

Fatores associados à prática de dança de salão em idosos residentes na comunidade: dados do Fibra Polo Unicamp

<http://dx.doi.org/10.11606/1807-5509201800040589>

Camilla Rodrigues GOMES*
Samila Sathler Tavares BATISTONI* / **
Ruth Caldeira de MELO*
Taiguara Bertelli COSTA** / ***
Anita Liberalesso NERI**

*Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, SP, Brasil.
**Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
***Centro Universitário de Jaguariúna, Jaguariúna, SP, Brasil.

Resumo

A presente pesquisa buscou identificar fatores associados ao envolvimento em dança de salão entre variáveis de natureza sociodemográfica, de indicadores de saúde, de atividade física e de bem-estar psicossocial. Participaram do estudo 230 idosos ($72,2 \pm 5,5$ anos; 63,04% mulheres) que compõem uma subamostra do estudo Fibra (Rede de Estudos sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros) os quais não apresentaram déficits cognitivos e responderam afirmativamente para o envolvimento em dança de salão em levantamento realizado a partir da aplicação do Minnesota Leisure Time Activity Questionnaire. Cerca de 87% dos idosos foram classificados como fisicamente ativos, obtendo média de dispêndio energético semanal de 2334,1 METs (DP = 2897,9). O dispêndio energético médio em dança de salão (997,7 METs; DP = 1124,1) representou 40% do gasto energético semanal em atividades físicas gerais. Houve associações entre maior dispêndio energético em dança de salão e níveis de renda, autoavaliação de saúde e suporte social. Análise de regressão logística multivariada apontou que relatar boa ou muito boa autoavaliação de saúde e graus moderados e altos de suporte social foram significativamente associados ao maior dispêndio energético em dança de salão. Tais resultados sugerem que a prática de dança de salão, para os idosos da amostra, está associada a indicadores positivos de saúde e qualidade de vida no auxílio à manutenção de um envelhecimento ativo.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da Saúde; Envelhecimento ativo; Suporte social; Autoavaliação de saúde.

Introdução

A promoção da saúde na velhice exige o reconhecimento da heterogeneidade dos processos de envelhecimento e demanda que as ações de estímulo a estilos de vida ativos e engajamento em comportamentos saudáveis envolvam o acesso e a oferta de oportunidades e atividades significativas e gratificantes para essa população tão diversa. Para uma parcela específica de idosos, o envolvimento em dança de salão constitui-se em uma das opções de engajamento em um estilo de vida ativo, podendo significar uma fonte de prazer, de envolvimento social e de atividades físicas, ou até mesmo exercícios físicos¹⁻³.

A dança é um comportamento humano universal profundamente ligado ao impulso instintivo de se

comunicar e se mover. BRAMBLE e LIEBERMAN⁴ apontam que os benefícios físicos, cognitivos, intelectuais, artísticos e sociais da dança são reconhecidos socialmente uma vez que se trata de uma prática “holística”, ou seja, atividade sensorial rítmica complexa que integra vários elementos físicos, cognitivos e sociais com o potencial de atuar sobre uma grande variedade de fatores fisiológicos e cognitivos. Entretanto, tais benefícios ainda são pouco estudados no campo científico para além da consideração da dança enquanto atividade de entretenimento.

Como opção de exercício físico, ao contrário de programas que exigem a formação e atuação de instrutores especializados, a dança de salão é disponível,

acessível e portanto, inerentemente sustentável, podendo desempenhar papel determinante no bem-estar físico e psicológico geral. KATTENSTROTH et al.² chamam atenção também para o contexto ambiental da prática da dança de salão que envolve o oferecimento de um ambiente enriquecido de estímulos sensoriais, físicos e sociais. A dança de salão também pode ser opção de ferramenta terapêutica no tratamento de doenças, reabilitação ou contenção de sintomas, como na doença de Parkinson⁵⁻⁷. Constitui-se também em fonte de estimulação cognitiva, combate ao sobrepeso e reabilitação de pacientes com transtornos psiquiátricos como a depressão⁵. Possibilita o envolvimento de uma variedade de músicas dentro de cada sessão terapêutica que podem ser escolhidas por familiaridade e a favor do paciente. Outra característica é a oportunidade de contato físico com outra pessoa diretamente, o que poderia gerar maior envolvimento na atividade e fornecer uma experiência mais pessoal, facilitando a interação positiva que é frequentemente reduzida, como por exemplo, durante episódios depressivos⁸. Além disso, a dança de salão e o estilo de música normalmente utilizados em suas aulas ou em práticas informais podem remeter a memórias afetivas e compartilhada por uma coorte etária, como a de idosos, tendendo a aumentar o conforto e prazer.

Estudos que empregam a dança como uma intervenção para promoção de saúde na velhice têm-se centrado na melhoria dos parâmetros cardiovasculares, propriocepção, a força muscular, postura, equilíbrio e risco de queda^{6,9-11}. Embora em menor proporção, há também o registro na literatura a respeito das influências de seus componentes sociais e emocionais e seus efeitos sobre indicadores psicossociais, subjetivos e cognitivos. Em estudo de intervenção, ALVES¹² descreveu ganhos cognitivos após uma intervenção de quatro meses, com dois encontros semanais de duas horas sobre a cognição de idosos saudáveis além de identificar efeitos sobre a capacidade cardiorespiratória e psicomotora, benefícios sociais e melhores padrões de sono quando comparados a um grupo controle.

Quando comparadas a outras modalidades de exercício ou opções de atividades físicas para idosos, ainda há poucas publicações específicas sobre dança de salão disponíveis em bases de dados de pesquisa nacionais e internacionais, utilizando-se como descritores “Ballroom Dancing” ou “Ballroom Dance”, e filtro etário para identificar pesquisas realizadas com idosos. As revisões de HWANG e BRAUNI¹³ e de RODRIGUES-KRAUSE, KRAUSE e REISCHAK-OLIVEIRA¹⁴ auxiliam na identificação de tendências temáticas

encontradas nos artigos, as quais podem ser organizadas em dois grandes conjuntos de dados referentes aos benefícios da dança como intervenção para idosos.

O primeiro conjunto é composto pelas investigações dos efeitos da dança sobre as condições de saúde física, funcional ou em capacidades motoras como melhora da postura, do equilíbrio, da qualidade da marcha e redução de quedas^{1,2,15-18}. Dentre estes, a pesquisa de RAHAL et al.¹⁵ selecionou 76 idosos saudáveis, independentes e com mais de 60 anos, para realização de 45 minutos a 60 minutos de atividade física, três vezes na semana, num período de um ano. Foi aplicado o protocolo do *Balance NeuroCom*. Para a análise, criaram-se dois grupos, um que praticaria aulas de tai chi chuan e outro seria um grupo de dança de salão. Esses dados foram analisados no Laboratório de Traumatologia e Ortopedia do Hospital das Clínicas/São Paulo, em um estudo observacional transversal. Diante da aplicação do teste “Sit to Stand”, houve melhora do equilíbrio, transferência de velocidade na troca da marcha ao andar, e melhor postura no grupo de dança e em contrapartida, o grupo de tai chi chuan, apresentou melhoras no equilíbrio estático.

O segundo conjunto de artigos tende a destacar aspectos e benefícios psicossociais ou referentes aos âmbitos da saúde mental/cognitiva. OLIVEIRA et al.¹⁹ identificaram baixos níveis de ansiedade e depressão, graus moderados de estresse e alta satisfação com a vida entre 93 idosos brasileiros participantes de atividades de dança de salão. Em estudo de intervenção com 25 idosos depressivos de Nevada (EUA), submetidos a aulas de dança de salão, com duração de 45 minutos uma vez por semana, por oito semanas, HABOUSH et al.⁸ demonstraram ganhos significativos em aspectos como senso de autoeficácia e esperança e rebaixamento de sintomas depressivos.

Dados descritivos sobre indivíduos mais ou menos prováveis em engajar-se em comportamentos saudáveis, tais como a prática de dança de salão, que levem em conta aspectos sociodemográficos, econômicos, psicossociais e de saúde são escassos no Brasil, principalmente provenientes de amostra populacionais idosas. Há pouca informação geral sobre as características de indivíduos que tentam ou não promover sua saúde por meio de comportamentos saudáveis. Tais esforços tem o potencial de auxiliar na identificação de grupos-alvo para intervenções²⁰, além de compreender o impacto da interação ou sinergia entre diferentes comportamentos de autocuidado e sobre suas relações com desfechos positivos e negativos ao longo do envelhecimento.

Compreender as variáveis associadas ao envolvimento em dança de salão pode auxiliar na compreensão dos fatores diversos, por exemplo, como os que levam idosos ao sedentarismo, à diminuição nos níveis de atividade²¹⁻²³, e a internalização de estereótipos negativos sobre o envelhecimento, a não abertura a novas experiências e a não percepção de efeitos positivos da atividade física para sua saúde²⁴.

Método

Esta investigação foi baseada nos dados do banco eletrônico de um estudo populacional, descritivo e de corte transversal sobre fragilidade em idosos (Rede Fibra – Rede de Estudos sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros), cujo projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas e aprovado mediante o parecer nº 208/2007²⁵. Envolveu amostra probabilística por conglomerados (N = 3.478) de idosos residentes em sete cidades brasileiras, tendo como unidade amostral os setores censitários das zonas urbanas. Os idosos foram recrutados em domicílio por pessoal treinado (agentes comunitários de saúde, estudantes universitários, agentes de pastorais religiosas). Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 65 anos, compreender as instruções, concordar em participar e ser residente permanente no domicílio e no setor censitário. Os critérios de exclusão seguiram as recomendações metodológicas de²⁶: (a) presença de problemas de memória, de atenção, de orientação espacial e temporal e de comunicação, sugestivos de grave déficit cognitivo; (b) incapacidade permanente ou temporária para andar, permitindo-se uso de bengala ou andador, mas não de cadeira de rodas; (c) perda localizada de força e afasia decorrentes de grave acidente vascular encefálico (AVC); (d) comprometimentos graves da motricidade, da fala ou da afetividade, associados à doença de Parkinson em estágio avançado ou instável; (e) déficits de audição ou de visão graves, dificultando consideravelmente a comunicação; (f) idosos em estágio terminal.

No início da sessão única de coleta de dados, os idosos eram convidados a conhecer as condições da pesquisa e, caso concordassem em participar, assinavam um termo de consentimento livre e esclarecido. Em seguida, eram submetidos a medidas de fragilidade, antropométricas, clínicas, sociodemográficas e de status mental. Nesta medida, os que pontuavam acima da nota de corte

Nesse sentido, o presente estudo buscou descrever uma amostra de idosos residentes na comunidade segundo o envolvimento em dança de salão e suas relações com variáveis sociodemográficas e indicadores de saúde, de atividade física e de bem-estar. Complementarmente, o estudo buscou identificar fatores associados ao maior envolvimento com dança, medido por dispêndio de energia (indicado em METS).

para seu nível de escolaridade, conforme os critérios de BRUCKI et al.²⁵ adotados para o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), menos um desvio-padrão (DP), participaram de medidas adicionais de autorrelato sobre condições de saúde física e mental, capacidade funcional e variáveis psicossociais. Os que pontuaram abaixo da nota de corte foram dispensados dessas medidas.

Participantes

A amostra para o presente estudo foi composta por 230 idosos, sem déficit cognitivo sugerido pela aplicação do MEEM, que responderam afirmativamente ao envolvimento em prática de dança de salão a partir do levantamento realizado pela aplicação do Minnesota Leisure Time Activity Questionnaire (MLAQ)²⁶.

Instrumentos

Para caracterizar a amostra de estudo, selecionou-se do protocolo de pesquisa do Fibra Polo Unicamp, as seguintes variáveis e instrumentos:

a) Variáveis sociodemográficas: identificou-se idade, gênero, estado civil, escolaridade e renda familiar a partir de três questões de autorrelato. Os valores de renda foram agrupados em faixas de salários mínimos, as idades e escolaridade foram agrupadas em faixas (idade: 65-69 anos, 70-74 anos, 75-79 anos; 80 anos ou mais; escolaridade – 0 anos, 1 a 4 anos, 5 a 8 anos, 9 anos ou mais);

b) Medidas de bem-estar físico:

b.1) Número de doenças crônicas: identificado a partir de nove itens dicotômicos, onde solicitava-se que os idosos relatassem se, nos últimos doze meses antes da entrevista, receberam algum diagnóstico de uma ou mais das seguintes doenças crônicas: doenças cardíacas, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral/isquemia/derrame: diabetes mellitus,

câncer, artrite ou reumatismo, doenças pulmonares, depressão e osteoporose;

b.3) Número de quedas: identificado a partir de um item de autorrelato a fim de levantar possíveis ocorrências de quedas nos últimos 12 meses;

b.4) Autoavaliação de saúde: identificada a partir de uma questão de autorrelato – “Como o senhor(a) avalia sua saúde de modo geral?” – com quatro opções de resposta, a saber, muito ruim, ruim, regular, boa e muito boa;

c) Medidas de exercício físico: A partir da aplicação do MLAQ, calculou-se o nível médio de gasto calórico semanal da amostra em Taxas de Equivalentes Metabólicos (MET, na língua inglesa), segundo os procedimentos descritos por FERRUCCI et al.²⁶ Os exercícios físicos e esportes ativos que compõem o MLTAQ incluem fazer caminhadas, subir escadas como forma de fazer exercícios, ciclismo, dança de salão, ginástica e alongamento, hidroginástica, corrida, musculação, natação, assim como esportes ativos como voleibol, basquetebol, futebol, além de atuar como árbitro em jogos de futebol; foram incluídas também outras atividades citadas com baixa frequência. Foram identificados MET para cada uma dessas atividades, de acordo com os valores propostos por TAYLOR et al.²⁷ e AINSWORTH et al.²⁸ Foram levantados dados sobre a frequência anual, mensal, semanal e a duração diária de cada atividade. As MET, juntamente com o tempo diário e a frequência semanal foram levadas em conta para os cálculos de gasto calórico em METs por semana, obedecendo a seguinte fórmula:

Dispêndio energético (METs) = MET (específico da atividade) × tempo por dia × número de dias na semana

Foram considerados ativos aqueles que acumularam pelo menos 120 minutos semanais em exercícios físicos e esportes ativos de intensidade vigorosa (> 6 MET) ou aqueles que acumularam mais de 150 minutos semanais em exercícios físicos e esportes ativos de intensidade moderada (de > 3 MET a < 6 MET)²⁹.

d) Envolvimento em dança de salão: identificado a partir das respostas ao item “Faz dança de salão?” que compõe o MLTAQ. Entre os que responderam afirmativamente, levantou-se dados sobre a frequência anual, mensal, semanal e a duração diária da atividade. Esse indicador em específico recebeu o MET de 4,5 de acordo com o compêndio proposto por AINSWORTH et al.²⁸ Derivou-se dessa medida o gasto calórico semanal com a atividade indicado em METs, o qual foi posteriormente categorizado

em baixo, médio e alto envolvimento com dança de salão a partir da distribuição da amostra em tercís;

e) Indicadores de bem-estar psicossocial:

e.1) Suporte social percebido: identificado a partir de cinco itens que compõem o Interpersonal Support Evaluation List (ISEL), segundo COHEN et al.³⁰, questões como “O/a senhor/a diria que tem várias pessoas com quem conversar ao se sentir sozinho?”; “O/a senhor/a diria que encontra e conversa com amigos e familiares?”; entre outras, mediam valores de suporte socioemocional, afetivo como a autoestima e relação com outras pessoas e informativo, onde o indivíduo se sente capaz a passar informações ou até mesmo proporcionar conselhos. Posteriormente, houve análises dos desempenhos, idosos que pontuaram < 16 foram classificados com baixo suporte social percebido. Já aqueles que pontuaram de 17 e 19, médio suporte social percebido e 20 pontos, alto suporte social percebido;

e.2) Depressão: identificada a partir da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)³¹, cujo ponto de corte 5/6 foi utilizado para caracterizar presença de depressão;

e.3) Satisfação com a vida: identificada a partir de item escalar, perguntando o quão satisfeito o idoso se sentia em relação à sua saúde de hoje, com opções de resposta “pouco satisfeito”, “mais ou menos satisfeito”, “muito satisfeito”;

e.4) Satisfação referenciada a domínios: Para avaliação, foram selecionados três itens investigando o grau de satisfação sobre domínios como memória, capacidade para resolver problemas cotidianos, amizade e relações familiares, ambiente, com opções de resposta pouco satisfeito, mais ou menos satisfeito e muito satisfeito.

Análise dos dados

Para descrever o perfil da amostra segundo as variáveis em estudo foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas, com valores de frequência absoluta e percentual, e estatísticas descritivas das variáveis numéricas, com valores de média, desvio padrão, valores mínimo e máximo, mediana e quartis. Testes de qui-quadrado e de Exato de Fischer foram utilizados para analisar a distribuição dos dados em categorias. Análises de Regressão Logística univariada e multivariada identificaram associações isoladas e a atuação conjunta das mesmas sobre o critério de maior envolvimento em dança de salão, medido pelo último tercil da distribuição do dispêndio de energia em METs. O nível de significância para os testes foi de $p < 0,05$.

Resultados

A TABELA 1 apresenta as características da amostra segundo o envolvimento em dança e em atividades físicas. A maior parte da amostra relatou ter dançado na última semana, com a frequência semanal de uma a duas vezes, sendo que 4,3% relatou ter dançado todos os dias da semana. A frequência em meses aponta envolvimento da maioria durante a maior parte do ano, sendo que 78,8% relatou dançar ao longo dos 12 meses. Em média, os idosos relataram dançar por um período

de 131,4 minutos (DP = 83,48) por ocasião, sendo que 35,3% dançam por mais de 150 minutos. Segundo critérios de classificação da ACSM, 87,2% dos idosos foram considerados ativos fisicamente, com o dispêndio médio em atividades físicas gerais de 2334,1 METs (DP = 2897,9). Em dança de salão, os idosos apresentaram um dispêndio médio de 997,7 METs (DP = 1124,1), o que equivale a cerca de 40% do dispêndio energético semanal em atividades físicas gerais.

TABELA 1 – Caracterização da amostra do estudo segundo indicadores de envolvimento em dança de salão e em atividades físicas (N = 230)

Variável	n (%)	M (DP)
Dança na última semana		
Não	36 (24,8)	-
Sim	109(75,2)	-
1 vez	98 (60,9)	-
2 vezes	38 (23,6)	-
> 3 vezes	25 (15,5)	-
Dança no último ano		
Não	2 (0,9)	-
Sim	228 (99,1)	-
1-4 meses	19 (10,6)	-
5-11 meses	19 (10,6)	-
12 meses	141 (78,8)	-
Tempo gasto em dança/dia		131,4 (83,48)
< 60 minutos	61 (33,1)	-
61-150 minutos	58 (31,5)	-
> 150 minutos	65 (35,3)	-
Ativos fisicamente	171 (87,2)	-
Sedentários	25 (12,8)	-
Dispêndio energético total em exercícios físicos e esportes ativos	-	2334,1 (2897,9)
Dispêndio energético em dança (METs)		997,7 (1124,1)
< 440	61 (33,3)	-
441-1100	61 (33,3)	-
> 1100	61 (33,3)	-
Proporção média do dispêndio energético em dança sobre o dispêndio total em exercícios físicos e esportes ativos	-	40,2 (28,9)

A TABELA 2 apresenta as características sociodemográficas da amostra total e segundo sua distribuição por níveis de dispêndio energético em dança de salão. A maior parte dos que relataram dançar é composta por mulheres, embora não tenha sido

encontrada diferença significativa entre os gêneros quanto ao envolvimento com dança em termos de gasto energético. Os idosos até 74 anos são a maioria, embora também não tenha se encontrado diferenças em termos de envolvimento. A escolaridade de 1 a 4 anos

foi a de maior representatividade, assim como a faixa de renda de 1,1 a três salários mínimos mensais. A maior frequência dos que relataram dançar é de idosos casados e viúvos. Entretanto, diferentes envolvimento foram

encontrados segundo o estado civil. Entre os divorciados foram encontrados os com maior dispêndio energético, entre os casados, a maior parte tem dispêndio médio e entre os solteiros há menor dispêndio energético.

TABELA 2 – Frequências, medidas de posição e distribuição por níveis de dispêndio energético da amostra total segundo características sociodemográficas (N = 230)

*: qui-quadrado;
**: Exato de Fisher.

Variável	n (%)	M (DP)	Baixo dispêndio em METs (< 440) n (%)	Moderado dispêndio em METs (441-1100) n (%)	Alto dispêndio em METs (> 1100) n (%)	Significância
Sexo						
Feminino	145 (63)	-	45 (73,8)	34 (58,6)	36 (55,4)	p = 0,079*
Masculino	85 (37)	-	16 (26,3)	24 (41,4)	29 (44,6)	
Idade						
65-69 anos	78 (33,9)	72,4(5,2)	16 (26,2)	24 (39,3)	21 (34,4)	
70-74 anos	84 (36,5)	-	23 (37,7)	20 (32,8)	24 (39,3)	p = 0,669*
75-79 anos	43 (18,7)	-	12 (19,7)	11 (18,1)	11 (18,1)	
> 80 anos	25 (10,9)	-	10 (16,4)	6 (9,8)	5 (8,2)	
Escolaridade						
0	32 (13,9)	4,7 (4,1)	11 (18,1)	6 (9,8)	7 (11,5)	
1-4 anos	118(51,3)	-	32 (52,5)	32 (52,5)	32 (52,5)	p = 0,580*
5-8 anos	52 (22,6)	-	12 (19,7)	12 (19,6)	16 (26,2)	
> 9 anos	28 (12,2)	-	6 (9,8)	11 (18,1)	6 (9,8)	
Renda Familiar						
< 1 salário	21 (10,7)	4,4 (4,9)	9 (16,9)	6 (11,8)	2 (3,9)	
1,1-3 salários	91 (46,4)	-	26 (49,1)	20 (39,2)	25 (49,1)	p = 0,409*
3,1-5 salários	40 (20,4)	-	10 (18,9)	11 (21,6)	12 (23,5)	
5,1-10 salários	25 (12,8)	-	3 (5,7)	9 (17,6)	7 (13,7)	
> 10 salários	19 (9,7)	-	5 (9,4)	5 (9,8)	5 (9,8)	
Estado civil						
Casado	100(43,7)	-	22 (36,1)	35 (57,4)	23 (37,8)	
Solteiro	20 (8,7)	-	11 (18,1)	3 (4,9)	4 (6,5)	p = 0,016**
Divorciado	17 (7,4)	-	4 (6,5)	1 (1,6)	8 (13,1)	
Viúvo	92 (40,2)	-	24 (39,3)	22 (36,1)	26 (42,6)	

A TABELA 3 apresenta as características de saúde e bem-estar dos idosos que praticam dança de salão, assim como a distribuição dessas características por nível de dispêndio energético. A maior parte dos idosos apresenta baixo número de doenças, sendo que um terço dos mesmos apresenta três ou mais doenças. A maior parte da amostra não relata queda nos últimos 12 meses e avalia sua saúde como boa ou muito boa, segundo as medidas de autoavaliação

de saúde aplicadas. Quanto às características de bem-estar, cerca de 10% apresentou sintomas depressivos significativos e a menor parte relata baixa satisfação com a vida em geral, com o funcionamento da memória e relatam baixo suporte social. Níveis moderados e altos de suporte social percebido, entretanto, associaram-se com maior envolvimento em dança de salão indicado por dispêndio energético.

TABELA 3 – Frequências, medidas de posição e distribuição por níveis de dispêndio energético da amostra total segundo características de saúde e bem-estar (N = 230)

Variável	n (%)	M (DP)	Baixo dispên-	Moderado dis-	Alto dispên-	Significância
			dio em METs (< 440) n (%)	pêndio em METs (441-1100) n (%)	dio em METs (> 1100) n (%)	
Número de doenças	-	2,1 (1,4)	-	-	-	
0-1	81(35,7)	-	17 (28,3)	23 (37,8)	27 (44,3)	p = 0,246
2	65(28,6)	-	15 (25,0)	19 (31,1)	13 (21,3)	
> 3	81(35,7)	-	28 (46,7)	19 (31,1)	21 (34,4)	
Quedas	-	1,8 (1,4)	-	-	-	
Sim	63(28,3)	-	15 (25,4)	18 (32,1)	14 (21,5)	p = 0,412
Não	160 (71,7)	-	44 (74,6)	38 (67,9)	51 (78,5)	
Sintomas depressivos	-	2,6 (2,3)	-	-	-	
Sim	24(10,6)	-	7 (11,7)	5 (8,3)	4 (6,6)	p = 0,604
Não	203(89,4)	-	53 (88,3)	55 (91,7)	57 (93,4)	
Satisfação com a vida	-	-	-	-	-	
Pouco	8 (3,5)	-	0 (0,0)	4 (6,7)	1 (1,6)	p = 0,052
Mais ou menos	54(23,8)	-	15 (25,0)	15 (25,0)	8 (13,1)	
Muita	165 (72,7)	-	45 (75,0)	41 (68,3)	52 (85,3)	
Satisfação com a memória	-	25,4 (3,0)	-	-	-	
Pouco	14 (6,2)	-	3,0 (5,0)	6 (10,2)	3,0 (5,0)	p = 0,287
Mais ou menos	88(39,1)	-	25 (41,7)	24 (40,7)	17 (28,3)	
Muita	123(54,7)	-	32 (53,3)	29 (49,1)	40 (66,7)	
Autoavaliação em saúde	-	-	-	-	-	p = 0,023
Muito ruim/Ruim	59 (25,9)	-	22 (36,7)	12(19,7)	10(16,4)	
Regular	90 (39,6)	-	24 (40,0)	27 (44,3)	22 (36,1)	
Boa/Muito boa	78 (34,4)	-	14 (23,3)	22 (36,1)	29 (47,5)	
Suporte social	-	16,4 (3,7)	-	-	-	
Baixo	53 (36,3)	-	26 (63,5)	5 (17,9)	7 (17,8)	p < 0,001
Médio	42 (28,8)	-	9 (21,9)	11 (39,3)	16 (41,1)	
Alto	51 (34,9)	-	6 (14,6)	12 (42,8)	16 (41,1)	

A TABELA 4 apresenta as probabilidades apresentadas pelas variáveis do estudo para a condição de maior envolvimento em dança. Renda mensal de cinco a dez salários mínimos apresentou probabilidade 2,87 vezes maior que indivíduos que ganham até um salário mínimo. Indivíduos que avaliaram sua saúde

como boa ou muito boa apresentaram probabilidade de 2,28 vezes em relação àqueles que a avaliaram como ruim ou muito ruim. Por sua vez, indivíduos com níveis moderados e altos de suporte social apresentaram probabilidades de 4,61 e 5,84 vezes em relação a indivíduos com baixos níveis de suporte social.

TABELA 4 – Resultados da análise de regressão logística univariada para maior dispêndio energético em dança de salão em METs (N = 183)

*O.R. (Odds Ratio) = Razão de risco para mais METs; (n = 61 '≤ 440 METs', n = 61 '441-1100 METs' e n = 61 '> 1100 METs'). IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Ref.: nível de referência. Modelos de riscos proporcionais.

Variável	Categorias	Valor-P	O.R.*	IC 95% O.R.*
Gênero	Feminino (ref.)		1.00	
	Masculino	0.192	1.46	0.83 – 2.56
Idade	≥ 80 anos (ref.)	-	1.00	-
	75-79 anos	0.341	1.64	0.59 – 4.50
	70-74 anos	0.204	1.81	0.73 – 4.52
	65-69 anos	0.120	2.09	0.83 – 5.27
Escolaridade	0 ano (ref.)	-	1.00	-
	1-4 anos	0.343	1.49	0.65 – 3.42
	5-8 anos	0.186	1.88	0.74 – 4.81
	≥ 9 anos	0.456	1.49	0.52 – 4.30
Renda mensal	≤ 1.0 SM (ref.)	-	1.00	-
	1.1-3.0 SM	0.087	2.43	0.88 – 6.73
	3.1-5.0 SM	0.063	2.88	0.94 – 8.82
	5.1-10.0 SM	0.034	3.87	1.11 – 13.50
	> 10.0 SM	0.168	2.51	0.68 – 9.32
Número de doenças	≥ 3	-	1.00	-
	2	0.663	1.16	0.59 – 2.31
	0-1	0.069	1.79	0.96 – 3.34
Sintomas depressivos	Sim (ref.)	-	1.00	-
	Não	0.321	1.62	0.63 – 4.20
Satisfação com a vida	Pouco (ref.)	-	1.00	-
	Mais ou menos	0.407	0.48	0.09 – 2.70
	Muito	0.798	0.81	0.16 – 4.19
Autoavaliação de saúde	Ruim/Muito ruim (ref.)	-	1.00	-
	Regular	0.095	1.82	0.90 – 3.66
	Boa/Muito boa	0.001	3.28	1.59 – 6.80
Satisfação com a memória	Pouco (ref.)	-	1.00	-
	Mais ou menos	0.644	0.77	0.25 – 2.37
	Muito	0.743	1.20	0.40 – 3.61
Níveis de suporte social	Baixo (ref.)	-	1.00	-
	Médio	< 0.001	5.61	2.24 – 14.08
	Alto	< 0.001	6.84	2.67 – 17.55
Presença de quedas	Sim (ref.)	-	1.00	-
	Não	0.166	1.53	0.84 – 2.81

Por fim, a TABELA 5 apresenta a atuação conjunta das variáveis sobre a probabilidade de maior envolvimento em dança de salão. Mantiveram-se no modelo as variáveis referentes aos níveis moderados e altos de suporte social

(OR = 4,99; OR = 4,68) e as autoavaliações de saúde como boa ou muito boa, apresentando probabilidade de 2,69 (OR = 3,69) de maior envolvimento em dança do que os com piores níveis de autoavaliação.

TABELA 5 – Resultados da análise de regressão logística multivariada para maior dispêndio energético em dança de salão em METs (N = 92)

Variáveis selecionadas	Categorias	Valor-P	O.R.*	IC 95% O.R.*
1. Níveis de suporte social	Baixo (ref.)	---	1.00	---
	Médio	0.002	4.99	1.81 – 13.77
	Alto	0.002	4.68	1.75 – 12.53

Continua

Continuação

TABELA 5 – Resultados da análise de regressão logística multivariada para maior dispêndio energético em dança de salão em METs (N = 92)

Variáveis selecionadas	Categorias	Valor-P	O.R.*	IC 95% O.R.*
	Ruim/Muito ruim (ref.)	---	1.00	---
2. Autoavaliação de saúde	Regular	0.261	1.80	0.65 – 5.04
	Boa/Muito boa	0.012	3.69	1.33 – 10.26

* O.R. (*Odds Ratio*) = Razão de risco para mais METs; (n = 36 '≤440 METs', n = 24 '441-1100 METs' e n = 32 '> 1100 METs'). IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. Ref.: nível de referência. Modelos de riscos proporcionais.

Uma vez que muitos idosos deixaram de responder a itens relacionados a suporte social (*missings*), a TABELA 6 apresenta a análise de regressão logística multivariada, excluindo esta variável. Assim, apenas autoavaliação de saúde mantém-se no modelo como associada a maior envolvimento em dança de salão.

TABELA 6 – Resultados da análise de regressão logística multivariada para maior dispêndio energético em dança de salão em METs (N = 147)

* O.R. (*Odds Ratio*) = Razão de risco para mais METs; (n = 52 '≤ 440 METs', n = 46 '441-1100 METs' e n = 49 '> 1100 METs'). IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. Ref.: nível de referência. Modelos de riscos proporcionais.

Variáveis selecionadas	Categorias	Valor-P	O.R.*	IC 95% O.R.*
1. Autoavaliação de saúde	Ruim/Muito ruim (ref.)	-	1.00	-
	Regular	0.296	1.51	0.70 – 3.26
	Boa/Muito boa	0.014	2.69	1.22 – 5.94

Discussão

A maior parte dos idosos que praticam dança de salão, o fez na última semana e no último ano, sendo consideráveis os idosos que dançam os 12 meses do ano. Embora a dança seja considerada um exercício físico de intensidade leve à moderada, os idosos relataram dançar por um período médio cerca de duas horas por ocasião, o que representa mais do que o mínimo de tempo recomendado para classificar o indivíduo como ativo, acumulando tal gasto ao longo de uma semana. Mais de um terço da amostra acumula um tempo > 150 minutos semanais. Assim é possível que, utilizando o tempo gasto em dança, a maior parte dos idosos foi classificada como ativos fisicamente, segundo os critérios da ACMS. Chama à atenção, em especial, a proporção média do dispêndio energético dos idosos em dança de salão, quando considerado a soma total do dispêndio em todos os exercícios físicos e esportes ativos, que eles relataram estar envolvidos. Ou seja, para esses idosos a dança desempenha um papel primordial na manutenção do estilo de vida ativo, com possíveis implicações para o bem-estar físico e mental.

Em conformidade com levantamentos prévios de pesquisa que apontam que as mulheres são mais envolvidas em atividades sociais gerais, estas também são mais envolvidas em atividades de dança de salão, embora tenha sido significativa a presença de homens, relatando envolvimento nessa atividade. Tal dado aponta para a importância da oferta de dança de salão como uma opção de engajamento físico ou mesmo de lazer, para ambos os gêneros, principalmente para os homens idosos que tendem a participar menos de atividades como esta, sendo que a dança de salão oferece um papel reservado para o público masculino, considerando que essa dança se dá em casal. No Brasil, talvez devido aos estilos mais populares de dança de

salão, esta ainda seja praticada por uma maioria de indivíduos de menor escolaridade e renda.

Diferentemente do que registrado em pesquisa com indivíduos em academias, onde a maior parte dos envolvidos com dança de salão é solteira, em idosos a maior parte dos que relataram dançar é de casados e viúvos. Entretanto o estado civil relacionou-se com o grau de envolvimento em dança, revelando que os solteiros dispendem menos energia nessa atividade, sendo que os divorciados são os mais envolvidos.

Pode-se considerar que a maior parte da amostra é saudável, uma vez que mesmo apresentando, em média 2,1 doenças, estas não impedem o seu envolvimento em dança de salão. Um dado que ajuda sustentar essa afirmação foi não haver diferenças no dispêndio energético em dança, entre indivíduos com diferentes números de doenças. A maior parte não sofreu queda no último ano, embora um terço tenha relatado queda. Embora o presente estudo busque identificar o perfil dos praticantes de dança de salão, os benefícios da prática de dança entre idosos para o equilíbrio e melhora em taxas metabólicas e de composição corporal, segundo RODRIGUES-KRAUSE, KRAUSE e REISCHAK-OLIVEIRA¹⁴ são as evidências mais robustas da literatura sobre o tema.

A prevalência de depressão entre os idosos praticantes de dança de salão foi menor que a metade da prevalência em estudos epidemiológicos, segundo levantamento de pesquisas que utilizaram a mesma escala para rastreio de sintomas³². Ratificam o estudo OLIVEIRA et al.¹⁹ com idosos brasileiros que descreveu baixos níveis de ansiedade e depressão e alta satisfação com a vida entre os praticantes de dança de salão. Tais perfis sugerem que a dança de salão pode representar estímulo e fonte de engajamento ativo e prazeroso com a vida.

A maior parte da amostra relatou estar satisfeita com a vida e avaliar positivamente o suporte social disponível. Houve diferença entre os indivíduos que relataram níveis moderados e altos de suporte social, refletindo no envolvimento com dança de salão e dispêndio energético. Níveis de adesão à prática e benefícios físicos potencialmente são sujeitos às influências sociais, fatores esses de importante consideração no delineamento de intervenções com idosos³³.

Os fatores significativamente associados ao envolvimento em dança foram a renda mensal, autoavaliação em saúde e de suporte social. Embora os que mais relataram envolvimento com tal atividade sejam os de baixa renda, encontra-se que idosos que apresentam renda mensal de 5 a 10 salários mínimos, possuem maiores níveis de dispêndio de energia. Idosos envolvidos com dança de salão apresentaram melhor autoavaliação de sua saúde se comparados à idosos que avaliaram como ruim ou muito ruim. Aqueles envolvidos com dança mostraram níveis moderados e altos de suporte social, com maiores probabilidades que aqueles que não possuem envolvimento.

Embora as análises finais sugiram que a percepção de saúde seja a melhor preditora do envolvimento em dança de salão indicado por dispêndio energético, a conjunção entre perceber-se saudável e socialmente apoiado possivelmente configuram uma condição não só de encorajamento ao envolvimento com dança, mas que potencialmente responde pela manutenção da participação no tempo. A esse respeito, acrescentam-se os argumentos e dados do estudo de STEVENS-RATCHFORD³⁴ de que idosos praticantes de dança saudáveis e socialmente apoiados geram efeitos positivos também

sobre as atitudes e percepções de suas redes de relações sociais a respeito do processo de envelhecimento e do status daquele idoso entre seus familiares e amigos. BRANCO³⁵, em estudo com população adulta, concluiu que a satisfação com suporte social o qual o indivíduo recebe, possui influência direta em variáveis como avaliação subjetiva e bem-estar, havendo relação também com satisfação geral com a vida e consequências positivas sobre a saúde.

Influências de natureza social sobre o comportamento de participação em atividades físicas e em atividades sociais gerais são especialmente importantes pois se refletem na percepção de barreiras ou estímulos. Idosos tendem a ser mais seletivos a respeito das atividades em que vão investir seus recursos e esforços, sendo o bem-estar socioemocional um dos critérios utilizados para a tomada de decisões na velhice³³.

Assim sendo, o perfil dos idosos participantes de dança de salão reflete os critérios e parâmetros utilizados pelos paradigmas gerontológicos que definem o que vem a ser uma boa velhice. No intuito da promoção e alcance desses critérios por meio do estímulo à prática de atividades físicas, futuros trabalhos deverão investir na compreensão das especificidades da influência da dança de salão sobre os indicadores psicossociais e de saúde mais específicos e dos fatores que representam estímulo ou barreiras para a não participação nessa atividade. Tais investimentos não significam adotar posturas prescritivas sobre essa modalidade, mas compreender os fatores relacionados ao envolvimento em atividades físicas em grupos de idosos com perfis e motivações heterogêneas e ampliar as possibilidades de estímulo a estilos de vida ativos.

Abstract

Factors associated with the practice of ballroom dancing among elderly residents in the community: data from Fibra Study, Polo Unicamp

This paper investigates the association between involvement in ballroom dance, sociodemographic variables, health indicators, physical activity and psychosocial well-being. The study enrolled 230 elderly (72.2 ± 5.5 years; 63.04% women) with no evidence of cognitive impairment, suggestive of dementia and responded positively to involvement in ballroom dancing in a survey conducted from the application of the Minnesota Leisure Time Activity Questionnaire. About 87% of the

elderly were classified as physically active, getting average weekly energy expenditure of 2334.1 METs (SD = 2897.9). The average energy expenditure in ballroom dance (METs 997.7, SD = 1124.1) represented 40% of energy expenditures in general physical activity. There were associations between increased energy expenditure in ballroom dance and income levels, health self-assessment and social support. Multivariate logistic regression analysis showed the high and moderate levels of social support and self-reported *good* or *very good* health were significantly associated with increased energy expenditure in ballroom dance. These results suggest that, in this sample, participation in ballroom dance was associated with positive indicators of health and quality of life, and helping to maintaining an active aging.

KEYWORDS: Health Promotion; Active Aging; Social Support; Self-Rated Health.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento.

Referências

1. Kiepe MS, Stöckigt B, Keil T. Effects of dance therapy and ballroom dances on physical and mental illnesses: a systematic review. *Arts Psychother.* 2012;39(5):404-11.
2. Kattenstroth JC, Kolankowska I, Kalisch T, Dinse HR. Superior sensory, motor, and cognitive performance in elderly individuals with multi-year dancing activities. *Front Aging Neurosci.* 2010;2:1-9.
3. Souza DP, Teixeira D. Os benefícios da dança de salão para idosos: um estudo bibliográfico [iniciação científica]. Bragança Paulista (SP): Universidade São Francisco; 2008.
4. Bramble DM, Lieberman DE. Endurance running and the evolution of Homo. *Nature.* 2004;432:345-52.
5. Hackney ME, Earhart GM. Effects of dance on balance and gait in severe Parkinson disease: a case study. *Disabil Rehabil.* 2010;32(8):679-84.
6. Hopkins DR, Murrell B, Hoeger WW, Rhodes RC. Effect of low-impact aerobic dance on the functional fitness of elderly women. *Gerontologist.* 1990;30(2):189-92.
7. Hackney ME, Earhart GM. Effects of dance on movement control in Parkinson's disease: a comparison of Argentine tango and American ballroom. *J Rehabil Med.* 2009;41(6):475-81.
8. Haboush A, Floyd M, Caron J, LaSota M, Alvarez K. Ballroom dance lessons for geriatric depression: an exploratory study. *Arts Psychother.* 2006;33(2):89-97.
9. Estivill M. Therapeutic aspects of aerobic dance participation. *Health Care Women Int.* 1995;16(4):341-50.
10. Adiputra N, Alex P, Sutjana DP, Tirtayasa K, Manuaba A. Balinese dance exercises improve the maximum aerobic capacity. *J Hum Ergol.* 1996;25(1):25-9.
11. Marmeleira JF, Pereira C, Cruz-Ferreira A, Fretes V, Pisco R, Fernandes OM. Creative dance can enhance proprioception in older adults. *J Sports Med Phys Fitness.* 2009;49(4):480-5.
12. Alves HVD. Dancing and the aging brain: the effects of a 4-month ballroom dance intervention on the cognition of healthy older adults [dissertação]. Urbana (IL): University of Illinois; 2013.
13. Hwang PW, Braun KL. The effectiveness of dance interventions to improve older adults' health: a systematic literature review. *Altern Ther Health Med.* 2015;21(5):64-70.
14. Rodrigues-Krause J, Krause M, Reischak-Oliveira A. Dancing for healthy aging: functional and metabolic perspectives. *Altern Ther Health Med.* 2018;25(1):44-63.
15. Rahal MA, Alonso AC, Andrusaitis FR, et al. Analysis of static and dynamic balance in healthy elderly practitioners of tai chi chuan versus ballroom dancing. *Clinics.* 2015;70(3):157-61.
16. Ashburn A, Roberts L, Pickering R, et al. A design to investigate the feasibility and effects of partnered ballroom dancing on people with Parkinson disease: randomized controlled trial protocol. *JMIR Res Protoc.* 2014;3(3):e34.

17. Borges EG, Cader SA, Vale RG, et al. The effect of ballroom dance on balance and functional autonomy among the isolated elderly. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;55(2):492-96.
18. Bianco A, Patti A, Bellafore M, et al. Group fitness activities for the elderly: an innovative approach to reduce falls and injuries. *Aging Clin Exp Res.* 2014;26(2):147-52.
19. Oliveira DV, Favero PF, Codonhato R, Moreira CR, Antunes MD, Nascimento Júnior JRA. Investigação dos fatores psicológicos e emocionais de idosos frequentadores de clubes de dança de salão. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017;20(6):797-804.
20. Newsome SD, Phillips DL, Culleton BJ, Guilderson TP, Koch PL. Dietary reconstruction of an early to middle Holocene human population from the central California coast: insights from advanced stable isotope mixing models. *J Archaeol Sci.* 2004;31(8):1101-15.
21. Florindo AA, Salvador EP, Reis RS, Guimarães VV. Perception of the environment and practice of physical activity by adults in a low socioeconomic area. *Rev Saúde Pública.* 2011;45(2):302-10.
22. Aoyagi Y, Shephard RJ. Sex differences in relationships between habitual physical activity and health in the elderly: practical implications for epidemiologists based on pedometer/accelerometer data from the Nakojojo Study. *Arch Gerontol Geriatr.* 2013;56(2):327-38.
23. Vagetti GC, Barbosa Filho VC, Moreira NB, de Oliveira V, Mazzardo O, de Campos W. The prevalence and correlates of meeting the current physical activity for health guidelines in older people: a cross-sectional study in Brazilian women. *Arch Gerontol Geriatr.* 2013;56(3):492-500.
24. Emile M, Chalabaev A, Stephan Y, Corrion K, d'Arripe-Longueville F. Aging stereotypes and active lifestyle: personal correlates of stereotype internalization and relationships with level of physical activity among older adults. *Psychol Sport Exerc.* 2014;15(2):198-204.
25. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHE, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2003;61(3B):777-81.
26. Ferrucci L, Guralnik JM, Studenski S, Fried LP, Cutler Jr GB, Walston JD. Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report. *J Am Geriatr Soc.* 2004;52(4):625-34.
27. Taylor HL, Jacobs Jr DR, Schucker B, Knudsen J, Leon AS, Debacker G. A questionnaire for the assessment of leisure time physical activities. *J Chronic Dis.* 1978;31(12):741-55.
28. Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC, et al. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Med Sci Sport Exerc.* 2000;32(9):S498-504.
29. Costa TB, Neri AL. Medidas de atividade física e fragilidade em idosos: dados do FIBRA Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(8):1537-50.
30. Cohen S, Mermelstein R, Kamarck T, Hoberman H. Measuring the functional components of social support. In: Sarason IG, editor. *Social support: theory, research, and applications.* The Hague: Martinus Nijhoff; 1985. p. 73-94.
31. Almeida O, Almeida S. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. *Arq Neuro Psiquiatr.* 1999;57(2B):421-6.

ENDEREÇO

Samila Sathler Tavares Batistoni
Avenida Arlindo Bétio, 1000 – A1 sala 204N
03828-000 – São Paulo – BRASIL
e-mail: samilabatistoni@usp.br

Recebido para publicação: 02/09/2016

Revisão: 01/04/2018

Aceito: 26/09/2018

32. Batistoni SST, Neri AL, Bretas Cupertino APF. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(4):598-605.
33. Löckenhoff CE, Carstensen LL. Aging, emotion, and health-related decision strategies: motivational manipulations can reduce age differences. *Psychol Aging*. 2007;22(1):134-6.
34. Stevens-Ratchford RG. Ballroom dance: linking serious leisure to successful aging. *Int J Aging Hum Dev*. 2016;83(3):290-308.
35. Branco SML. A senhora dança? Estudo exploratório da influência da dança no suporte social e no bem-estar psicológico em adultos portugueses [dissertação]. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga; 2011.