



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE HUMANA E MEIO  
AMBIENTE – PPGSHMA**

**Osinez Barbosa de Oliveira**

**Efeito da Dança de Salão no Perfil Lipídico de Idosas  
Hipertensas Cadastradas na Unidade Básica de  
Saúde da Família da Bela Vista, Vitória de Santo  
Antão-PE, 2010**

**Vitória de Santo Antão**

**2011**

**Osinez Barbosa de Oliveira**

**Efeito da Dança de Salão no Perfil Lipídico de Idosas Hipertensas Cadastradas na Unidade Básica de Saúde da Família da Bela Vista, Vitória de Santo Antão-PE, 2010**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Humana e Meio Ambiente da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para obtenção do título de Mestre em **Saúde Humana e Meio Ambiente**.

Área de Concentração: Saúde e Ambiente.

Orientador: Profa. Dra. Florisbela de Arruda Câmara e Siqueira Campos.

Co-Orientador: Profa. Dra. Silvana Gonçalves Brito de Arruda.

**Vitória de Santo Antão**

**2011**

Catálogo na fonte  
Sistema de Bibliotecas da UFPE - Biblioteca Setorial do CAV

- O48e Oliveira, Osinez Barbosa de  
Efeito da dança de salão no perfil lipídico de idosas hipertensas cadastradas na unidade básica de saúde da família da Bela Vista, Vitória de Santo Antão-PE. / Osinez Barbosa de Oliveira. Vitória de Santo Antão: O Autor, 2011.  
xii, 36 folhas: tab.; fig.
- Dissertação (Mestrado em Saúde Humana e Meio Ambiente) - Universidade Federal de Pernambuco. CAV, Saúde Humana e Meio Ambiente.
- Orientador: Florisbela de Arruda Câmara e Siqueira Campos.  
Co-orientador: Silvana Gonçalves Brito de Arruda.
- Inclui bibliografia e anexos.
1. Envelhecimento. 2. Dislipidemia. 3. Exercício físico. 4. Saúde da família. 5. Dança de salão. 6. Idoso. I. Título. II. Campos, Florisbela de Arruda Câmara e Siqueira. III. Arruda, Silvana Gonçalves Brito de.

CRB-4/P-1605

CDD (21.ed.) 793.33  
BIBCAV/UFPE-011/2011

Programa de Pós-Graduação em Saúde Humana e Meio Ambiente – Mestrado Acadêmico

OSINEZ BARBOSA DE OLIVEIRA

“IMPACTO DA DANÇA DE SALÃO NO PERFIL LIPÍDICO DE IDOSAS HIPERTENSAS  
CADASTRADAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA BELA VISTA,  
VITÓRIA DE SANTO ANTÃO-PE, 2010”

DISSERTAÇÃO APROVADA em 28 de fevereiro de 2011

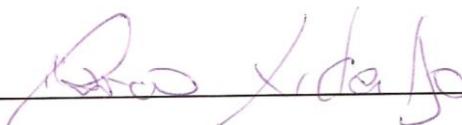
Banca Examinadora



\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Claudia Rohde



\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Cristiano Aparecido Chagas



\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Marco Antônio Fidalgo Amorim

Às minhas filhas amadas Linda Inez e Maria Clara, e a quem mais chegar, dedico esta conquista por serem minha esperança de futuro, minha esperança de seguir em frente e buscar novas conquistas.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por toda força que me foi concedida em todos os momentos difíceis dessa longa jornada.

À minha família pela paciência e apoio.

Ao homem que eu amo, Gilson, pelo companheirismo e carinho, por me apoiar nos bons e maus momentos, por compreender minha ausência e nunca me deixar fraquejar.

Ao Flávio, meu companheiro em todos os momentos dessa jornada, com muita amizade.

Às professoras Florisbela e Silvana por toda paciência, carinho e apoio em suas orientações e pelos seus conhecimentos que contribuíram para o enriquecimento do trabalho.

À Ana Patrícia, que muito contribuiu na reta final do trabalho.

À Adalva e Ana, da secretaria da pós-graduação, pela compreensão, colaboração e amizade.

À Irení e Háquilla, minhas queridas amigas, pela colaboração nas coletas sanguíneas.

À amiga Amélia por todo seu incentivo.

Aos profissionais da Unidade de Saúde da Bela Vista, da Secretaria Municipal de Saúde, em especial ao Adeilton, e do Laboratório de Análises Clínicas, Jonas e equipe, pela contribuição para o desenvolvimento da pesquisa.

Aos professores e colegas do programa de pós-graduação, que as amizades conquistadas durem para sempre.

Às idosas que participaram como sujeitos da pesquisa, por nos proporcionar enriquecimento como profissionais e como pessoas.

Enfim, aos que de alguma maneira contribuíram e acreditaram na minha vitória. A todos o meu sincero muito obrigada!

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE TABELAS</b>	viii
<b>LISTA DE FIGURAS</b>	ix
<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b>	x
<b>RESUMO</b>	xi
<b>ABSTRACT</b>	xii
<b>CAPÍTULO 1</b>	1
<b>1.1 Introdução</b>	1
<b>1.2 Objetivos</b>	2
1.2.1 Objetivo Geral	2
1.2.2. Objetivos Específicos	2
<b>1.3 Revisão da Literatura</b>	3
1.3.1 Envelhecimento Populacional	3
1.3.2 Exercício Físico e Doenças Crônicas	4
1.3.3 Dislipidemia – Uma Abordagem Multiprofissional	7
<b>CAPÍTULO 2</b>	9
<b>Perfil Lipídico de Idosas Hipertensas Inseridas num Grupo de Dança de Salão, Vitória de Santo Antão-PE. – Artigo Original</b>	
<b>2.1. Resumo</b>	9
<b>2.2 Abstract</b>	10
<b>2.3 Introdução</b>	11
<b>2.4 Material e Métodos</b>	13
<b>2.5 Resultados e Discussão</b>	14
<b>2.6 Conclusões</b>	18
<b>2.7 Referências Bibliográficas</b>	19
<b>CAPÍTULO 3</b>	21
<b>Formação do Grupo de Idosas ‘Além do Passo’ na Unidade Básica de Saúde da Família da Bela Vista, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2010 – Um Relato de Experiência.</b>	

<b>3.1. Resumo</b>	21
<b>3.2 Abstract</b>	22
<b>3.3 Introdução</b>	22
<b>3.4 Material e Métodos</b>	24
<b>3.5 Resultados e Discussão</b>	25
<b>3.6 Considerações Finais</b>	30
<b>3.7 Referências Bibliográficas</b>	31
<b>DISCUSSÃO GERAL E CONCLUSÕES</b>	33
<b>REFERÊNCIAS</b>	34
<b>ANEXOS</b>	xiii

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1.1	Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050.	4
Tabela 1.2	Grau de recomendação e Nível de Evidência para o Exercício Físico no Controle das Dislipidemias – Diretrizes Da SBC.	7
Tabela 2.1	Valores de referência para caracterização do perfil lipídico para > 20 anos Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2001.	13
Tabela 2.2	Valores máximos e mínimos, média e desvio padrão para o colesterol total de idosas hipertensas de um grupo de dança de salão, Vitória de Santo Antão-PE.	15
Tabela 2.3	Valores máximos e mínimos, média e desvio padrão para o LDLc de idosas hipertensas de um grupo de dança de salão, Vitória de Santo Antão-PE.	15
Tabela 2.4	Valores máximos e mínimos, média e desvio padrão para o HDLc de idosas hipertensas de um grupo de dança de salão, Vitória de Santo Antão-PE.	16
Tabela 2.5	Valores máximos e mínimos, média e desvio padrão para o triglicérido de idosas hipertensas de um grupo de dança de salão, Vitória de Santo Antão-PE.	16

## LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1	Varição do TG conforme período da prática da dança de salão, Vitória de Santo Antão – PE.	17
Figura 3.1	Respostas, valores em percentual, para a pergunta: melhora na sua saúde psicológica após o grupo.	26
Figura 3.2	Respostas, valores em percentual, para a pergunta: entrosamento com as colegas do grupo.	27

## LISTA DE ABREVIATURAS

CT	Colesterol Total
CAV	Centro Acadêmico de Vitória
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDLc	High Density Lipoprotein (Lipoproteína de Alta Densidade)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDLc	Low Density Lipoprotein (Lipoproteína de Baixa Densidade)
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PPGSHMA	Programa de Pós-Graduação em Saúde Humana e Meio Ambiente
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TF	Tempo Final (após 120 dias de dança de salão)
TG	Triglicerídeos
T0	Tempo Inicial (anterior à dança de salão)
T1	Tempo decorrido após 60 dias de dança de salão
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	World Health Organization

## RESUMO

A dislipidemia é um quadro clínico caracterizado por concentrações elevadas de lipoproteínas no sangue e configuram um importante fator de risco às doenças cardiovasculares. A adoção de comportamentos saudáveis é uma abordagem de redução da dislipidemia e, conseqüentemente, de proteção cardiovascular. No presente estudo usou-se a dança de salão para observar o seu efeito no perfil lipídico de 21 idosas portadoras de hipertensão arterial sistêmica usuárias do serviço público de saúde no município de Vitória de Santo Antão. A metodologia utilizada foi do tipo descritiva e longitudinal com abordagem quantitativa. Inicialmente foi testada a normalidade dos dados através do teste de *Kolmogorov Smirnov*, seguido de uma análise descritiva por meio de média e desvio padrão, valores mínimos e máximos. Posteriormente, aplicou-se uma correlação de Pearson e comparação ANOVA entre as variáveis estudadas. Todas as análises foram realizadas no Programa SPSS versão 18.0. O nível de significância utilizado na decisão dos testes estatísticos foi de 5,0%. A idade das idosas variou de 60 a 85 anos com média de 68,14 ± 6,91 anos. Os resultados mostraram que os triglicérides reduziram-se aos valores desejáveis. O nível de satisfação das idosas que participaram das atividades de grupo foi bastante elevado, desse modo melhorando sua compreensão de si mesmo, das suas relações e do meio em que vivem.

**Palavras-Chave:** Envelhecimento, Dislipidemia, Exercício Físico, Exercício Aeróbico.

## ABSTRACT

Dyslipidemia is a clinical condition characterized by raised lipoprotein concentrations in the blood and configures an important risk factor for cardiovascular disease. The adoption of healthful behaviors is a boarding to reduction of dyslipidemia and, consequently, of cardiovascular protection. In the present study it was used the dance hall to observe its effect on lipid profile in 21 elderly women with hypertension users of public service health in Vitória de Santo Antão. The methodology used was descriptive and longitudinal with a quantitative approach. Initially it was tested the normality of the data through the test of *Kolmogorov Smirnov*, followed by a descriptive analysis using mean and standard deviation, minimum and maximum values. Later, applied a Pearson correlation and ANOVA comparison between variables. All Analyses were performed with SPSS version 18.0. The significance level used in the decision of the tests statistic was 5.0%. The age of older ranged from 60 to 85 years,  $68.14 \pm 6.91$  years. The results showed that triglycerides were reduced to desired levels. The level of satisfaction of elderly women who participated in group activities, was pretty high, in this manner improving their understanding of themselves, of their relationships and of the environment where they live.

**Keywords:** Aging, Dyslipidemia, Exercise, Exercise Aerobic.

# CAPÍTULO 1

## 1.1 Introdução

Perfil lipídico é como se apresentam as concentrações das lipoproteínas (colesterol total, LDLc, HDLc e triglicerídeos) na corrente sanguínea e dislipidemia é um quadro clínico caracterizado por concentrações elevadas dessas lipoproteínas no sangue.

Níveis elevados de lipídeos na corrente sanguínea – dislipidemia – configuram um importante fator de risco às doenças cardiovasculares e a associação com a hipertensão arterial potencializa esse risco. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2005) atualmente um em cada cinco brasileiros tem os níveis de colesterol classificados como limítrofe ou alto (MELLO, 2007).

A Hipertensão Arterial acelera o desenvolvimento da aterosclerose e alguns dos fatores de risco para a aterosclerose, como as dislipidemias, parecem associados ao agravamento da doença renal hipertensiva, à hipertrofia miocárdica e aos eventos cardiovasculares do paciente hipertenso. Por outro lado, o tratamento da hipertensão arterial pode modificar o perfil lipídico e a aterosclerose induzida pela hiperlipidemia. Da mesma forma o tratamento hipolipemiante pode reduzir a pressão arterial, atenuar a disfunção endotelial da aterosclerose e diminuir o dano renal (FONSECA et. al, 2002).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2006), o aumento na incidência das doenças cardiovasculares tende a persistir, agravando as condições de saúde dos habitantes nos países em desenvolvimento. Essas doenças representam uma das principais causas de morbimortalidade no mundo ocidental, sendo responsáveis por mais de 30% de todas as mortes (MELLO, 2007).

Em 2006, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 11.697 mortes em todo o Brasil e no mesmo ano uma das principais causas de internamento num total de 9.807. Somente em Pernambuco no ano de 2006 foram 567 internamentos e 503 óbitos por doenças do aparelho circulatório, colocando as doenças do aparelho circulatório como um importante indicador de morbimortalidade (BRASIL, 2007).

Dados coletados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM, 2009) da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória de Santo Antão demonstram que o número de óbitos por doenças do aparelho cardiocirculatório no município é significativo, de 2005 a 2007 foram notificados 847 óbitos.

As dislipidemias podem ser de origem genética ou de causas secundárias como diabetes, uso de contraceptivos, obesidade, sedentarismo, dieta inadequada, imunossuppressores, entre outras. Tendo em vista o envelhecimento populacional e por haver presença de co-morbidades nesta faixa etária, faz-se necessário o diagnóstico das dislipidemias na população idosa. Nessa faixa etária, deve ser dada especial atenção a causas secundárias de dislipidemias (SBC, 2007).

A adoção de comportamentos saudáveis como a adequação da dieta e a prática regular de exercício físico é uma abordagem de redução da dislipidemia, controle da pressão arterial e proteção cardiovascular.

Nesse contexto de envelhecimento populacional e de aumento de incidência das doenças cardiovasculares, e, considerando a ausência de dados referentes a dislipidemia e exercício físico no município de Vitória de Santo Antão-PE, pretende-se traçar o perfil lipídico de idosas, portadoras de hipertensão arterial sistêmica, verificando o efeito associado de um programa de exercício físico aeróbico regular na população estudada.

O presente estudo gerou dois artigos que foram enviados à Reben – Revista Brasileira de Enfermagem.

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo Geral**

Identificar o efeito da dança de salão no perfil lipídico em usuárias idosas hipertensas do serviço público de saúde do município de Vitória de Santo Antão-PE.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- Constituir um grupo operativo composto por pessoas idosas;
- Caracterizar os sujeitos da pesquisa quanto ao gênero e idade;
- Iniciar um programa de dança de salão;

- Verificar o perfil lipídico anteriormente ao início do programa de dança de salão, após sessenta dias e ao final do estudo, com cento e vinte dias;
- Propor ações de saúde alternativas, de baixo custo, efetivas e prazerosas.

## 1.3 Revisão da Literatura

### 1.3.1 Envelhecimento Populacional

O envelhecimento se caracteriza pela redução da capacidade de manutenção da homeostasia em condições de sobrecarga funcional (LUZZI, 2006). Essa é uma definição biológica, mas tendo em vista que o envelhecimento das populações vem se apresentando como um fenômeno mundial, esse conceito deve ser ampliado e entendido como um fenômeno dinâmico e complexo, resultado de mudanças bio-psico-sociais e relacionais profundas.

Segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial da Saúde, entre 1950 e 2025, a população de idosos no país crescerá 16 vezes contra 5 vezes da população total, o que colocará o Brasil, em termos absolutos, como a sexta população de idosos do mundo, isto é, com mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Este crescimento populacional é o mais acelerado no mundo e só comparável ao do México e Nigéria. A cada ano que passa mais 650 mil idosos são incorporados à população brasileira (WHO, 2002).

Segundo dados encontrados no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população idosa brasileira vem crescendo de forma muito acelerada. Em 2000, a população de pessoas com 60 anos ou mais era cerca de 14 milhões, correspondendo a 8,6% da população brasileira. As projeções para o ano 2025 indicam que no Brasil a população idosa poderá exceder 30 milhões de pessoas (IBGE, 2010).

No Brasil, nas décadas de 50 e 60 as taxas de crescimento anual da população mantiveram-se altas. No entanto, a partir da década de 70, essa taxa mostrou sensível redução, acentuando-se na década de 80. Simultaneamente, a distribuição etária da população brasileira se alterou. Esse percentual foi aumentando gradativamente e o censo de 1991 mostrou que os idosos brasileiros já eram 7,4% da nossa população (PAPALÉO NETTO, 1996).

As mudanças que vêm ocorrendo, progressivamente, na pirâmide populacional, mostram que o número de pessoas com 60 anos ou mais está aumentando significativamente. Dados encontrados no estudo “Uma abordagem demográfica para

estimar o padrão histórico e os níveis de subenumeração de pessoas nos censos demográficos e contagens da população”, traz a projeção da população do Brasil, por idade para o período 1980 – 2050 (Tabela 1) (IBGE, 2008).

**Tabela 1: Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050**

BRASIL: Participação relativa percentual da população por grupos de idade na população total : 1980/2050								
Grupos de Idade	1980	1990	2000	2008	2010	2020	2030	2050
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
0 a 14	38,24	35,33	29,78	26,47	25,58	20,07	16,99	13,15
15 a 24	21,11	19,53	19,74	18,11	17,41	16,34	13,27	10,45
0 a 24	59,35	54,86	49,52	44,57	42,99	36,41	30,25	23,60
15 a 64	57,75	60,31	64,78	67,00	67,59	70,70	69,88	64,14
55 ou mais	8,71	9,58	11,29	13,36	14,10	19,24	24,60	36,73
60 ou mais	6,07	6,75	8,12	9,49	9,98	13,67	18,70	29,75
65 ou mais	4,01	4,36	5,44	6,53	6,83	9,23	13,33	22,71
70 ou mais	2,31	2,65	3,45	4,22	4,46	5,90	8,63	15,95
75 ou mais	1,20	1,45	1,90	2,46	2,60	3,53	5,11	10,53
80 ou mais	0,50	0,63	0,93	1,27	1,37	1,93	2,73	6,39

Fonte: IBGE, 2008.

O processo de envelhecimento é mais freqüentemente relatado em regiões mais desenvolvidas do país, sendo que aproximadamente 75% dos idosos no Brasil vivem nas regiões sudeste e nordeste. As marcantes diferenças entre essas regiões, em termos de indicadores socioeconômicos e situação de saúde, são bem conhecidas e influenciam na expectativa de vida (NEIVA, 2007).

A complexidade do perfil de morbimortalidade do idoso requer atenção especial dos serviços de saúde. Encontra-se, hoje, a população em franco processo de envelhecimento. A equação dos problemas relacionados aos idosos não se resume à elaboração de leis específicas para idosos, devendo sua proteção estar incluída numa política social mais ampla (GARCIA et. al., 2006).

Com o aumento da expectativa de vida no Brasil, faz-se necessário desenvolver meios para melhor atender às dificuldades do crescente número de idosos, visando o seu bem-estar e melhorando sua qualidade de vida (LUCENA L., NUNES L., NASCIMENTO C., 2009).

### 1.3.2 Exercício Físico e Doenças Crônicas

É comum que o idoso tenha pelo menos uma doença crônico-degenerativa. As doenças do aparelho circulatório são as que mais matam homens e mulheres no Brasil. Segundo o Ministério da Saúde houve uma mudança no perfil da mortalidade no país, acompanhando a tendência mundial de mais mortes por doenças crônicas e violentas, 283.927 pessoas perderam a vida por problemas do aparelho circulatório, o que equivale a 32,2% dos óbitos em 2005. As doenças do aparelho circulatório são também as que mais matam nas regiões Sudeste (33%), Sul (32,9%), Nordeste (31,9%), Centro-Oeste (31%) e Norte (24,9%) (BRASIL, 2007a). Uma estratégia de redução dessas doenças pode ser a inclusão de ações de promoção da saúde a exemplo das atividades físicas regulares, propostas nas diretrizes da *American Heart Association* (LIMA e COSTA et. al., 2000).

Para o ministério da saúde, o novo perfil de mortalidade reflete a urbanização rápida e o desenvolvimento do país e uma mudança no estilo de vida para a população, já que as doenças crônicas estão ligadas à inatividade física, ao consumo abusivo de álcool, tabaco e alimentação inadequada (BACHION, 2004).

Uma pesquisa descritiva e transversal realizada na zona Sul da cidade de São Paulo, com o objetivo de traçar um perfil de saúde de um grupo de 55 idosos, com uma amostra de idade média de 69,1 anos e prevalência do sexo feminino (74,5%), demonstra que dos idosos entrevistados, 54,5% relataram ter problemas de saúde e 36,3% disseram que tais condições pioraram nos últimos cinco anos. Os principais problemas de saúde apontados pelos idosos foram: hipertensão arterial (53%), diabetes (20%) e colesterol elevado (15,5%). O instrumento aplicado foi o questionário *Brasil Old Age Schedule* (BOAS) (NEIVA, 2007).

Num estudo realizado em Goiânia, de caráter exploratório e descritivo, a amostra apresentou a seguinte distribuição: 28% idosos com idade entre 60 e 64 anos, 28% entre 65 e 69 anos, 21,3% de 70 a 74 anos; 32,7% dos idosos tinham 75 anos ou mais. Uma observação, neste estudo, sobre o que diz respeito à prática regular de exercício físico, apresentou os seguintes resultados: 50 (66,6%) idosos revelam não fazer nenhum exercício físico e 25 (33,3%) praticam exercícios regularmente sendo que 17 (22,6%) fazem caminhadas e 08 (10,6%) praticam outras atividades como hidroginástica e andar de bicicleta (BACHION, 2004).

Num estudo descritivo realizado num parque de São Paulo foram avaliadas 44 pessoas, com idade média de  $67 \pm 5$  anos, distribuição semelhante entre os sexos (52% mulheres e 48% homens). Quanto ao risco cardiovascular, verificou-se que, de todos os indivíduos, 14% apresentaram problemas cardíacos, sendo o mais comum a doença da artéria coronária (67% dos cardiopatias). Quanto ao colesterol, 23% relataram ter hipercolesterolemia e 10% desses estavam com o colesterol alto quando examinados.

Mesmo nos que não relataram ter colesterol alto, 12% estavam com o colesterol elevado quando examinados. Quanto à prática de exercício físico, apenas 9% da população era sedentária. Além disso, 59% dos indivíduos relataram ter aconselhamento médico para se exercitar, sendo 50% dos cardiopatas e 61% dos não cardiopatas e, em todos os casos, a caminhada foi a principal recomendação (85%). Assim, é interessante notar que o número de pessoas que praticavam exercício físico foi bastante alto (91%) (MENDONÇA et al., 2004).

As doenças crônicas figuram como principal causa de mortalidade e incapacidade no mundo, responsável por 59% dos óbitos anuais. São os chamados agravos não-transmissíveis, entre eles, estão as doenças cardiovasculares. Os fatores de risco que mais contribuem para as doenças crônicas são obesidade, alto nível de colesterol, hipertensão, fumo e álcool. Uma mudança nos hábitos alimentares, na prática de exercícios regulares e no controle do fumo resultaria num impacto significativo para a redução das taxas dessas doenças crônicas, muitas vezes num período de tempo relativamente curto. O alto nível de colesterol no sangue é responsável por 7,9% do total de óbitos no mundo. O exercício físico regular é fundamental para prevenir doenças crônicas. Pelo menos 60% da população global não obedecem à recomendação mínima de 30 minutos diários de exercício físico de intensidade moderada. O risco de contrair doença cardiovascular aumenta 1,5 vezes nas pessoas que não fazem exercício físico no mínimo recomendado. Aumentar o exercício físico é uma questão de saúde pública, não apenas individual, e exige enfoques baseados em ações multidimensionais e culturalmente relevantes (OPAS, 2003).

O exercício físico tem benefícios sobre o organismo, sendo essencial para circulação sanguínea, linfática e trocas celulares além de elevar as necessidades de oxigênio e nutrientes promovendo a abertura de inúmeros vasos capilares. Exercício físico moderado clinicamente pode ser definido como aquele que é realizado em uma intensidade tal que permite manter conversação, como exemplo, teríamos o andar firme, a maior parte das danças de salão e o jardinar. Em exercícios de leve e moderada intensidade, o substrato energético seria oriundo primordialmente de lipídeos (MATSUDO et al., 2005).

Os exercícios aeróbicos, ou seja, as atividades realizadas com grandes grupos musculares movimentados de forma clínica com baixa a moderada intensidade e longa duração, feitas de três a cinco vezes por semana, são as mais recomendadas para a prevenção cardiovascular primária e secundária (FORJAZ e Cols, 2002).

De agosto de 2001 a abril de 2007, na Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da SBC, houve uma mudança significativa no que se refere ao grau de recomendação e nível de evidência em relação ao exercício físico no controle das dislipidemias, evidenciando que o exercício físico

é um importante aliado da manutenção do perfil lipídico nos seus níveis desejáveis, conforme observado na Tabela 2.

**Tabela 2: Grau de recomendação e Nível de Evidência para o Exercício Físico no Controle das Dislipidemias – Diretrizes Da SBC**

	<b>Agosto 2001</b>	<b>Abril 2007</b>
<b>Grau de Recomendação</b>	<b>B</b>	<b>1</b>
<b>Nível de Evidência</b>	<b>2</b>	<b>A</b>

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2001; SBC, 2007).

Nota: a SBC usou em 2001 letra para classificar grau de recomendação e número para nível de evidência. Já em 2007, a SBC usou número para classificação do grau de recomendação e letra para nível de evidência.

### 1.3.3 Dislipidemia – Uma Abordagem Multiprofissional

Com a implantação do Programa de Saúde da Família – PSF, o Ministério da Saúde – MS almeja ações de saúde resolutivas e de baixo custo exercidas, inicialmente, por uma equipe mínima composta por médico e enfermeiro com competências profissionais voltadas a prevenção de doenças e promoção de saúde. Porém é de muita importância uma abordagem multidisciplinar para abranger todas as instâncias do problema da dislipidemia. Em 2003 a OPAS/OMS elaboraram um documento que trata sobre uma estratégia mundial de alimentação saudável, atividade física e saúde na prevenção de doenças crônicas e obesidade. Diversos estudos já apontam a evidência da adoção de práticas saudáveis na melhora da qualidade de vida (OPAS, 2003).

Em 2002 a OMS apresentou um documento em consonância com o plano de ação adotado, na segunda assembléia mundial das Nações Unidas sobre o envelhecimento, em 2002 em Madri Espanha. Este documento aborda a saúde a partir de uma perspectiva ampla e reconhece o fato de que as ações de saúde devem ser pensadas de maneira multidimensional com a finalidade de promover um envelhecimento ativo e saudável (WHO, 2002).

Dada a complexidade da natureza humana e de seus processos, fisiológicos ou não, acreditamos que a atuação em saúde deva ser realizada num trabalho interdisciplinar, envolvendo, além do enfermeiro, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas,

nutricionistas, assistentes sociais, médicos de várias especialidades, educadores físicos entre outros (BACHION, 2004).

O presente estudo objetivou mostrar que o exercício físico tem importante papel como elemento não medicamentoso para o controle ou como complemento ao tratamento farmacológico nas dislipidemias, além de melhorar a qualidade de vida por ser uma atividade lúdica.

## CAPÍTULO 2

### **Perfil Lipídico de Idosas Hipertensas Inseridas num Grupo de Dança de Salão, Vitória de Santo Antão-PE – Artigo Original**

Osinez Barbosa de Oliveira  
Flavio Campos de Moraes  
Amanda Adriely Amorim de Santana  
Maria Luisa Greco Santana de Oliveira  
Amelia Doralice da Silva Santos  
Ana Patricia Falcão  
Silvana Gonçalves Brito de Arruda  
Florisbela de Arruda Camara e Siqueira Campos

#### **2.1 Resumo**

No presente estudo foi realizada uma pesquisa com idosas hipertensas cadastradas na Unidade Básica de Saúde da Família da Bela Vista em Vitória de Santo Antão-PE, participantes de um grupo de dança de salão. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram incluídas na presente pesquisa aquelas que apresentaram dislipidemia na primeira coleta sanguínea. Nessa pesquisa estudou-se a relação existente entre o perfil lipídico e a prática regular de exercício físico aeróbico, a partir da dança de salão. O tempo realizado da dança de salão ocorreu em cento e vinte dias e o perfil lipídico foi coletado em três momentos: no início, no desenvolvimento e ao final do estudo, de acordo com parâmetros de referência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. A coleta do sangue obedeceu ao protocolo específico para esse procedimento e as amostras foram analisadas pelo método *Labtest* em laboratório de referência dos serviços de saúde do Município. A metodologia utilizada foi do tipo descritiva e longitudinal com abordagem

quantitativa. Inicialmente foi testada a normalidade dos dados através do teste de *Kolmogorov Smirnov*, seguido de uma análise descritiva por meio de média e desvio padrão, valores mínimos e máximos. Posteriormente, aplicou-se uma correlação de Pearson e comparação ANOVA entre as variáveis estudadas. Todas as análises foram realizadas no Programa SPSS versão 18.0. O nível de significância utilizado na decisão dos testes estatísticos foi de 5,0%. Após a análise dos dados observou-se que os mesmos apresentaram distribuição normal ( $p > 0,05$ ). A idade das idosas variou de 60 a 85 anos com média de  $68,14 \pm 6,91$  anos. As variáveis colesterol total e lipoproteína de baixa densidade apresentaram coeficiente de correlação de Pearson positivo e as variáveis triglicéridos e lipoproteína de alta densidade apresentaram coeficiente de correlação de Pearson negativo. O triglicérido apresentou uma tendência à redução com o decorrer da dança. Diante dos resultados conclui-se que o perfil lipídico pode ser melhorado com o tempo prolongado de dança de salão.

**Palavras Chaves: Envelhecimento, Dislipidemia, Exercício Físico, Exercício Aeróbico.**

## **2.2 Abstract**

In the present study was conducted a survey with hypertensive elderly registered in the Primary Care Family Health's Bela Vista at Vitória Santo Antão-PE, participants of a group of ballroom dancing. After signing an informed consent, were included in this study showed that those dyslipidemia in the first blood collection. In this research it was studied the relationship between lipid profile and a regular practice of aerobic physical activity, from the ballroom dancing. Time performed dance hall occurred in one hundred and twenty days and lipid profile was collected at three occasions: at the beginning, the development and the end of the study, according to the reference parameters Brazilian society of cardiology. The blood collection followed the specific protocol for this procedure and samples were analyzed by laboratory *Labtest* reference of health services in the municipality. The methodology used was descriptive and longitudinal with a quantitative approach. Was initially tested normality of the data through the test of *Kolmogorov Smirnov*, beyond a descriptive analysis was performed by using mean and standard deviation, and maximum values Minors. Later,

applied a Pearson correlation and ANOVA comparison between variables. All Analyses were performed with SPSS version 18.0. The significance level used in the decision of the tests statistic was 5.0%. After analyzing the data observed that they were normally distributed ( $p > 0.05$ ). The age of the women ranged from 60 to 85 years,  $68.14 \pm 6.91$  years. The variables TC and LDL showed a correlation coefficient of Pearson positive and the variables showed TG and HDLc Pearson correlation coefficient negative. Triglycerides tended to decrease with during the dance. From the results it is concluded that the lipid profile may be improved with prolonged ballroom dancing.

**Keywords: Aging, Dyslipidemia, Exercise, Exercise Aerobic.**

## 2.3 Introdução

A grande maioria do colesterol que temos circulando no sangue é fabricado pelo fígado. Só cerca de 30% vem da dieta. Os lipídeos representam a maior reserva nutritiva de energia química para a realização de trabalho biológico, incluindo a contração muscular<sup>(2)</sup>. O exercício físico aeróbico proporciona a utilização de ácidos graxos como principal fonte energética, reduzindo o risco de se desenvolver doenças cardiovasculares, pois melhoram o perfil das lipoproteínas de alta (HDLc) e baixa densidade (LDLc), triglicerídeos (TG) e colesterol total (CT)<sup>(3)</sup>.

Dislipidemias são alterações metabólicas lipídicas decorrentes de distúrbios em qualquer fase do metabolismo lipídico, que ocasionem repercussão nos níveis séricos das lipoproteínas<sup>(4)</sup>.

A Doença arterial aterosclerótica é a manifestação mais importante das dislipidemias. A aterosclerose é uma doença multifatorial na qual as dislipidemias são um fator de risco modificável. A diminuição do LDLc em indivíduos sob risco diminui a morbimortalidade relacionada à aterosclerose coronariana<sup>(1)</sup>.

O sedentarismo constitui fator de risco para a aterosclerose. O exercício previne a doença aterosclerótica. Os exercícios de leve a moderada intensidade, realizados em faixas de 50 a 70% do consumo máximo de oxigênio, respectivamente, podem reduzir os triglicerídeos e aumentar o HDLc. Devem ser adotadas, com frequência de três a seis vezes por semana, sessões de em média 40 minutos, de exercício físico aeróbico. A zona alvo do

exercício aeróbico deve ficar na faixa de 60 a 80% da frequência cardíaca máxima, ou seja, de intensidade leve a moderada, realizado na vigência dos medicamentos de uso corrente<sup>(5)</sup>.

Estudos já demonstraram que um melhor condicionamento físico está associado ao menor risco de desenvolver doenças cardiovasculares, pois em indivíduos condicionados a frequência cardíaca em repouso, peso corporal, percentual de gordura corporal, níveis séricos de colesterol, triglicerídeos, glicose e pressão arterial sistólica encontram-se reduzidos<sup>(5)</sup>.

Muitas doenças crônicas, como são as doenças cardiovasculares, podem ser evitadas através da realização de exercícios físicos aeróbicos regulares, por reduzirem os seus fatores de risco, a hipertensão arterial e a dislipidemia<sup>(6)</sup>. O exercício físico aeróbico regular diminui os riscos para as doenças cardiovasculares, pois melhora o perfil lipídico<sup>(7)(8)</sup>. Estudos demonstraram que exercícios físicos aeróbicos prolongados, proporcionam modestas reduções nos níveis de triglicerídeo, colesterol total e LDLc e grandes aumentos nos níveis de HDLc<sup>(5)</sup>.

O crescimento da população de idosos é um fenômeno mundial. Em 1950 eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo e, já em 1998, quase cinco décadas depois, este número chegava a 579 milhões de pessoas, um crescimento de quase 8 milhões de idosos por ano. Segundo projeções estatísticas, em 2050, a população idosa terá um aumento considerável em relação a anos anteriores. As conseqüências do crescente número de idosos implicam em aumento das demandas sociais, e passam a representar um grande desafio político, social e econômico<sup>(9)(10)</sup>.

Um dos problemas enfrentados nesta faixa etária é o sedentarismo<sup>(11)</sup>. As imposições sócio culturais são determinantes mais efetivos para o sedentarismo na terceira idade do que a incapacidade funcional<sup>(12)</sup>. Para que o indivíduo da terceira idade tenha qualidade de vida é necessário uma velhice saudável que depende de relações interpessoais<sup>(13)</sup>. Neste sentido, a dança de salão é uma atividade importante para esta faixa etária, favorecendo a sociabilização e reduzindo o sedentarismo<sup>(14)</sup>. Sendo assim, o presente estudo objetivou traçar o perfil lipídico de idosas hipertensas inseridas num grupo de dança de salão.

## 2.4 Material e Métodos

O perfil lipídico compreende as dosagens do colesterol total, triglicerídeos, HDL- colesterol e LDL- colesterol, quando possível. Os três primeiros são dosados e o último segue a fórmula de *Friedewald* ( $LDL-C = CT - HDL-C - TG/5$ ): (pode ser utilizada quando  $TG < 400$  mg/dL). A Tabela 1 demonstra os valores de referência para caracterização do perfil lipídico<sup>(1)</sup>.

**Tabela 1: Valores de referência para caracterização do perfil lipídico para > 20 anos Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2001**

<b>Lipídeos</b>	<b>Valores (mG/dL)</b>	<b>Classificação</b>
<b>Colesterol Total</b>	<b>&lt; 200</b>	<b>Ótimo</b>
	<b>200 – 239</b>	<b>Limítrofe</b>
	<b>≥ 240</b>	<b>Alto</b>
<b>LDL</b>	<b>&lt; 100</b>	<b>Ótimo</b>
	<b>100 – 129</b>	<b>desejável</b>
	<b>130 – 159</b>	<b>Limítrofe</b>
	<b>160 – 189</b>	<b>Alto</b>
	<b>≥ 190</b>	<b>Muito Alto</b>
<b>HDL</b>	<b>&lt; 40</b>	<b>Baixo</b>
	<b>&gt; 60</b>	<b>Alto</b>
<b>Triglicerídeos</b>	<b>&lt; 150</b>	<b>Ótimo</b>
	<b>150 – 199</b>	<b>Limítrofe</b>
	<b>200 – 499</b>	<b>Alto</b>
	<b>≥ 500</b>	<b>Muito Alto</b>

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2001).

O presente estudo teve um delineamento longitudinal e descritivo com abordagem quantitativa. Foi iniciado após o projeto ter sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde/UFPE protocolo nº 319/09, de acordo com a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as participantes do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido e receberam acompanhamento médico periódico.

O perfil lipídico foi detectado mediante coleta sanguínea e parâmetros de referência da Sociedade Brasileira de Cardiologia, tendo como variáveis de estudo o colesterol total; HDLc; LDLc e triglicerídeos. A coleta foi realizada no início (T0); com sessenta dias (T1) e ao final do estudo (TF) com cento e vinte dias. A coleta do sangue (10,0 mL) para medição

do perfil lipídico foi feita por punção venosa periférica, obediência às técnicas do procedimento como critérios de anti-sepsia, precaução para material orgânico e pérfuro-cortante, respeito à integridade e privacidade dos participantes do estudo, após jejum noturno de 12 horas no horário matinal e por alunos do curso de enfermagem especialmente treinados para esse fim.

As amostras sanguíneas foram acondicionadas em tubos de ensaio, os tubos dispostos em engradados e postos em caixas térmicas. Dessa maneira encaminhadas ao laboratório de análises clínicas de referência da unidade de saúde no município. As amostras foram analisadas em kits da marca registrada Labtest.

A atividade de dança de salão foi realizada nas proximidades da Unidade Básica de Saúde da Família da Bela Vista visando maior comodidade às participantes do estudo por localizar-se na comunidade em que residem.

O programa de exercício físico aeróbico utilizado foi a dança de salão dividida em 03 (três) sessões semanais de 45 (quarenta e cinco) minutos, em dias alternados, por um período de 120 (cento e vinte dias). Foi utilizada a intensidade de leve a moderada, de acordo com a percepção subjetiva do esforço<sup>(15) (16)</sup>.

As idosas convocadas a participarem do estudo foram àquelas vinculadas ao grupo de idosas da Unidade Básica de Saúde da Bela Vista inseridas no programa de dança de salão. Num total de 29 idosas hipertensas incluídas no programa de dança de salão, 21 apresentaram perfil lipídico alterado na primeira coleta sanguínea.

Quanto ao método estatístico, inicialmente foi testada a normalidade dos dados através do teste de *Kolmogorov Smirnov*, seguido de uma análise descritiva por meio de média e desvio padrão, valores mínimos e máximos. Posteriormente, aplicou-se uma correlação de Pearson e comparação ANOVA entre as variáveis estudadas. Todas as análises foram realizadas no Programa SPSS versão 18.0. O nível de significância utilizado na decisão dos testes estatísticos foi de 5,0%.

## **2.5 Resultados e Discussões**

Participaram desta pesquisa somente idosas do sexo feminino, todas apresentando diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e em tratamento medicamentoso. O grupo era constituído por pessoas com idade variando entre 60 a 85 anos com média de 68,14 ± 6,91 anos.

Nas Tabelas 2, 3, 4 e 5 observa-se a distribuição dos valores máximos e mínimos, média e desvio padrão para o colesterol total, LDLc, HDLc e triglicérides no tempo zero (T0), (T1) com sessenta dias do início e (TF) ao final de cento e vinte dias de pesquisa. Os valores apresentados na média colocam o TG na classificação limítrofe e ótima de acordo com a SBC<sup>(1)</sup>. O CT e o LDLc apresentaram um comportamento oscilatório, ora valores limítrofes ora valores altos. Os valores da média do HDLc ficaram acima dos valores considerados baixos pela SBC<sup>(1)</sup>.

**Tabela 2: Valores máximos e mínimos, média e desvio padrão para o colesterol total de idosas hipertensas de um grupo de dança de salão, Vitória de Santo Antão-PE.**

Variáveis	Média	Desvio	Valor Mínimo	Valor Máximo
<b>CT T0</b>	239,38	26,47	201,40	319,00
<b>CT T1</b>	223,62	34,16	177,00	283,00
<b>CT TF</b>	245,25	30,13	190,00	300,00

Legenda: CT (colesterol total); T0 (tempo zero) – anterior à dança de salão; T1 (tempo 1) - após sessenta dias do início da dança; TF (tempo final) – decorrido 120 dias de dança de salão.

**Tabela 3: Valores máximos e mínimos, média e desvio padrão para o LDLc de idosas hipertensas de um grupo de dança de salão, Vitória de Santo Antão-PE.**

Variáveis	Média	Desvio	Valor Mínimo	Valor Máximo
<b>LDL T0</b>	160,24	24,18	125,00	223,00
<b>LDL T1</b>	147,85	30,14	112,00	211,00
<b>LDL TF</b>	174,95	25,71	124,00	226,00

Legenda: LDL – Lipoproteína de baixa densidade; T0 (tempo zero) – anterior à dança de salão; T1 (tempo 1) - após sessenta dias do início da dança; TF (tempo final) – decorrido 120 dias de dança de salão.

**Tabela 4: Valores máximos e mínimos, média e desvio padrão para o HDLc de idosas hipertensas de um grupo de dança de salão, Vitória de Santo Antão-PE.**

Variáveis	Média	Desvio	Valor Mínimo	Valor Máximo
<b>HDL To</b>	43,67	4,39	38,00	57,40
<b>HDL T1</b>	44,30	9,89	38,00	82,00
<b>HDL TF</b>	41,85	2,32	38,00	48,00

Legenda: HDL – lipoproteína de alta densidade; T0 (tempo zero) – anterior à dança de salão; T1 (tempo 1) - após sessenta dias do início da dança; TF (tempo final) – decorrido 120 dias de dança de salão.

**Tabela 5: Valores máximos e mínimos, média e desvio padrão para o triglicerídeos de idosos hipertensas de um grupo de dança de salão, Vitória de Santo Antão-PE.**

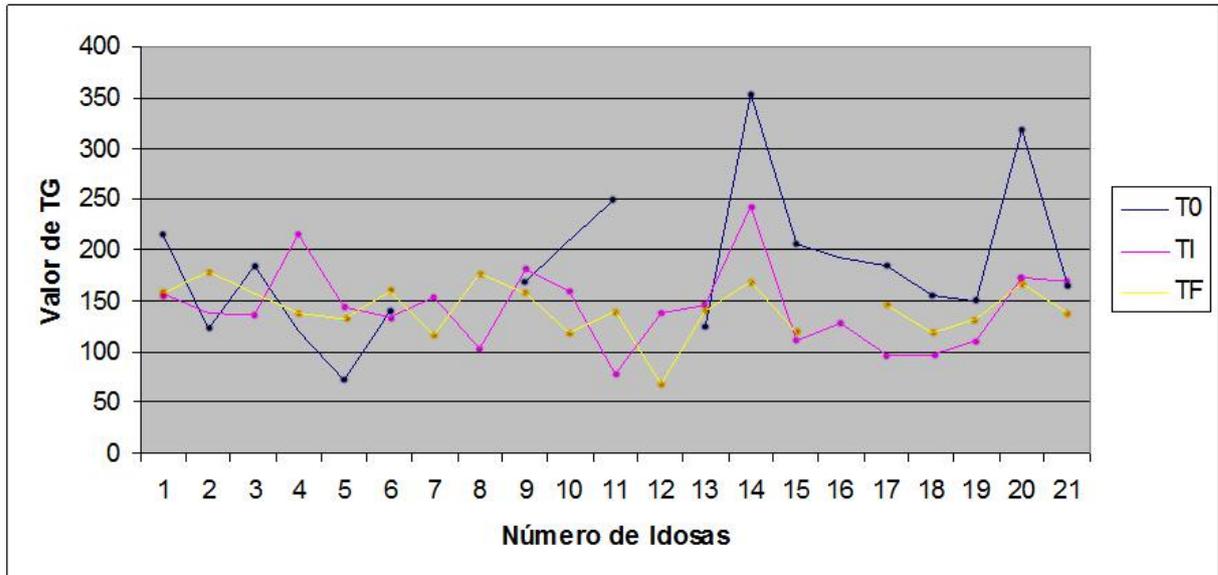
Variáveis	Média	Desvio	Valor Mínimo	Valor Máximo
<b>TG To</b>	184,92	69,55	71,60	354,00
<b>TG T1</b>	143,24	39,63	77,00	243,00
<b>TG TF</b>	141,20	26,24	67,00	178,00

Legenda: TG (triglicerídeos); T0 (tempo zero) – anterior à dança de salão; T1 (tempo 1) - após sessenta dias do início da dança; TF (tempo final) – decorrido 120 dias de dança de salão.

Na análise com a correlação de Pearson, as variáveis CT e LDLc apresentaram coeficiente positivo, ou seja, quanto maior o CT maior o LDLc, com forte correlação. Já as variáveis TG e HDLc apresentaram coeficiente de Pearson negativo e variaram de modo inversamente proporcional e correlação moderada.

A Figura 1 mostra que os valores de triglicerídeos tendem a diminuir com o tempo prolongado de dança, esta tendência é observada comparando as curvas para os tempos T0, T1 e TF.

**Figura 1: Variação do TG conforme período da prática da dança de salão, Vitória de Santo Antão – PE**



**Legenda:** TG: triglicerídeos; T0:tempo zero – anterior à dança de salão; T1:tempo 1 após sessenta dias do início da dança;TF:tempo final – decorrido 120 dias de dança de salão. Observa-se que houve lacuna em T0 e TF, relacionada a ausência da idosa no procedimento de coleta sanguínea.

A magnitude do envelhecimento populacional é um problema de saúde pública e é uma preocupação mundial. Envelhecer é um processo natural onde há diminuição da reserva funcional, mas em condições normais, não provoca problemas<sup>(17)</sup>. A preocupação está no fato de que estão associadas ao envelhecimento as doenças crônicas<sup>(18)</sup> e é comum que idoso tenha pelo menos uma doença crônico-degenerativa<sup>(19)</sup>.

As doenças crônicas, em especial as cardiovasculares, são as que mais matam na atualidade<sup>(19)</sup>, o novo perfil de mortalidade reflete o estilo de vida da população, já que as doenças crônicas estão ligadas à inatividade física, ao consumo abusivo de álcool, tabaco e alimentação inadequada<sup>(20)</sup>.

Alimentação inadequada e inatividade física estão associadas a hiperlipidemia, obesidade e hipertensão arterial deixando o idoso mais vulnerável às doenças crônicas<sup>(21)</sup>, mas esses fatores de risco são modificáveis.

A hipercolesterolemia é mais prevalente em mulheres idosas do que em homens idosos<sup>(22)</sup>.

No presente estudo foi avaliado o perfil lipídico de 29 mulheres portadoras de hipertensão arterial sistêmica na faixa etária de 60 a 85 anos com média de  $68,14 \pm 6,91$  anos. Dessas 29 idosas, 21 apresentaram hiperlipidemia na primeira coleta, uma prevalência de 72,41%. A primeira coleta foi realizada anteriormente ao início de um programa regular de exercício físico aeróbico, a dança de salão.

Com mais duas coletas seguintes, com sessenta e cento e vinte e um dias, os valores apresentados na média colocam o TG na classificação limítrofe e ótima de acordo com a SBC<sup>(1)</sup>. O CT e o LDLc apresentaram um comportamento oscilatório, ora valores limítrofes ora valores altos. Os valores da média do HDLc ficaram acima dos valores considerados baixos pela SBC<sup>(1)</sup>.

Observou-se que os valores de triglicérides tendem a diminuir com o tempo prolongado de dança.

Dados encontrados em um estudo randomizado, com quatro intervenções: exercício aeróbico; dieta; dieta e exercício; ou nenhum tratamento, da Universidade de Stanford que avaliou 377 idosos, entre eles 180 mulheres na pós menopausa com baixos níveis de HDLc e níveis moderadamente elevados de LDLc, mostraram os seguintes resultados: não houve mudanças significativas no HDLc entre os grupos. Houve uma redução significativa do LDLc no grupo da dieta associada a exercícios quando comparado ao grupo controle. No grupo da dieta isolada não houve redução significativa do LDLc em relação ao controle. Não houve redução significativa do LDLc no grupo da dieta associada a exercícios quando comparado com o exercício isolado. Esses dados apontam para um efeito benéfico do exercício físico no perfil lipídico<sup>(23)</sup>.

Em um estudo transversal realizado com idosos em Novo Hamburgo – RS, de janeiro a julho de 2005, em relação ao perfil lipídico foram encontrados os seguintes dados: os valores do TG ficaram 109 (87 a 129) e do HDLc  $50 \pm 12$  (n=88, sexo feminino, sem síndrome metabólica). Vale salientar que os idosos estavam inseridos no projeto desde o ano de 2001<sup>(24)</sup>.

Iniciar um exercício físico, independente de sua intensidade, reduz o risco de doenças cardiovasculares<sup>(25)</sup>.

A continuidade do exercício físico exerce forte importância nos resultados, tendo em vista serem os efeitos benéficos decorrentes da continuidade da prática<sup>(26)</sup>.

Os resultados do presente estudo apontam para uma tendência à redução do perfil lipídico aos seus níveis desejáveis e estão em acordo com estudos da mesma natureza.

## **2.6 Conclusões**

Os resultados do presente estudo mostraram que houve correlação entre as variáveis CT e LDLc, quanto maior o CT maior o LDLc. As variáveis TG e HDLc também apresentaram correlação mas com um comportamento diferente variando de modo

inversamente proporcional. Os resultados mostraram ainda que os valores de triglicerídeos diminuíram com o tempo prolongado de dança.

Tendo em vista esses resultados, verifica-se a necessidade do grupo pesquisado manter essa atividade física para permanecer com os resultados alcançados, o que justifica a continuidade do projeto como proposta de ação de saúde para as idosas atendidas na Unidade Básica de Saúde da Família da Bela Vista, tornando-se modelo para outras unidades do Município de Vitória de Santo Antão - PE.

## 2.7 Referências

1. (SBC) Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2001; 77 supl. III: 1-48.
2. BERTOLINO C.N., CASTRO T.G., SARTORELLI D.S., FERREIRA S.R.G., CARDOSO M.A. Influência do consumo alimentar de ácidos graxos trans no perfil de lipídios séricos em nipo-brasileiros de Bauru. São Paulo. Brasil. Cad. Saúde Pública. 2006 22(2).
3. MCARDLE W.D., KATCH F.L., KATCH V.L. Fundamentos de fisiologia do exercício. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
4. MELLO A.P.Q. Lipoproteína de Baixa Densidade Eletronegativa (LDL-) em Indivíduos com Diferentes Níveis de Risco Cardiovascular: Parâmetros Nutricionais e Bioquímicos. São Paulo. USP/FSP. 2007. 151p.
5. POLLOCK M.L. & WILMORE J.H. Exercícios na saúde e na doença. 2 ed. Rio de Janeiro: MEDSI. 1993.
6. KATCH F.I., McARDLE W.D. **Nutrição, exercício e saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1996.
7. ACHTEN, GLEESON e JEUKENDRUP. Determination of the exercise intensity that elicits maximal fat oxidation. Birmingham, USA: Medicine and Science in Sports and Exercise, 2002.
8. DÂMASO, A. Nutrição e exercício na prevenção das doenças. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. 433p.
9. Crescimento da População Idosa. 2009. In: Portal de Extensão – UFAL. Disponível em: <http://portaldeextensao.wikidot.com/introducao>. acesso em: 24.01.2011.
10. (IBGE) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2002.
11. SAMPAIO C.A. Relação da Atividade Física com os Idosos. *saudeemmovimento.com.br*. Acesso em 29.04.2009.

12. SPIRDUSO W.W. Physical dimensions of aging. Champaign: Human Kinetics, 1995. 432p.
13. NERI A.L. Qualidade de Vida no Adulto Maduro: Interpretações Teóricas e Evidências de Pesquisa. In: Qualidade de Vida e Idade Madura. Campinas: Papyrus Editora. 1993.
14. CALDAS C.P. Educação para a saúde: a importância do auto cuidado. In: VERAS R.P. Terceira Idade. Rio de Janeiro. 1999.
15. BORG G. **Escalas de Borg** para a Dor e o esforço Percebido. São Paulo: Manole. p 115. 2000.
16. PEREIRA M.M., SAFONS M.P. **Metodologia da dança de salão para Idosos**. In: SAFONS M.P., PEREIRA M.M.(Org.). Educação Física para idosos: por uma prática fundamentada. Brasília. FEF/Unb. p 159. 2004.
17. BRASIL. Informações de Saúde – Estatísticas de Morbidade. Brasília: Ministério da saúde, 2007.
18. GUCCIONE A. A. Fisioterapia geriátrica. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
19. BRASIL. Informações de Saúde – Estatísticas de Mortalidade. Brasília: Ministério da saúde, 2007a.
20. BACHION M.M., ARAÚJO L.A.O. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: perfil de idosos assistidos por uma equipe. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília-DF, 2004; 57 (2): 586-590.
21. WAITZBERG, D.L, FERRINI, M.T. Exame Físico e Antropometria. In: Waitzberg DL. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 3a ed. São Paulo: Atheneu, **2000**. p.255- 78.
22. MORIGUCHI E., MICHELON E., VIEIRA J. Dislipidemia em idosos. In: FREITAS E.L, NERI A., CANCADO F., GORZONI M., ROCHA S. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2002:239-48.
23. STEFANICK M.L., MACKEY S., SHEEHAN M., ELLSWORTH N., HASKELL W.L., WOOD P.D. Effects of diet and exercise in men and postmenopausal women with low levels of HDL cholesterol and high levels of LDL cholesterol. N Engl J Med. 1998;339:12-20.
24. DALACORTE R.R. Síndrome Metabólica e Atividade Física em Idosos de uma Comunidade do Sul do Brasil. PUC/RS. Porto Alegre. 2008. 88p.
25. PAFFENBARGER R., BLAIR S. Exercício na prevenção primária da doença arterial coronariana. In: POLLOCK M., SCHMIDT D. Doença cardíaca e reabilitação. 3 ed. Rio de Janeiro: Revinter 2003:159-65.
26. WANNAMETHEE S.G., LOWE G.D., WHINCUP P.H., RUMLEY A., WALKER M., LENNON L. Physical activity and hemostatic and inflammatory variables in elderly men. Circulation. 2002;105:1785-90.

## **CAPÍTULO 3**

**Formação do Grupo de Idosas ‘Além do Passo’ na Unidade Básica de Saúde da Família da Bela Vista, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2010 – Um Relato de Experiência.**

**Formation of the Elder’s Group ‘Além do Passo’ in The Basic Unit of Family Health of Bela Vista, Vitória de Santo Antão, PE, Brazil, 2010 - An Experience Report.**

Osinez Barbosa de Oliveira  
Flavio Campos de Moraes  
Amanda Adriely Amorim de Santana  
Maria Luisa Greco Santana de Oliveira  
Amelia Doralice da Silva Santos  
Ana Patricia Falcão  
Silvana Gonçalves Brito de Arruda  
Florisbela de Arruda Camara e Siqueira Campos

### **3.1 Resumo**

O presente artigo é um relato de experiência da formação do grupo de idosos de uma Unidade de Saúde da Família em Vitória de Santo Antão-PE. Diante da inquestionável magnitude do envelhecimento populacional e por ser a formação de grupos de convivência uma proposta adotada pelas Unidades de Saúde da Família, objetivou-se com a composição do grupo promover: educação em saúde; bem estar físico e mental; vinculação entre a equipe e os comunitários; respeito à cidadania; elevação da auto-estima e interação social. Trata-se de uma pesquisa do tipo transversal e descritiva com abordagem qualitativa. Foi realizada uma entrevista dirigida com 21 idosas através de um questionário com perguntas fechadas e abertas com o anseio de identificar o nível de satisfação, a compreensão e as perspectivas das integrantes do grupo. As respostas foram analisadas e

apresentadas em forma de gráfico e transcrição de respostas. A discussão aponta para a afirmação de que a participação em atividades de grupo tem um impacto positivo na saúde e qualidade de vida do idoso.

**Palavras-Chave: Envelhecimento, Grupo de Idosos, Dança de Salão, Estratégia Saúde da Família.**

### **3.2 Abstract**

This article is an experience of training group of elderly people from one unit of family health in Vitória de Santo Antão-PE. Against the unquestioned magnitude of the aging population and for being the training in social groups, a proposal adopted Units of Family Health, it was objectified with the group composition promote: health education, physical and mental welfare; linking between the team and the community; respect to citizenship, raising self-esteem and interaction social. This is a transverse and descriptive research with qualitative approach. An interview was performed directed with 21 aged ones through a questionnaire with closed and open questions with longing to identify the level of satisfaction, understanding and perspectives of group members. The answers had been analyzed and presented as graphic and transcribing answers. The discussion points that participation in group activities has an positive impact in the elder's health and the quality of life.

**Keywords: Aging, Group for the Elderly, Dance Hall, Family Health Strategy.**

### **3.3 Introdução**

Envelhecimento é um processo natural com diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos (senescência), o que em condições normais, não costuma provocar problemas<sup>(1)</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (WHO) considera o período de 1975 a 2025 como a era do envelhecimento, devido ao grande crescimento de idosos em relação à população geral<sup>(2)</sup>.

Segundo dados encontrados no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população idosa brasileira vem crescendo de forma muito acelerada. Em 2000, a população com 60 anos ou mais era cerca de 14 milhões, correspondendo a 8,6% da

população brasileira. As projeções para o ano 2025 indicam que o Brasil poderá ter um número maior que 30 milhões de idosos, chegando ao 6<sup>o</sup> lugar no ranking mundial<sup>(3)</sup>.

O processo de envelhecimento é mais freqüentemente relatado em regiões mais desenvolvidas do país, sendo que aproximadamente 75% dos idosos no Brasil, vivem nas regiões sudeste e nordeste. As marcantes diferenças entre essas regiões, em termos de indicadores socioeconômicos e situação de saúde, são bem conhecidas e influenciam na expectativa de vida<sup>(4)</sup>.

É comum que o idoso tenha pelo menos uma doença crônico-degenerativa. As doenças do aparelho circulatório são as que mais matam homens e mulheres no Brasil. Segundo o Ministério da Saúde (MS) houve uma mudança no perfil da mortalidade no país, acompanhando a tendência mundial de mais mortes por doenças crônicas que violentas<sup>(5)</sup>.

Para o MS, o novo perfil de mortalidade reflete a urbanização rápida e o desenvolvimento do país e uma mudança no estilo de vida para a população, já que as doenças crônicas estão ligadas à inatividade física, ao consumo abusivo de álcool, tabaco e alimentação inadequada<sup>(6)</sup>. Uma estratégia de redução dessas doenças pode ser a inclusão de ações de promoção da saúde a exemplo das atividades físicas regulares, propostas nas diretrizes da *American Heart Association*<sup>(7)</sup>.

Em 1994, com o objetivo de reorientar o modelo de assistência à saúde e como uma alternativa ao modelo tradicional de atenção à saúde, com novos paradigmas, estabelecendo vínculos, compromissos e co-responsabilidades, entre profissionais de saúde e população, o MS implantou o Programa de Saúde da Família - PSF. Um modelo de atenção à saúde dentro da comunidade e dentro de um núcleo menor, a família. Atualmente, o PSF é definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização.

O objetivo da ESF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e realizado principalmente no hospital. Neste modelo a atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social. Sendo uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e família, do recém-nascido ao idoso, sadio ou doente, de forma integral e contínua<sup>(8)</sup>.

Com a Estratégia, o MS almeja ações de saúde resolutivas e de baixo custo exercidas, inicialmente, por uma equipe mínima composta por médico e enfermeiro com competências profissionais voltadas a prevenção de doenças e promoção de saúde. Porém

merece destaque uma abordagem multidisciplinar para abranger todas as instâncias das doenças crônicas.

Em 2003 a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) elaborou um documento que trata sobre uma Estratégia Mundial de Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde na prevenção de doenças crônicas e obesidade. Diversos estudos já apontam a evidência da adoção de práticas saudáveis na melhoria da qualidade de vida, por seu importante papel como elemento não medicamentoso, além de ser uma atividade lúdica<sup>(9)</sup>.

Alguns autores reconhecem que o trabalho de grupo pode ser uma estratégia que leva à promoção da saúde, bem como pesquisas demonstram que em grupo é mais fácil aprofundar discussões, ampliar conhecimentos sobre temas relacionados à saúde, conduzir processo de educação em saúde, estimular a adoção de hábitos saudáveis, contribuir para mudança de comportamento, além de promover a socialização do conhecimento em saúde<sup>(10)</sup>. Uma das propostas das Unidades de Saúde da Família (USF) é trabalhar com a coletividade identificando fatores de risco e neles intervindo de forma apropriada, promovendo, assim, a formação de grupos de convivência.

Nesse sentido, os profissionais da Unidade Básica de Saúde da Bela Vista – USF em Vitória de Santo Antão-PE, desde o ano de 2009 objetivavam a formação de um grupo de convivência de idosos, porém neste ano sem êxito. Em março de 2010, dois projetos do Mestrado em Saúde Humana e Meio Ambiente da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, Centro Acadêmico de Vitória- CAV intitulados Impacto da dança de salão na redução da pressão arterial e da dislipidemia, com vistas a reduzir a hipertensão arterial e dislipidemia em idosos utilizando a dança de salão foram apresentados e aceitos como proposta de início da formação do grupo de idosos. Além desses objetivos também seriam contemplados educação em saúde, bem estar físico e mental, vinculação entre a equipe e os comunitários, respeito à cidadania, elevação da auto-estima e interação social. Esses objetivos são importantes para assegurar a autonomia e qualidade de vida dos idosos.

### **3.4 Material e Métodos**

O presente artigo é um relato de experiência com o objetivo de descrever a trajetória de formação do grupo, o olhar e as perspectivas dos seus integrantes. Trata-se de uma pesquisa do tipo transversal e descritiva com abordagem qualitativa, o estudo qualitativo é o tipo de estudo indicado para se descrever, analisar e atuar sobre um fenômeno ou

característica<sup>(11)</sup>. A abordagem qualitativa é adequada para estudar situações sociais que envolvem a complexidade da comunicação<sup>(12)</sup>.

Inicialmente pensava-se em grupo de convivência, mas posteriormente essa idéia foi dando espaço à formação de um grupo operativo que tem como objetivo a promoção da saúde e visa proporcionar aos participantes bem-estar e aprendizagem em termos de resolução das dificuldades e problemas, além de encorajar a ajuda recíproca, em que cada um cuida de si, do outro, da comunidade e do meio ambiente, através de atividades físicas, recreativas, interativas e sociais<sup>(10)</sup>. A técnica de grupos operativos pressupõe um sujeito ativo que, ao interagir com o meio ambiente, constrói o seu ritmo de vida. Essa técnica pode contribuir para a adesão ao tratamento e maior responsabilidade em relação à doença, com conseqüente melhoria da qualidade de vida<sup>(13)</sup>.

Idosas hipertensas foram convocadas, pelos agentes comunitários de saúde, a participarem de uma reunião na USF. Os pesquisadores apresentaram os projetos de pesquisa; explicaram os riscos e benefícios; os resultados esperados e, em seguida realizaram o convite, neste momento apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o critério de escolha da amostra foi a demanda espontânea. O projeto de pesquisa foi previamente aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE parecer nº 319/09 conforme res. 196/96-CNS.

Após 05 (cinco) meses de formação do grupo surgiu a necessidade de avaliar o seu impacto sobre a compreensão, satisfação e perspectivas das idosas em relação ao grupo. Nesse contexto, foi aplicada uma pesquisa por meio de entrevista dirigida, adaptada e resumida do **ESTADO GERAL DE SAÚDE – SF 36 – Versão em português do *Medical Outcomes Study 36 – Item short form health survey*** Questionário traduzido e validado para o português em 1997 por Ciconelli <sup>(14)</sup>. A amostra foi de vinte e uma idosas. O instrumento utilizado na entrevista foi um questionário com perguntas fechadas e abertas que possibilitou as entrevistadas darem respostas livres. Os dados foram analisados e são apresentados a seguir em forma de gráficos e transcrição de respostas, respeitando o sigilo e a privacidade das entrevistadas.

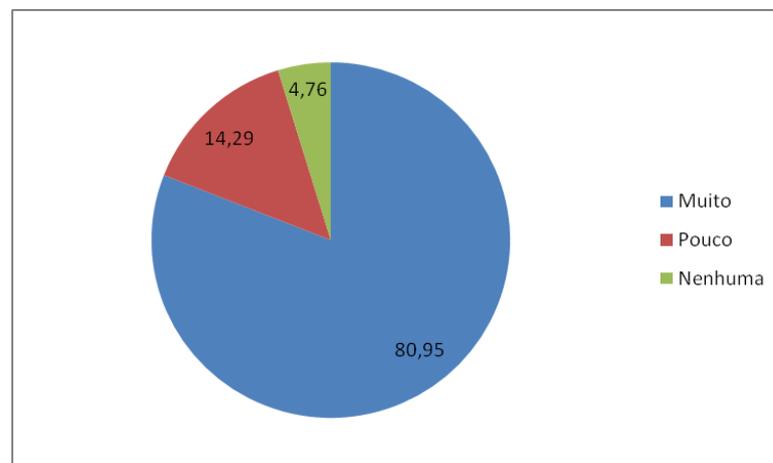
### 3.5 Resultados e Discussões

Todos os sujeitos entrevistados foram do sexo feminino num total de 21. A faixa etária foi de 60 a 85 anos.

Quando as entrevistadas foram perguntadas sobre a melhora em sua saúde física, auto-estima e relacionamento com a equipe de saúde ao ingressarem no grupo, a resposta foi unânime em afirmar que melhorou muito, da mesma forma quando perguntadas sobre o nível de satisfação.

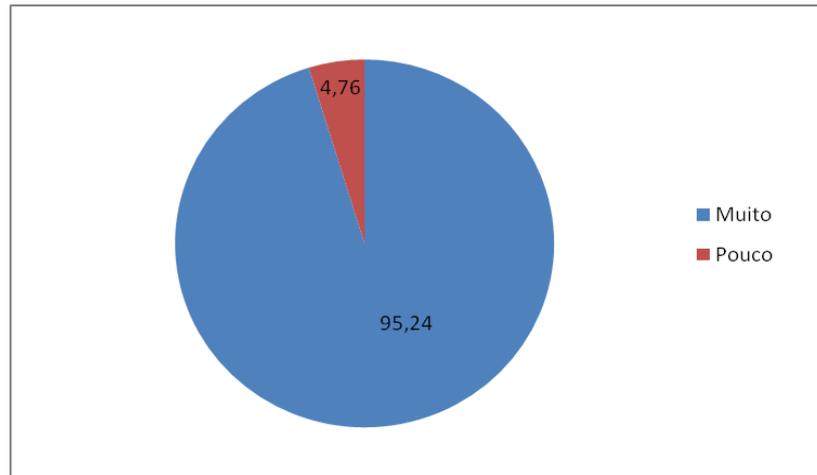
Na Figura 1, em relação a melhora na saúde psicológica, 80,95% das idosas respondeu que melhorou muito, 14,29% que melhorou pouco e 4,76% respondeu que não houve melhora alguma.

**Figura 1 – Respostas, valores em percentual, para a pergunta: melhora na sua saúde psicológica após o grupo.**



Na Figura 2, para a pergunta melhora no entrosamento com as colegas do grupo, 95,24% das entrevistadas respondeu que melhorou muito e 4,76% respondeu que melhorou pouco.

**Figura 2 – Respostas, valores em percentual, para a pergunta: entrosamento com as colegas do grupo**



A seguir são apresentados resultados encontrados em outras pesquisas acerca dos relatos de experiência com grupo de idosos, estes resultados podem ser comparados aos encontrados no presente estudo por serem bastante semelhantes:

Em sua maioria, eles não apresentam sinais de depressão, relacionam-se bem com suas famílias e amigos, são independentes para as atividades básicas do dia-a-dia e consideram-se bem de saúde: estamos falando dos idosos que freqüentam grupos de convivência<sup>(15)</sup>.

Quanto aos aspectos de saúde, mais de 85% dos entrevistados disseram apresentar pelo menos uma doença, sobretudo sintomas cardíacos e, entre as síndromes geriátricas, a incontinência urinária. O alto percentual de idosos com algum problema de saúde não impediu que a grande maioria deles avaliasse sua saúde como boa ou ótima<sup>(15)</sup>.

**Transcrevendo as Respostas para a Pergunta:** Quais são as suas perspectivas em relação ao grupo para o futuro?

E1, E2, EN, foram usados para identificar as entrevistadas e garantir o sigilo dos seus nomes. A ordem obedecida foi a crescente levando em consideração a idade das mesmas.

*“melhorar na dança e na saúde” E1, 60 anos.*

*“viver mais e melhor com a dança” E2, 61 anos.*

*“pretendo continuar cada vez mais” E3, 62 anos.*

*“que tenha sempre mais dança” E4, 62 anos.*

*“melhorar mais a saúde e espero que nunca acabe a atividade” E5, 63 anos.*

*“vou continuar enquanto existir” E6, 64 anos.*

*“melhorar a saúde pois já melhorou muito depois da dança” E7, 66 anos.*

*“pretendo continuar para melhorar a minha vida” E8, 66 anos.*

*“pretendo continuar para melhorar minha auto-estima e me distrair” E9, 67 anos.*

*“pretendo continuar para melhorar e desenferrujar os ossos” E10, 68 anos.*

*“melhorar mais a saúde e a pressão arterial” E11, 69 anos.*

*“vou continuar, só não venho se não puder” E12, 69 anos.*

*“tenho que continuar e não parar, pois é muito bom” E13, 70 anos.*

*“vou continuar, só deixo quando morrer ou adoecer” E14, 70 anos.*

*“espero mais saúde e melhor qualidade de vida” E15, 70 anos.*

*“vou continuar, só se eu adoecer para não vir” E16, 71 anos.*

*“espero mais saúde física e mental” E17, 72 anos.*

*“enquanto tiver dança continuo, pois me sinto cada vez melhor” E18, 77 anos.*

*“vou continuar porque estou me sentindo muito bem” E19, 80 anos.*

*“continuar na dança e em toda benção que vier” E20, 82 anos.*

*“vejo a dança como divertimento e saúde, pretendo continuar” E21, 85 anos.*

Depoimentos extraídos do relato de experiência MUDOU, MUDOU TUDO NA MINHA VIDA: EXPERIÊNCIAS DE IDOSOS EM GRUPOS DE CONVIVÊNCIA NO MUNICÍPIO DE IJUÍ/RS<sup>(16)</sup>:

*“Ah! mudou muito, mudou muito, eu me sinto melhor, eu me sinto mais jovem...(ent. 6)”*

*“Mudou porque agora tenho vida, mudou de mil por hora, tenho só alegria, tristeza terminou, até no físico...(ent. 8)”.*

*“É jóia de a gente tá junto com o grupo, a gente dá risada, passa uma hora que a gente nem vê (ent. 3)”.*

*“Porque eu andava muito doente, daí eu sofria do coração né, daí eu tinha problema, daí o doutor disse que eu tinha que ter uma atividade né... daí eu comecei a vim nos baile né..., e sai em excursões e praia e faço ginástica, a gente faz viagens, não é só o baile. Por isso que a gente... daí eu comecei participar disso daqui ( Ent.2)”.*

Pode-se observar dos resultados ora apresentados, que as idosas participantes do estudo demonstraram elevado nível de satisfação por estarem inseridas nas atividades do grupo e resultados comparáveis são encontrados em outros relatos de experiência. Observa-se também nas respostas, melhora na saúde física e psicológica, na auto-estima, no acesso aos serviços da unidade de saúde por ter havido melhora no relacionamento com a equipe de saúde, e, socialização pela formação de novas amigas em sua faixa etária. Desse modo melhorando a compreensão de si mesmo, das suas relações e do ambiente em que vivem. Um dado muito animador, todas as idosas relataram o desejo de continuarem inseridas nas atividades do grupo.

### **Descrevendo a Formação do Grupo**

Em reunião agendada pela equipe da USF, os projetos de pesquisa do Programa de Pós Graduação e Saúde Humana e Meio Ambiente – PPGSHMA do Centro Acadêmico da Vitória – CAV/UFPE foram apresentados aos idosos hipertensos atendidos na USF Bela Vista. Os pesquisadores explicaram os riscos e benefícios; os resultados esperados e, em seguida realizaram o convite, neste momento apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme descrito anteriormente no item material e método. Inicialmente o convite foi visto com uma certa desconfiança e somente 08 idosas aderiram a pesquisa. Com o desenrolar da atividade física entre outras atividades descritas a seguir, e identificando o nível elevado de satisfação das participantes, mais idosas despertaram o interesse em participar e o grupo ao final do quinto mês foi estendido a um total de 50 idosas, com espaço aberto para demais adesões. Vale salientar que somente pessoas do sexo feminino fazem parte do grupo porque foi uma exigência das pioneiras. Tendo em vista o quantitativo de 50 (cinquenta) integrantes o espaço físico da unidade tornou-se pequeno e os encontros hoje são realizados no salão de festas da Paróquia Nossa Senhora da Conceição Aparecida e São João Batista. Preferiu-se a formação de um grupo operativo em detrimento a um grupo de convivência, pelo fato de o grupo operativo ter como objetivo a promoção da saúde e visão de proporcionar aos participantes bem-estar e aprendizagem em termos de resolução das dificuldades e problemas, além de encorajar a ajuda recíproca, em que cada um cuida de si, do outro, da comunidade e do meio ambiente, através de atividades físicas, recreativas, interativas e sociais.

### **Citando as Atividades Exercidas no Grupo**

- **Dança de Salão**
- **Palestras Educativas**
- **Coleta de Material para Exames de Rotina**
- **Consulta Periódica com os Profissionais da Unidade**
- **Passeios**
- **Trabalhos Manuais**
- **Lanches Saudáveis**
- **Bingo**

### **Colaboradores na Formação do Grupo e Desenvolvimento das Atividades**

- **Equipe de Saúde da Unidade de Saúde da Bela Vista**
- **Alunas da Residência Multiprofissional - UFPE**
- **Núcleo de Apoio à Saúde da Família 3**
- **Membros da Paróquia Nossa Senhora da Conceição Aparecida e São João Batista**
- **Alunos do Curso de Nutrição e Enfermagem do CAV UFPE**
- **Equipe do Laboratório de Análises Clínicas**

A experiência de viagens com o grupo de idosas foi algo emocionante, pessoas com 60 anos e mais que nunca haviam saído de sua cidade natal, cidade que fica a aproximadamente 50 quilômetros da capital, agora experimentavam passeios por zoológico, museus e praias. Uma dessas viagens merece destaque, a que foi até a praia de Serrambi em Ipojuca, litoral Sul de Pernambuco, onde foi realizada a confraternização do grupo. Participaram, além das idosas, alguns familiares; quatro profissionais da USF da Bela Vista e o professor de dança. Houve um passeio para que vissem o mar (algumas estavam indo pela primeira vez), nem todas se banharam, mas todas encantaram-se. Foi realizado um alongamento na areia da praia, uma visita a uma pousada local com banho de piscina e almoço, e, por fim a troca de presentes do amigo secreto. Na primeira reunião do grupo após o passeio, as idosas relataram que tinham conhecido o paraíso, que estavam muito felizes com a experiência vivenciada e que nunca sairiam do grupo.

### **3.6 Considerações Finais**

A experiência relatada da formação do grupo de idosas Além do Passo, aponta para um impacto positivo em relação à promoção de um envelhecimento ativo e saudável. A atividade em grupo é facilitadora no processo de desenvolvimento da autonomia, elevação da auto-estima, interação social, criação de vínculos, mudança de comportamento e melhoria na qualidade de vida. A abordagem ao indivíduo idoso, sadio ou não, tem que ser visto de maneira multidisciplinar e intersetorial.

Os resultados deste relato de experiência evidenciam que a estratégia do trabalho em grupo deve ser implementada nas Unidades Básicas de Saúde da Família, e, que o tratamento dispensado aos idosos deve ser pensado dentro de possibilidades não só medicamentosas, mas voltando o olhar para alternativas mais lúdicas e holísticas.

### 3.7 Referências

- 1 BRASIL. Informações de Saúde – Estatísticas de Mortalidade. Brasília: Ministério da saúde, 2007.
- 2 (WHO) World Health Organization. Active ageing: a policy framework. Geneva; World Health Organization; 2002. 59 p.
- 3 (IBGE) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010.
- 4 NEIVA K.M.C., QUEIROZ C.S., CARREIRO L.R.R., CUNHA M.C.B. Estudo Multidimensional das Condições de Saúde de um Grupo de Idosos da Região Sul da Cidade de São Paulo. 2007.
- 5 BRASIL. Informações de Saúde – Estatísticas de Morbidade. Brasília: Ministério da saúde, 2007.
- 6 BACHION M.M., ARAÚJO L.A.O. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: perfil de idosos assistidos por uma equipe. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília-DF, 2004; 57 (2): 586-590.
- 7 LIMA E COSTA F.M.F., GUERRA H.L., BARRETO S.M., GUIMARÃES R.M. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações públicas. Inf. Epidemiol SUS. 2000;9(1):23-41.
- 8 BRASIL. **Manual do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da saúde, 2001.
- 9 OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). Doenças Crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2003. 60p.

- 10 VICTOR J.F., VASCONCELOS F.F., ARAÚJO A.R., XIMENES L.B., ARAÚJO T.L. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade – Relato de Experiência. *Rev. Da Escola de Enfermagem da USP*. 2007; 41(4):724-30.
- 11 RICHARDSON R.J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- 12 MINAYO M. C. S. (Org.). **A pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 9 ed. Rio de Janeiro: Petrópolis, 1998.
- 13 TORRES H.C., HORTALE V.A., SCHALL V. **A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos**. *Cadernos de Saúde Pública* vol.19 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2003.
- 14 **ESTADO GERAL DE SAÚDE – SF 36 – Versão em português do Medical Outcomes Study 36 – Item short form health survey** Questionário traduzido e validado para o português em 1997 por Ciconelli (MARTINEZ, 2002).
- 15 MARQUES F. Grupos de convivência melhoram qualidade de vida dos idosos. 2009. Disponível em: [www.diariodasaude.com.br](http://www.diariodasaude.com.br). Acesso em: 24.09.2010.
- 16 LEITE M.T., CAPPELLARI V.T., SONEGO, J. Mudou, mudou tudo na minha vida: experiências de idosos em grupos de convivência no município de Ijuí/RS. *Revista Eletrônica de Enfermagem* (on-line), v. 4, n. 1, p. 18 – 25, 2002. Disponível em <http://www.fen.ufg.br>. Acesso em: 24.09.2010.

## DISCUSSÃO GERAL E CONCLUSÕES

O exercício físico faz-se importante para a saúde integral do indivíduo e, para que a população idosa adote novos e saudáveis estilos de vida, é preciso que estratégias sejam criadas para essa parcela da população aderir e permanecer em programas de exercício físico regular.

Dentro de uma visão de saúde coletiva e qualidade de vida, a promoção, proteção e recuperação da saúde deve ser pensada de maneira multidimensional. Sem esquecer o biológico, mas sim abrindo espaço para as diversas faces do ser humano, promovendo socialização, lazer, exercício físico, cultura, entre outros aspectos para que o idoso compreenda que o seu momento não é o fim do caminho e sim uma nova oportunidade de continuar vivendo prazerosamente e com saúde.

Mais que um problema de saúde pública, o envelhecimento populacional é um fato e requer atenção das diversas esferas políticas do governo, da saúde ao lazer. Num leque mais amplo, não se resume ao financiamento de aposentadorias, e sim dê significado à vida dessa peculiar parcela da população.

Tendo em vista ser a saúde um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, observou-se nesse estudo que a inserção de idosos em atividades de grupo e prática regular de exercício físico, como a dança de salão, pode contemplar este conceito.

Dessa forma, recomenda-se estudos que visem observar os efeitos de práticas alternativas na qualidade de vida de idosos.

## REFERÊNCIAS

BACHION M.M., ARAÚJO L.A.O. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: perfil de idosos assistidos por uma equipe. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília-DF, 2004; 57 (2): 586-590.

BRASIL. Informações de Saúde – Estatísticas de Morbidade. Brasília: Ministério da saúde, 2007. [acesso em 29/04/2009]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>

BRASIL. Informações de Saúde – Estatísticas de Mortalidade. Brasília: Ministério da saúde, 2007a. [acesso em 29/04/2009]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>

DUARTE A. C. G. Avaliação Nutricional – Aspectos Clínico e Laboratoriais. São Paulo: Atheneu, 2007.

FISBERG R.M, SLATER B., MARTINI L.A. Métodos de Inquéritos alimentares In: Inquéritos alimentares, métodos e bases científicas. São Paulo: Manole, 2005: 1-31.

FONSECA F.A.H, KUYMIJIAN W., IZAR M.C.O, IHARA S.S.M. Hipertensão e Dislipidemias. Revista Brasileira de Hipertensão. São Paulo, 2002; 9 (3): 268-272.

FORJAZ C.L.M, TINUCCI T., BARTHOLOMEU T., Fernandes T. E. M., CASAGRANDE V., MASSUCATO J.G. Avaliação do Risco Cardiovascular e da Atividade Física dos Freqüentadores de um Parque da Cidade de São Paulo. São Paulo, 2002; 79: 35-42.

GARCIA M.A.A., YAGI G.H., SOUZA C.S., ODONI A.P.C., FRIGÉRIO R.M., MERLIN S.S. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. Rev. Latino-americana Enfermagem 2006 março-abril; 14 (2):175-82.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo Demográfico: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2002. [acesso em 29/04/2009]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo Demográfico: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2008. [acesso em 17/12/2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo Demográfico: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010. [acesso em 24/01/2011]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>

KOCH R.M. et al. Técnicas básicas de enfermagem. 20ª ed., Curitiba: Selo XXI, 2004, p. 33.

LIMA E COSTA F.M.F., GUERRA H.L., BARRETO S.M., GUIMARÃES R.M. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações públicas. *Inf Epidemiol SUS*. 2000;9(1):23-41.

LIPSCHITZ D. A. *Screening for nutritional status in the elderly*. *Primary Care*, 21 (1): 55-67, 1994.

LUCENA L., NUNES L., NASCIMENTO C. RELATO DE EXPERIÊNCIA: VENCER COM ARTE. UNIPÊ. João Pessoa. 2009. In: Blog - Fisioterapia Portal Unipê.

LUZZI L.Z. Efeitos da Participação em Oficinas de Inclusão Digital sobre o Desempenho Intelectual e Depressão em Idosos Ativos Residentes na Comunidade. PUC/RS. Porto Alegre. 2006. 73p.

MATSUDO V.K.R., MATSUDO S.M.M., ARAUJO T.L. RIBEIRO, M.A. Dislipidemias e a promoção da atividade física: uma revisão na perspectiva de mensagens de inclusão - Dislipidemia and physical activity: a review inclusive message perspective. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*. 2005; 13(2): 161-170.

MELLO A.P.Q. Lipoproteína de Baixa Densidade Eletronegativa (LDL-) em Indivíduos com Diferentes Níveis de Risco Cardiovascular: Parâmetros Nutricionais e Bioquímicos. São Paulo. USP/FSP. 2007. 151p.

MENDONÇA T. T., ITO R. E., BARTHOLOMEU T., TINUCCI T. FORJAZ C. L. M. Risco cardiovascular, aptidão física e prática de atividade física de idosos de um parque de São Paulo-Cardiovascular risk, physical activity, and physical fitness in elderly population from a park in São Paulo. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*. São Paulo, 2004; 12(2):19-24.

NEIVA K.M.C., QUEIROZ C.S., CARREIRO L.R.R., CUNHA M.C.B. Estudo Multidimensional das Condições de Saúde de um Grupo de Idosos da Região Sul da Cidade de São Paulo. 2007.

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). Doenças Crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2003. 60p.

PAPALÉO NETTO. M. Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. Rio de Janeiro. Atheneu. 1996.

PHILIPPI S. T., SZARFARC S. C., LATTERZA A. R. **NutriWin** [software]. Versão1.5.2. São Paulo: Departamento de Informática em Saúde UNIFESP. Escola Paulista de Medicina, 2005.

PINHEIRO A.B.V., LACERDA E.M.A., BENZECRY E.H., GOMES M.C.S., COSTA V.M. Tabela para avaliação de consumo alimentar em medidas caseiras. 4. ed. Rio de Janeiro: Produção Independente; 1998.

SIM/Sistema de Informação de Mortalidade/GVE/DVS/SS/ Vitória de Santo Antão. Óbitos por residência segundo causa determinada capítulo IX (Doenças do aparelho cardíocirculatorio). Vitória de Santo Antão, 2006 a 2007. Dados tabulados em 06/05/2009.

SBC (Sociedade Brasileira de Cardiologia). III Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2001; 77 supl. III: 1-48.

SBC (Sociedade Brasileira de Cardiologia). III Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2005.

SBC (Sociedade Brasileira de Cardiologia). IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2007; 88 supl. I: 2-19.

SBC (Sociedade Brasileira de Hipertensão). IV Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2004; 82 supl. IV: 7-14.

WHO (World Health Organization). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report. Geneva; 2000. (Technical Report Series, 894).

WHO (World Health Organization). Active ageing: a policy framework. Geneva; World Health Organization; 2002. 59 p.

WHO (World Health Organization). Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.

WHO (World Health Organization). World Health Statistics. Report. Geneva; 2006.

## ANEXOS

### Anexo 1

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, de acordo com a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

**Impacto da Dança de Salão no Perfil lipídico de Idosas Hipertensas Cadastradas na Unidade Básica de Saúde da Família da Bela Vista, Vitória de Santo Antão-PE, 2010.**

**Universidade Federal de Pernambuco  
Centro Acadêmico de Vitória  
Mestrado em Saúde Humana e Meio Ambiente**

#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu, \_\_\_\_\_ aceito participar como voluntário(a) de uma pesquisa sobre a relação entre exercício físico aeróbico regular e o perfil lipídico em usuárias hipertensas do serviço público de saúde.

Orientações:

Sua participação não é obrigatória e será mantida em sigilo. A qualquer momento poderá retirar o seu consentimento. Os dados da pesquisa serão publicados respeitando a sua privacidade. Qualquer dúvida pergunte ao pesquisador com quem você esta conversando neste momento.

Este estudo é importante para propor mais uma alternativa no seu tratamento da pressão arterial, colesterol e triglicerídeos.

Os objetivos são mostrar que a dança de salão pode reduzir a hipertensão arterial, o colesterol e o triglicérido elevado, além de ser uma atividade descontraída.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de um programa de dança de salão.

Esta pesquisa apresenta como benefícios melhorar as ações de saúde prestadas na unidade que você é atendido e, o risco advindo de sua participação pode ser uma queda, mas se isso acontecer você será conduzido ao hospital João Murilo de Oliveira e terá acompanhamento médico.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o e-mail do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, a qualquer momento.

Osinez Barbosa de Oliveira    Fone: 81 8752 9985    e-mail: [osinez@hotmail.com](mailto:osinez@hotmail.com)  
Fone do comitê de ética em pesquisa: 81 2126 8588

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

\_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

## Anexo 2

### QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS PESQUISADOS

#### Informações para o(a) participante voluntário(a):

Você está sendo convidado(a) a responder este questionário que faz parte da coleta de dados da pesquisa: Impacto da Dança de Salão no Perfil lipídico de Idosas Hipertensas Cadastradas na Unidade Básica de Saúde da Família da Bela Vista, Vitória de Santo Antão-PE, 2010.

sob responsabilidade do(a) pesquisador(a): Osinez Barbosa de Oliveira vinculado ao Programa de Pós Graduação em Saúde Humana e Meio Ambiente do Centro Acadêmico de Vitória-UFPE.

---

#### QUESTIONÁRIO:

1. Dados Biográficos:

Nome

Endereço

Idade

Sexo

Raça/Cor

Estado Civil

Número do Prontuário

Escolaridade

Profissão

Telefone

Renda Mensal

2. Tem o habito de fumar?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, quantos cigarros por dia

( ) até 10 ( ) mais de dez

3. Consome bebida alcoólica?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, quantas vezes por semana

( ) até 3 ( ) mais de três

4. Você tem pressão alta?

( ) Sim ( ) Não

5. Se sim, Como e por quem foi feito este diagnóstico?

6. Faz uso de medicação para pressão alta?

( ) Sim ( ) Não

7. Se sim, Como é a prescrição?

8. Você tem diabetes?

( ) Sim ( ) Não

9. Se sim, Como e por quem foi feito o diagnóstico?

10. Faz uso de medicação para diabetes e/ou insulina?

( ) Sim ( ) Não

11. Se sim, como é a prescrição?

12. Você tem colesterol ou triglicerídeos altos?

( ) Sim ( ) Não

13. Como você descobriu?

14. Faz uso de medicação para baixar o colesterol e o triglicerídeos?

( ) Sim ( ) Não

15. Se sim, como é a prescrição?

16. Você faz alguma dieta?

( ) Sim ( ) Não

17. Se sim, quem fez para você? E como é ela?

18. Você faz alguma atividade física?

( ) Sim ( ) Não

19. Se sim, qual(is)? Tem alguma orientação para isso?

## **Anexo 3**

### **PROTOCOLO PARA COLETA SANGUINEA**

#### **Manual de normas e rotinas de procedimentos para a enfermagem**

PROCEDIMENTO: COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS

EXECUTANTES: ENFERMEIRO, TÉCNICO E AUXILIARES DE ENFERMAGEM.

#### **MATERIAL:**

1. Luvas de procedimento.
2. Álcool a 70%.
3. Algodão.
4. Vacutainer.
5. Garrote.
8. Adaptador para vacutainer.
9. Seringa de 10 ml e 20 ml.
10. Agulha para seringas.
11. Agulha para vacutainer.
12. Caixa de isopor (uso específico para coleta).
15. Gelox.

#### **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

##### **Ø Recebimento dos materiais:**

1. Acolher o paciente com atenção.
2. Confirmar com o paciente se encontra com o preparo adequado para o exame solicitado.
6. Identificar o(s) frasco(s) dos exames solicitados.
7. Orientar o paciente quanto à coleta e/ ou acondicionamento do material.
8. Orientar o paciente quanto ao resultado do exame.
9. Encaminhar o paciente à sala de coleta, quando necessário.
10. Registra em livro ou impresso controle os dados do paciente e exames solicitados.
11. Lavar as mãos.
14. Manter a sala em ordem.

##### **Ø Coleta de Sangue:**

1. Recepcionar o paciente com atenção.
2. Explicar o procedimento ao paciente.
3. Receber os frascos de exames, certificando com o paciente, o nome correto.
4. Certificar-se que o paciente encontra-se em jejum, quando necessário para o exame solicitado.
5. Lavar as mãos.
6. Paramentar-se com equipamento de proteção individual (EPI) adequado (luva de procedimento).
7. Manter todo material próximo do procedimento.
8. Verificar as condições de acesso venoso, selecionando a mais adequada.
9. Garrotear próximo ao local selecionado.

10. Realizar antissepsia, com algodão e álcool 70%, friccionando com movimento único de baixo para cima, aguardando o tempo de secagem.
11. Realizar a punção venosa, com o bisel da agulha voltado para cima.
12. Inserir o tubo (específico ao exame solicitado) no adaptador do vacutainer, certificando que introduziu toda a tampa na agulha.
13. Continuar a coleta com os demais tubos, se for o caso.
14. Realizar inversões delicadas (mínimo 8), nos tubos com anticoagulante.
15. Acondicionar o tubo de coleta em grade própria.
16. Retirar o garrote, Retirar a agulha do local puncionado, com auxílio de algodão, exercendo pressão sobre o local, sem dobrar o braço do paciente.
17. Orientar o paciente quanto ao resultado dos exames.
18. Retirar a agulha do adaptador, com auxílio de pinça Kelly, desprezando no recipiente para descarte de pérfuro-cortante.
19. Retirar as luvas.
20. Lavar as mãos.

**Anexo 4****Questionário para avaliação da formação do grupo de idosas**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Atribua um conceito de 00 a 10 nas perguntas abaixo:

- a) Melhora na sua saúde física após o grupo ( )
- b) Melhora na sua saúde psicológica após o grupo ( )
- c) Melhora na sua auto estima após o grupo ( )
- d) Melhora no relacionamento com a equipe da USF ( )
- e) Entrosamento com as colegas do grupo ( )
- f) Qual o nível de sua satisfação com o grupo ( )

Quais são as suas perspectivas em relação ao grupo para o futuro?

---

---

---

---

---

---

## Anexo 5

Revista para onde o artigo original intitulado: Perfil Lipídico de Idosas Hipertensas Inseridas num Grupo de Dança de Salão, Vitória de Santo Antão-PE. e o artigo relato de experiência intitulado: Formação do Grupo de Idosas 'Além do Passo' na Unidade Básica de Saúde da Família da Bela Vista, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2010 foram enviados para publicação. Normas de Publicação.



**ISSN0032-7167 versão impressa**

**ISSN 1984-0446 versão online**

Osinez Barbosa de Oliveira. Enfermeira da Unidade de Saúde da Família da Bela Vista. Programa de Pós-Graduação em Saúde Humana e Meio Ambiente, Universidade Federal de Pernambuco - Centro Acadêmico de Vitória – UFPE/CAV. Rua Alto do Reservatório, S/N – Bela Vista. CEP: 55608-680. Vitória de Santo Antão – PE. Telefone: (081) 8752-9985. E-mail: [osinez@hotmail.com](mailto:osinez@hotmail.com). Realizou a concepção do projeto, interpretação dos dados e redação do artigo.

Flávio Campos de Moraes. Educador Físico. Programa de Pós-Graduação em Saúde Humana e Meio Ambiente, Universidade Federal de Pernambuco - Centro Acadêmico de Vitória – UFPE/CAV. Rua Alto do Reservatório, S/N – Bela Vista. CEP: 55608-680. Vitória de Santo Antão – PE. Telefone: (081) 9267-3838. E-mail: [flavio\\_camposmoraes@hotmail.com](mailto:flavio_camposmoraes@hotmail.com). Colaborou na concepção do projeto, interpretação dos dados e redação do artigo.

Amanda Adriely Amorim de Santana. Aluna do Curso de Graduação em Nutrição, Universidade Federal de Pernambuco - Centro Acadêmico de Vitória – UFPE/CAV. Rua Alto do Reservatório, S/N – Bela Vista. CEP: 55608-680. Vitória de Santo Antão – PE. Telefone:

(081) 9702-2920. Email: [amandaadriely@gmail.com](mailto:amandaadriely@gmail.com). Colaborou na concepção do projeto, interpretação dos dados e redação do artigo.

Amélia Doralice da Silva Santos. Enfermeira da Unidade de Saúde da Família da Bela Vista. Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco - Centro Acadêmico de Vitória – UFPE/CAV. Rua Alto do Reservatório, S/N – Bela Vista. CEP: 55608-680. Vitória de Santo Antão – PE. Telefone: (081) 8791-1760. E-mail: [ameliassantos@hotmail.com](mailto:ameliassantos@hotmail.com). Colaborou na concepção do projeto, interpretação dos dados e redação do artigo.

Ana Patrícia Falcão. Programa de Pós-Graduação em Saúde Humana e Meio Ambiente, Universidade Federal de Pernambuco - Centro Acadêmico de Vitória – UFPE/CAV. Rua Alto do Reservatório, S/N – Bela Vista. CEP: 55608-680. Vitória de Santo Antão – PE. Telefone: (081) 9969-7175. E-mail: [apstfalcao@hotmail.com](mailto:apstfalcao@hotmail.com). Colaborou na concepção do projeto, interpretação dos dados e redação do artigo.

Silvana Gonçalves Brito de Arruda. Curso de Graduação em Nutrição, Universidade Federal de Pernambuco - Centro Acadêmico de Vitória – UFPE/CAV. Rua Alto do Reservatório, S/N – Bela Vista. CEP: 55608-680. Vitória de Santo Antão – PE. Telefone: (081) 8849-8945. Email: [silgbrito@hotmail.com](mailto:silgbrito@hotmail.com). Colaborou na concepção do projeto, interpretação dos dados e redação do artigo.

Florisbela de Arruda Câmara e Siqueira Campos. Programa de Pós-Graduação em Saúde Humana e Meio Ambiente, Universidade Federal de Pernambuco - Centro Acadêmico de Vitória – UFPE/CAV. Rua Alto do Reservatório, S/N – Bela Vista. CEP: 55608-680. Vitória de Santo Antão – PE. Telefone: (081) 9946-3470. E-mail: [florisbelacampos@hotmail.com](mailto:florisbelacampos@hotmail.com). Colaborou na concepção do projeto, interpretação dos dados e redação do artigo.

Endereço para Correspondência

Florisbela de Arruda Câmara e Siqueira Campos. Programa de Pós-Graduação em Saúde Humana e Meio Ambiente, Universidade Federal de Pernambuco - Centro Acadêmico de Vitória – UFPE/CAV. Rua Alto do Reservatório, S/N – Bela Vista. CEP: 55608-680. Vitória de Santo Antão – PE. E-mail: [florisbelacampos@hotmail.com](mailto:florisbelacampos@hotmail.com)



ISSN 0032-7167 *versão  
impressa*  
ISSN 1984-0446 *versão  
online*

## INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Tipos de Artigos](#)
- [Preparo dos Manuscritos](#)
- [Endereço para Submissão](#)

### Tipos de Artigos

A **Revista Brasileira de Enfermagem** (REBEn), recebe submissões de artigos nos idiomas Português, Inglês e Espanhol segundo as seguintes seções:

- **Editorial,**
- **Pesquisa,**
- **Revisão,**
- **Ensaio,**
- **Reflexão,**
- **Relato de Experiência,**
- **Atualização,**
- **História da Enfermagem,**
- **Página do Estudante,**
- **Cartas ao Editor.**

### Preparo dos Manuscritos

A REBEn adota as orientações das Normas de Vancouver. Estas normas estão disponíveis na URL: <http://www.icmje.org/index.html>.

O arquivo contendo o manuscrito deve ser elaborado no Editor de Textos MS Word com a seguinte configuração de página: margens de 2 cm em todos os lados; fonte Arial ou Times, tamanho 12 com espaçamento entrelinhas de 1,5 pt.

**a) Página dos Metadados:** Deverá conter os seguintes metadados e na seguinte ordem: 1) título do artigo (conciso, porém informativo) nos três idiomas (português, inglês e espanhol; 2) nome do(s) autor(es), indicando em nota de rodapé o(s) título(s) universitário(s), ou cargo(s) ocupado(s), nome do Departamento e Instituição aos quais o trabalho deve ser atribuído, Cidade, Estado e endereço eletrônico; 3) resumo, abstract, resumen e, 4) descritores nos três idiomas.

Resumos e Descritores: o resumo deverá conter até no

máximo 120 palavras, contendo objetivo da pesquisa, metodologia adotada, procedimentos de seleção dos sujeitos do estudo, principais resultados e as conclusões. Deverão ser destacados os novos e mais importantes aspectos do estudo. Abaixo do resumo incluir 3 a 5 descritores segundo o índice dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<http://decs.bvs.br>). Todos os artigos deverão incluir resumos em português, inglês e espanhol. Apresentar seqüencialmente os três resumos nesta página de identificação.

**b) Ilustrações, abreviaturas e símbolos:** as tabelas: devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. O mesmo se aplica aos quadros e figuras (fotografias, desenhos, gráficos, etc). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar a respectiva permissão. Utilize somente abreviações padronizadas. Evite abreviações no título e no resumo. Os termos por extenso aos quais as abreviações correspondem devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.

**c) Notas de Rodapé:** deverão ser indicadas em ordem alfabética, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

**d) Citação de Referências Bibliográficas:** numerar as referências de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificar as referências no texto por números arábicos entre parênteses e sobrescritos. Quando tratar-se de citação seqüencial separe os números por traço (ex: 1-5); quando intercalados, use vírgula (ex: 1,5,7).

d) Exemplos de Listagem das Referências

Livros como um todo

Foucault M. Microfísica do poder. 10a. ed. Vol 7. Rio de Janeiro: Graal; 1992.

Capítulo de livro

Garcia TR. Diagnósticos de enfermagem: como caminhamos na pesquisa. In: Guedes MVC, Araújo TL, organizadores. O uso do diagnóstico na prática da enfermagem. 2a. ed. Brasília: ABEn; 1997. p. 70-6.

Teses, dissertações e monografias

Galvão CM. Liderança situacional: uma contribuição ao trabalho do enfermeiro-líder no contexto hospitalar [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo;1995.

Trabalhos de congressos e de seminários: anais, livros de

## resumos

Barreira IA, Batista SS. Nexos entre a pesquisa em história da enfermagem e o processo de cientificação da profissão. In: Anais do 51o. Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1999 out 2-7; Florianópolis (SC), Brasil. Florianópolis: ABEn; 2000. p. 295-311.

## Artigos de periódicos

*Artigo Padrão*

Rossato VMD, Kirchhof ALC. O trabalho e o alcoolismo: estudo com trabalhadores. Rev Bras Enferm 2004;57(3): 344-9.

*Com mais de seis autores*

Fernandes JD, Guimarães A, Araújo FA, Reis LS, Gusmão MC, Margareth QB, et al. Construção do conhecimento de enfermagem em unidades de tratamento intensivo: contribuição de um curso de especialização. Acta Paul Enferm 2004;17(3): 325-32.

*Instituição como autor*

Center for Disease Control. Protection against viral hepatitis. Recommendations of the immunization. Practices Advisory Committee. MMWR 1990;39(RR-21): 1-27.

## Material eletrônico

*Artigo de revista em formato eletrônico*

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];(1):[24 screens]. Available from: <http://www.cdc.gov/incidod/EID/eid.htm>

*Matéria publicada em site web*

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2002. Rio de Janeiro; 2002. [citado em: 12 jun 2006]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. Solicita-se aos autores, sempre que possível e quando solicitado, incluir duas ou mais referências de publicações da REBEn no manuscrito.

## f) Aspectos Éticos

Nas pesquisas que envolvem seres humanos os autores deverão deixar claro a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional, bem como o processo de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes (Resolução no. 196 do Conselho Nacional de Saúde de 10 out. 1996).

**Endereço para Submissão**

Os manuscritos deverão ser submetidos pelo Sistema de Submissão Online disponível no site: <http://submission.scielo.br/index.php/reben/login> acessando o link Submissão Online. O usuário/autor responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema. Toda a tramitação das etapas do processo editorial será realizada por meio deste sistema.

Ao submeter o manuscrito o autor deverá firmar eletronicamente que o artigo não está sendo submetido paralelamente a outro periódico. Este procedimento elimina a necessidade do envio de cartas de Responsabilidade de Autoria e Transferência de Direitos Autorais.

Durante as etapas do processo editorial, aos autores poderá ser solicitada uma descrição dos papéis de cada autor na elaboração do artigo, lembrando que a participação na coleta de dados e na elaboração técnica do artigo não se constitui em autoria. Todos os autores do artigo, em caso de publicação, deverão ser assinantes da REBEn.

[\[Home\]](#) [\[Sobre a revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

---

© 2009 Associação Brasileira de Enfermagem

SGAn - Av. L2 Norte - Quadra 603 - Módulo B.  
70830-030 - Brasília - DF - Brasil  
Tel.: + 55 61 3226-0653  
Fax: + 55 61 3226-4473



[reben@abennacional.org.br](mailto:reben@abennacional.org.br)

## Anexo 6

**QUESTIONÁRIO ESTADO GERAL DE SAÚDE – SF 36 – Versão em português do Medical Outcomes Study 36 – Item short form health survey.****Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Função exercida no trabalho:  
\_\_\_\_\_

Há quanto tempo exerce essa função: \_\_\_\_\_

**Instruções:** Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma	1	2	3	4	5	6

peessoa muito nervosa?						
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

## Anexo 7

## ESCALA DE BORG ORIGINAL E CR10 ADAPTADA

NÚMERO (ADAPTAÇÃO DECIMAL)	NÚMERO (TABELA ORIGINAL- X 10= bpm)	INTENSIDADE DO ESFORÇO PERCEBIDO
0	6	-
0,5	7	multo fácil
1	8	-
2	9	fácil
3	10	-
4	11	relativamente fácil
5	12	-
6	13	ligeiramente cansativo
7	14	-
8	15	cansativo
9	16	-
10	17	multo cansativo
-	18	-
-	19	exaustivo
-	20	-

**Anexo 8****Termo de aprovação do CEP – UFPE. Protocolo número 319/09****SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
Comitê de Ética em Pesquisa**

Of. Nº. 097/2010 - CEP/CCS

Recife, 06 de maio de 2010

Registro do SISNEP FR – 300539

CAAE – 4642.0.000.172-09

Registro CEP/CCS/UFPE Nº 319/09

Título: "Impacto da dança de salão na redução da dislipidemia de idosos hipertensos cadastrados na unidade de saúde da família da Bela Vista, Vitória de Santo Antão-PE, 2010.".

Pesquisador Responsável: Osinez Barbosa de Oliveira

Senhor(a) Pesquisador(a):

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, liberando-o para início da coleta de dados em 05 de maio de 2010.

Ressaltamos que a aprovação definitiva do projeto será dada após a entrega do relatório final, conforme as seguintes orientações:

- a) Projetos com, no máximo, 06 (seis) meses para conclusão: o pesquisador deverá enviar apenas um relatório final;
- b) Projetos com períodos maiores de 06 (seis) meses: o pesquisador deverá enviar relatórios semestrais.

Dessa forma, o ofício de aprovação somente será entregue após a análise do relatório final.

Atenciosamente

  
Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto  
Coordenador do CEP/CCS/UFPE

Ao  
Mestrando Osinez Barbosa de Oliveira.  
Centro Acadêmico de Vitória – CAV/UFPE