palavras-chave em gerontologia. 3ª. ed. Campinas (SP): Editora Alínea; 2008.
11. Wibelinger LM, Schneider RH. Força muscular versus envelhecimento humano. In: Schwanke CHA organizador et al. Atualizações em Geriatria e Gerontologia IV: aspectos demográficos, biopsicossociais e clínicos do envelhecimento. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2012. p. 155-66.
12. Veras R. Novos desafios contemporâneos no cuidado ao idoso em decorrência da mudança do perfil demográfico da população brasileira. In: Lemos MTTB, Zagaglia RA. organizadores. A Arte de Envelhecer: saúde, trabalho, afetividade, estatuto do idoso. Aparecida (SP): Ideias e Letras; Rio de Janeiro: UERJ; 2004. p. 149-74
13. Freitas MC, Maruyama SAT, Ferreira TF, Motta AMA. Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: revisão da literatura. Rev Latino-Am Enfermagem [periódico na Internet] 2002 Abr [citado 2011 Jun 10]; 10(2):221-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000200015&lng=pt.
14. Caldas CP. A valorização do conhecimento da pessoa idosa e a manutenção do espírito crítico. In: Lemos MTTB, Zagaglia RA organizadores. A Arte de envelhecer: saúde, trabalho, afetividade, estatuto do idoso. Aparecida (SP): Ideias & Letras; Rio de Janeiro: UERJ; 2004. p. 51-9.
15. Duarte V. Morte social. In: Lemos MTTB, Zagaglia RA organizadores. A arte de envelhecer: saúde, trabalho, afetividade, estatuto do idoso. Aparecida (SP): Ideias & Letras; Rio de Janeiro: UERJ; 2004. p. 199-211.
16. Whood-Dauphinee S. Assessing quality of life in clinical research: From where have we come and where are we going. J Clin Epidemiol. 1999; 4(52):355-63.
17. Paschoal SMP. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas EV. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3.ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
18. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc Saúde Colet. 2000; 5(1):7-18.

19. Organização Mundial de Saúde. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) 1998. [acesso 2013 jun. 3]. Porto Alegre: UFRGS; 1998. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol1.html#2>
20. Abbagnano N. Dicionário de Filosofia. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
21. Goveia VV, Singelis TM, Guerra VM, Santos WS, Vasconcelos TC. Autoimagem e sentimento de constrangimento. *Psico*. 2005; 36(3):231-41.
22. Mosquera JJM, Stobäus CD. Auto-imagem, auto-estima e auto-realização na universidade. In: Enricone D. organizador. *A docência na educação superior: sete olhares*. 2ª ed. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2008. p. 111-130.
23. Neri AL. Bem-estar subjetivo, personalidade e saúde na velhice. In: Freitas EV. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3.ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 1495 -505
24. Garaudy R. *Dançar a Vida*. Trad. Guimarães Filho A, Mariani G. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1980.
25. Brikman L. *A linguagem do movimento corporal*. São Paulo: Summus; 1989.
26. Magalhães MC. A dança e sua característica sagrada. *Exist Arte*. [periódico online] 2005 [acesso 2014 abr. 5];1(1):1-4. Disponível em: http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/2010/Arte/artigos/danca_sagrado.pdf
27. Volpe D, Signorini M, Marchetto A, Lynch T, Morris ME. A comparison of Irish set dancing and exercises for people with Parkinson's disease: a phase ii feasibility study. *BMC Geriatr*. [periódico online]. 2013 [acesso 2014 abr. 3];13:54. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=A+comparison+of+Irish+set+dancing+and+exercises+for+people+with+Parkinson%E2%80%99s+disease>
28. Valverde Guijarro E, Flórez García MT. Efecto de la danza en los enfermos de Parkinson. *Fisioterapia (Madr.)*. [periódico online]. 2012 [acesso 2 abr. 2014]; 34(5):216-24. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/ibc-106877>

29. Kattenstroth JC, Kalisch T, Kolankowska I, Dinse HR. Balance, Sensorimotor, and Cognitive Performance in Long-Year Expert Senior Ballroom Dancers. *J Aging Res.* [periódico online] 2011 [acesso 2014 maio 5];2011:176709. doi: 10.4061/2011/176709
30. Neri AL. Teorias psicológicas do envelhecimento: percurso histórico e teorias atuais. In: Freitas EV. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 58-77.
31. Neri AL, Fortes ACG. A dinâmica do estresse e enfrentamento na velhice. In: Freitas EV. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 1277-88.
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades. Paraíba – Bayeux.* [acesso 2014 mar. 20]. 2011. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=250180>
33. Ferrari JF, Dalacorte RR. Uso da escala de depressão geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão geriátrica em idosos hospitalizados. *Sci Med. (Porto Alegre)* [periódico online]. 2007 [acesso 3 mar. 2013]; 17(1):3-8. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/1597/1837>
34. Stobäus CD. *Desempenho e auto-estima em jogadores profissionais e amadores de futebol: análise de uma realidade e implicações educacionais* [dissertação]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1983.
35. Altman DG. *Practical Statistics for medical Research*. London: Chapman & Hall; 1991.
36. Callegari-Jacques SM. *Bioestatística: princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artmed; 2007.
37. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Geográfica Editora; 2009.
38. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

39. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos: Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
40. Silva DAS. Perfil sociodemográfico e antropométrico de idosos de grupos de convivência. *Estud Interdiscipl Envelhec*. [periódico online]. 2011[acesso 2014 abr. 12]; 16(1):23-39. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/viewFile/8114/14636>
41. Serbim AK, Figueiredo AEPL. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. *Sci Med (Porto Alegre)* [periódico online]. 2011[acesso 2014 abr. 12]; 21(4):166-72. Disponível em: <file:///C:/Users/home/Downloads/9405-37280-1-PB.pdf>.
42. Costa EC, Nakatani AYK, Bachion MM. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(1):43-35.
43. Borin FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [periódico online]. 2012 [acesso 2014 abr. 21]; 28(4):769-80. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400016&lng=en.
44. Benedetti TRB, Mazo GZ, Borges LJ. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. *Ciênc Saúde Colet*. [periódico online]. 2012 [acesso 2014 abr. 21]; 17(8):2087-93. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800019&lng=en.
45. Borges PLC, Bretas RP, Azevedo SF, Barbosa JMM. Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Públ* 2008; 24(12):2798-808.
46. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil: o passado, o presente e perspectivas. 2009. [acesso 2014 abr. 22]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2009/notastecnicas.pdf>

47. Bastos CC, Closs VE, Pereira AMVB, Batista C, Idalêncio FA, De Carli GA et al. Importância atribuída ao sexo por idosos do município de Porto Alegre e associação com a autopercepção de saúde e o sentimento de felicidade. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* [periodico online]. 2012 [acesso 2014 abr. 18]; 15(1):87-95. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000100010&lng=en.
48. Lyra DGP, Jesus MCP. Compreendendo a vivência da sexualidade do idoso. *Nursing (São Paulo)* 2007; 9(104):23-30.
49. Mariano da Rocha LM, Miró A, Schneider RH, Da Silva IG, Schwanke CHA. An overview about geriatrics and aging in Brazil. *NPG.* 2010; 10:220-4.
50. Mansur AP, Favarato D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. *Arq Bras Cardiol.* [periodico online]. 2012 [acesso 2014 abr. 25]; 99(2):755-61. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012001100010&lng=en.
51. Pitanga CPS, Pitanga FJG, Beck CC, Gabriel RECD, Moreira MHR. Nível de atividade física para prevenção do excesso de gordura visceral em mulheres pós-menopáusicas: quanto é necessário?. *Arq Bras Endocrinol Metab* [periódico online]. 2012 [acesso 2014 maio 18]; 56(6):358-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302012000600003&lng=en.
52. Wagnacker DS, Pitanga FJG. Atividade física no tempo livre como fator de proteção para hipertensão arterial sistêmica. *R. Bras Ci e Mov.* 2007; 15(1):69-74.
53. Kohl HM. Physical activity and cardiovascular disease: evidence for a dose response. *Med Sci Sports Exerc.* 2001;33:472-83.
54. Haboush ABA, Floyd M, Caron JMA, La Sota MMA, Alvarez KBA. Balroom dance lessons for geriatric depression: an exploratory study. *Arts Psychother.* 2006; 33(2):89-97.
55. Alpert PT, Miller SK, Wallmann H, Havey R, Cross C, Chevalia T, Gillis CB, Kodandapari K. The effect of modified jazz dance on balance, cognition, and mood in older adults. *J Am Acad Nurse Pract.* 2009; 21(2):108-15.

56. Santos AT, Leyendecker DD, Costa ALS, Souza-Talarico JN. Queixa subjetiva de comprometimento da memória em idosos saudáveis: influência de sintomas depressivos, percepção de estresse e autoestima. *Rev Esc Enferm. USP* [periódico online]. 2012 out. [acesso 2014 May 02];46(spec.):24-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000700004&lng=en.
57. Cavalcante FG, Minayo MCS, Mangas RMN. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. *Ciênc Saúde Colet.* [periódico online]. 2013 out. [acesso 2014 abr. 27]; 18(10):2985-94. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001800023&lng=en.
58. Del Porto JA. Conceito e diagnóstico. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999; 21(Suppl 1):06-11.
59. Jeong YJ, Hong SC, Lee MS, Park MC, Kim YK, Suh CM. Dance movement therapy improves emotional responses and modulates neurohormones in adolescents with mild depression. *Int J Neurosci.* 2005 Dec;115(12):1711-20.
60. Gonzaga JM, Barros SEB, Lisboa MGC, Barbieri FA, Gobbi LTB. Efeitos de diferentes tipos de exercício nos parâmetros do andar de idosas. *Rev Bras Med Esporte* [periodico online]. 2011 [acesso 2014 abr. 9]; 17(3):166-70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922011000300003&lng=en
61. Pettenon R, Milano D, de Bittencourt DC, Schneider RH. Adaptação funcional do aparelho respiratório e da postura no idoso. *RBCEH* 2008;5:64-77.
62. Bocalini DS, Santos RN, Miranda MLJ. Efeitos da prática da dança de salão na aptidão funcional de mulheres idosas. *R Bras Ci e Mov.* 2007; 15(3):23-9.
63. Benedetti TRB, Mazo GZ, Gobbi S, Amorim M, Gobbi LTB, Ferreira L, Hoefelmann CP. Valores normativos de aptidão funcional em mulheres de 70 a 79 anos. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum.* 2007;9(1):28-36.
64. Leal IJ, Haas AN. O significado da dança na terceira idade. *RBCEH* [periódico online]. 2006 [acesso 2011 maio 14];3(1):64-71. Disponível em: <http://www.upf.com.br/seer/index.php/rbceh/article/view/56>.
65. Earhart GM. Dance as therapy for individuals with Parkinson disease. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2009; 45(2):231-8.

66. Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: an introduction. *Am Psychol.* 2000 Jan;55(1):5-14.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE PERGUNTAS DA ENTREVISTA
SEMIESTRUTURADA

- 1 – Você já dança? Que tipo de dança você prefere?
- 2 – Quem seria o par ideal para dançar com você?
- 3 – O que a dança significa para você?
- 4 – Como você se sente quando dança? Explique.
- 5 – Como você descreve seu corpo? Você gosta dele?
- 6 – Como está sua saúde?

APÊNDICE B - FICHA INFORMATIVA – FATORES SÓCIO-ECONÔMICOS

Nº _____

1. Nome: _____

2. Data de nascimento: ____/____/____ 3. Idade: _____

4. Estado civil:

1. Solteira (nunca casou)
2. Casada ou com companheiro
3. Separada/Divorciada
4. Viúva
5. Outro. Qual? _____

5. Escolaridade:

1. Ensino fundamental incompleto (curso primário ou ginásio incompleto)
2. Ensino fundamental completo (curso ginásio completo)
3. Ensino médio incompleto (científico, pedagógico, normal, técnico incompleto)
4. Ensino médio completo (científico, pedagógico, normal ou técnico completo)
5. Curso superior incompleto
6. Curso superior completo
7. Outra. Qual? _____

6. Qual a sua ocupação atual:

1. Aposentada
2. Pensionista
3. Nunca trabalhou
4. Dona de casa
5. Outro: _____

7. Qual era a sua profissão anterior? _____

8. De um modo geral, você se considera uma pessoa saudável ou não:

1. Sim
2. Não

Comentários: _____

8. Utiliza algum medicamento de uso contínuo? sim não

9. Se a resposta for sim:

a) qual (is) medicamento(s)? _____

b) Desde quando toma esses remédios?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> um mês ou menos | <input type="checkbox"/> de um a 3 meses |
| <input type="checkbox"/> de 3 a seis meses | <input type="checkbox"/> mais de seis meses. |

9. Poderia fornecer um telefone para contato? _____

**Verifique para ter certeza que nenhuma pergunta ficou sem resposta!
Obrigado por completar este questionário!**

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Senhora está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada “IMPACTOS DA PRÁTICA REGULAR DA DANÇA DE SALÃO NA SAÚDE DA PESSOA IDOSA”. A pesquisa tem como objetivo avaliar o impacto da prática regular da dança de salão na autoestima, autoavaliação de saúde, sintomatologia depressiva e qualidade de vida em idosos, através das respostas dos participantes aos questionários que serão aplicados antes da primeira aula de dança, com duração aproximada de 60 minutos. Após quatro meses de aula, os questionários serão reaplicados.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória por um código. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição na qual ele realiza sua formação.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas dos questionários, que serão guardados por cinco (05) anos e incinerados após esse período.

A Sra. não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá risco de qualquer natureza relacionado com a sua participação. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico na área de saúde do idoso.

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Zilda Maria Coelho Montenegro.

Endereço: Escola Técnica de Saúde da UFPB - Centro de Ciências da Saúde -
Universidade Federal da Paraíba. Telefone: (83) 3216740.

Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS – CEP-PUCRS: (51) 3320 3345, email:
cep@pucrs.br

Atenciosamente,

Zilda Maria Coelho Montenegro
Pesquisadora Responsável

Professor Dr. Rodolfo Shneider
Orientador

João Pessoa, ____ de _____ de 20__.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Participante da Pesquisa: _____

ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA WHOQOL – BREF - Versão em Português

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 mal	 mal	 nem bem nem mal	 bem	 muito bem
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	frequentemente	muito frequentemente	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

ANEXO B - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA
- YESAVAGE - VERSÃO REDUZIDA. GVS 15

1	Você está satisfeito com a sua vida?
2	Você deixou de lado muitas de suas atividades e interesses?
3	Você sente que sua vida está vazia?
4	Você sente-se aborrecido com frequência?
5	Está de bom humor na maioria das vezes?
6	Você teme que algo de ruim lhe aconteça?
7	Você se sente feliz na maioria das vezes?
8	Você se sente frequentemente desamparado?
9	Você prefere permanecer em casa do que sair e fazer coisas novas?
10	Você sente que tem mais problemas de memória do que antes?
11	Você pensa que é maravilhoso estar vivo?
12	Você se sente inútil?
13	Você se sente cheio de energia?
14	Você sente que sua situação é sem esperança?
15	Você pensa que a maioria das pessoas está melhor que você?

**ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE AUTOIMAGEM E AUTOESTIMA
(STOBÄUS, 1983)**

O presente questionário é de caráter individual e sigiloso.
Gostaríamos que seus dados fossem preenchidos o mais precisamente possível.
Marque com um X a Alternativa que você considera mais correta. Obrigado

	Sim	quase sempre	algumas vezes	quase nunca	não
1- Gostaria de fazer mais atividade física?					
2- Tenho problemas de saúde?					
3- Considero satisfatória minha situação financeira?					
4- Gostaria de ter maior êxito profissional?					
5- Gostaria de ter saúde diferente?					
6- Gostaria de estudar mais?					
7- Preocupo-me com minha situação financeira?					
8- Considero-me profissionalmente realizado?					
9- Sinto-me, profissionalmente, inferior aos meus colegas?					
10- Gosto de aprender?					
11- Sei encontrar soluções para os problemas que aparecem?					
12- Tenho boa memória?					
13- Tenho facilidade de criar idéias?					
14- Considero-me uma pessoa feliz?					

	sim	quase sempre	algumas vezes	quase nunca	não
15- Tenho curiosidades em conhecer coisas novas?					
16- Tenho planos para o futuro?					
17- Sinto conflitos interiores?					
18- Considero-me uma pessoa realizada na vida?					
19- Gostaria de ser mais inteligente?					
20- Fico tenso e preocupado quando encontro problemas?					
21- Gostaria de ter memória melhor?					
22- O meu passado deveria ter sido diferente?					
23- Canso-me facilmente?					
24- Consegui, até agora, realizar o que pretendia na vida?					
25- Preocupo-me muito comigo mesmo?					
26- Interesso-me pelos outros?					
27- Aceito a minha vida como ela é?					
28- Tenho boas relações com as pessoas mais íntimas?					
29- Penso que os outros não têm consideração comigo?					
30- Relaciono-me bem com meus parentes?					
31- Parece-me que os outros têm vida melhor que a minha?					
32- Sinto-me abandonado pelos meus amigos?					
33- Sou dependente dos outros nas minhas necessidades econômicas?					
34- Sinto segurança em minhas atitudes?					
35- Considero-me uma pessoa tolerante?					
36- Tenho senso de humor?					
37- Tenho dúvidas sobre que atitude tomar?					
38- Aceito opiniões diferentes da minha?					

	sim	quase sempre	algumas vezes	quase nunca	não
39- Sou uma pessoa triste?					
40- Acuso os outros de erros que eu cometo?					
41- Sinto-me magoado quando os outros me criticam?					
42- Sou uma pessoa medrosa?					
43- As opiniões dos outros têm influência sobre mim?					
44- Tenho certeza sobre o que está certo ou errado?					
45- Sou uma pessoa submissa?					
46- As convenções sociais me afetam?					
47- Sinto que os outros me evitam?					
48- Tenho medo da morte?					
49- Considero-me uma pessoa satisfeita?					
50- Se pudesse começar tudo de novo, gostaria de ter uma vida diferente?					

Fonte: STOBÄUS, Claus D. 1983. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, UFRS, Porto Alegre.

ANEXO D – PARECER DA PLATAFORMA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Os impactos da prática regular da dança de salão na saúde da pessoa idosa.

Pesquisador: Rodolfo Herberto Schneider

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 11453213.0.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 425.753

Data da Relatoria: 04/10/2013

Apresentação do Projeto:

Sem ressalvas ao que foi colocado no parecer anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Sem ressalvas ao que foi colocado no parecer anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Da avaliação do projeto de pesquisa, depreende-se que não há riscos na implementação da mesma.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem ressalvas ao que foi colocado no parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

No primeiro parecer havia sido solicitado que fosse agregada a carta de aprovação do Comitê de Ética da UFPB. Na sua carta de esclarecimentos, a pesquisadora informa que "pelo fato de a pesquisa não ter vinculação com a UFPB, acreditamos que a apreciação da mesma deve ser realizada pelo Comitê de Ética da PUCRS." Foi, então, solicitado que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido fosse atualizado uma vez que no mesmo consta a referência ao Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB bem como o endereço, telefone e e-mail do mesmo.

Em sua carta de resposta, de 23.09.2013, a doutoranda informa novamente que o grupo de idosas

Endereço: Av.Ipiranga, 6681

Bairro:

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (513)320--3345

Fax: (513)320--3345

E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 425.753

"Eterna Juventude" é "um grupo independente, sem vinculação com a Universidade Federal da Paraíba ou de qualquer órgão municipal ou estadual. Desta forma, não possui Comitê de Ética, estando o presente estudo apto a ser iniciado quando da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS."

Não se compreende, portanto, porque a terceira solicitação da lista de pendências elencadas no 2º parecer não foi atendida pois ali "solicita-se que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido seja atualizado uma vez que no mesmo consta também a referência ao Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB bem como o endereço, telefone e e-mail do mesmo." O que continua ocorrendo.

Recomendações:

Recomenda-se que:

1. A doutoranda atualize o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido RETIRANDO DO MESMO a referência ao Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB bem como o endereço, telefone e e-mail do referido Comitê.
2. Corrija o orçamento apresentado no projeto PB (gerado pela Plataforma, denominado de Informações Básicas ao Projeto) que é totalmente diferente daquele apresentado no projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Mas, a doutoranda deve:

1. Atualizar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido RETIRANDO DO MESMO a referência ao Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB bem como o endereço, telefone e e-mail do referido Comitê.
2. Corrigir o orçamento apresentado no projeto PB (gerado pela Plataforma, denominado de Informações Básicas ao Projeto) que é totalmente diferente daquele apresentado no projeto de pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Ipiranga, 6681
 Bairro: CEP: 90.619-900
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)320--3345 Fax: (51)320--3345 E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 425.753

PORTO ALEGRE, 16 de Outubro de 2013

Assinador por:
caio coelho marques
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681

Bairro:

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (513)320--3345

Fax: (513)320--3345

E-mail: cep@pucrs.br

ANEXO E – COMISSÃO CIENTÍFICA

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
COMISSÃO CIENTÍFICA

Porto Alegre, 07 de novembro de 2011.

Senhor (a) Pesquisador (a) ZILDA MARIA COELHO MONTENEGRO

A Comissão Científica do IGG apreciou e aprovou seu protocolo de "IMPACTOS DA PARÁTICA REGULAR DA DANÇA DE SALÃO NA SAÚDE DA PESSOA IDOSA"

Solicitamos que providencie os documentos necessários para o encaminhamento do protocolo de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS. Salientamos que somente após a aprovação deste Comitê o projeto deverá ser iniciado.

Obs.: Retirar a pasta padrão na secretaria do IGG para encaminhamento dos documentos ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,

Prof. Carla Helena Schwanke

Coordenadora da CC/IGG

PUCRS

Campus Central

Av. Ipiranga, 6690 – P. 60 – CEP: 90.610-000

Fone: (51) 3336-8153 – Fax (51) 3320-3862

E-mail: igg@pucrs.br

www.pucrs.br/igg