

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

**A INTERVENÇÃO DA DANÇA EM MULHERES PÓS-TRATAMENTO DE CÂNCER
DE MAMA E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA.**

FÁTIMA RIBEIRO FERREIRA

Porto Alegre

2012

A INTERVENÇÃO DA DANÇA EM MULHERES PÓS-TRATAMENTO DE CÂNCER
DE MAMA E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA.

FÁTIMA RIBEIRO FERREIRA

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul para obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Goldim

Porto Alegre

2012

FÁTIMA RIBEIRO FERREIRA

**A INTERVENÇÃO DA DANÇA EM MULHERES PÓS-TRATAMENTO DE CÂNCER
DE MAMA E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul para obtenção do título de mestre.

Aprovada em 08 de Março de 2012.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Carla Helena Schwanke - PUCRS

Profa. Dra. Vera Lúcia Brauner - PUCRS

Prof. Dr. Newton Luiz Terra - PUCRS

Porto Alegre

2012

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

F383i Ferreira, Fátima Ribeiro

A intervenção da dança em mulheres pós-tratamento de câncer de mama e sua relação com a qualidade de vida / Fátima Ribeiro Ferreira. Porto Alegre: PUCRS, 2012.

74 p.: tab. Inclui artigo de periódico submetido à publicação.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Goldim.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Mestrado em Gerontologia Biomédica.

1. DANÇA. 2. NEOPLASIAS DA MAMA. 3. QUALIDADE DE VIDA. 4. EDUCAÇÃO FÍSICA E TREINAMENTO. 5. ENVELHECIMENTO. 6. FEMININO. 7. IDOSO. 8. SOBREVIVÊNCIA LIVRE DE DOENÇA. 9. SAÚDE DO IDOSO. 10. ESTUDOS DE INTERVENÇÃO. I. Goldim, José Roberto. II. Título.

*Dedico esta dissertação
aos meus pais, Domiro e Noeli, e
ao meu marido Gustavo
que tanto apoiaram e incentivaram
o meu crescimento pessoal e profissional.*

AGRADECIMENTOS

A Deus por dar sentido a minha existência.

Aos meus pais, Domiro e Noeli, por terem me proporcionado amor, carinho e cuidado e por acreditarem em mim. Sou grata por me ensinarem a importância de lutar pelos meus ideais e de valorizar cada conquista.

Ao meu amor, Gustavo, pelo companheirismo e compreensão nos momentos em que me ausentei e também pelo imprescindível patrocínio que tornou este sonho possível.

Gostaria de agradecer ao meu orientador, Prof. José Roberto Goldim, por possibilitar a ampliação do meu conhecimento nas áreas de Bioética e Ética na Pesquisa de maneira tão rica. Suas palavras de apoio e compreensão foram imprescindíveis para o meu desenvolvimento como aluna e como pessoa durante todo esse processo.

À Equipe de Oncogenética, Oncologia e Mastologia do HCPA, especialmente a Dra. Patrícia Prolla por ter acreditado em meu trabalho, ao Dr. Luis Fernando Veiga Venegas e ao Dr. José Antônio Cavalheiro.

À senhora Aurea Souza de Paula por permitir realizar a intervenção de dança na sede da Associação dos Servidores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (ASHCLIN).

Agradeço também aos colegas do Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência do HCPA, em especial a amiga Ana Paula Pedroso, pela ajuda incansável, a Cristina Melnik e Kátia Ferreira pela ajuda na coleta e análise dos dados, ao amigo Lucas Garcia, pelo apoio e dedicação.

À querida, Sahra Gibbon, pela ajuda e troca de experiências.

Minha gratidão ao amigo e mestre de Yoga, Marcelo, pelos ensinamentos valiosos na busca do equilíbrio e humildade, assim como suas palavras de estímulo.

À direção das escolas em que trabalho, em especial às diretoras Eunice e Elaine, por estarem sempre prontas a atender minhas solicitações.

A todas as pacientes participantes da pesquisa, a minha sincera gratidão, pois sem elas não teria sido possível realizar este estudo.

E a todos aqueles que não foram citados, mas que de uma forma ou de outra contribuíram para a realização desta pesquisa a minha gratidão, de coração!

“A Dança é uma ponte que não somente liga, mas transforma e une. Uma ponte entre corpo e mente, que se unificam no corpo-corção (...).”

(Cerruto, Elena. No ritmo do coração: dançaterapia entre Oriente e Ocidente. São Paulo: Phorte, 2009. p. 25)

RESUMO

Introdução: O câncer de mama tem a sua incidência associada à idade avançada das pessoas afetadas. A qualidade de vida (QV) das pacientes com câncer de mama é um importante aspecto a ser considerado no processo de envelhecimento.

É relevante estudar novas opções de intervenção na QV de mulheres pós tratamento de câncer de mama. Uma das alternativas é a utilização da dança como recurso terapêutico. O objetivo do presente estudo foi avaliar a associação entre a intervenção da dança e a QV de mulheres com câncer de mama, assim como a percepção de dor e a expressão de coerção na decisão do tratamento. Métodos: Uma amostra de 15 mulheres com idades de 50 a 79 anos, pacientes ambulatoriais da Oncogenética, Oncologia e Mastologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) participaram de uma intervenção de 13 sessões de 1h30min semanais de dança de salão. Foram utilizados instrumentos validados para avaliar a qualidade de vida (WHOQOL– Bref e Fact B), escala de expressão de coerção e escala análogo visual de dor. Todas as participantes assinaram TCLE. Após a intervenção de dança foi utilizada a técnica de grupos focais para avaliar qualitativamente a vivência das participantes do estudo. Resultados: Os resultados quantitativos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas na comparação dos períodos antes e depois da intervenção de dança. Contudo, os dados qualitativos evidenciaram mudanças relevantes relatadas pelas próprias participantes em termos de dor, integração social e auto-estima.

Conclusão: Os relatos apresentados pelas pacientes evidenciaram a importância atribuída a dança, que permitiu conjugar a realização de atividades físicas com a interação social.

Palavras-chave: envelhecimento; câncer de mama; dor; qualidade de vida; atividade física; dança.

ABSTRACT:

Introduction: Breast cancer incidence is associated with age of those affected patients. The quality of life (QOL) of patients with breast cancer is an important aspect to be considered in the healthy aging process. It is important to consider new options for intervention on the QOL of women after treatment of breast cancer. One alternative is to use dance as a therapeutic resource. The aim of this study was to evaluate the association between dance intervention and QOL in women with breast cancer, as well as pain perception. Methods: A sample of 15 women, 50 to 79 years-old, outpatients from Oncogenetics, Mastology and Oncology, Hospital de Clinicas de Porto Alegre (HCPA) participated in a ballroom dancing intervention of 13 sessions, 1:30 weekly. Validated instruments were used to assess the quality of life (WHOQOL-Bref and Fact B), and the pain visual analog scale. All participants signed Informed Consent Forms. After the intervention of dance, focus groups was used in order to evaluate the experience of study participants. Results: The quantitative results showed no statistically significant differences when comparing the periods before and after dance intervention. However, qualitative data showed relevant changes reported by the participants in terms of pain, social integration and self-esteem.

Conclusion: The reports presented by the patients showed the importance attached to dance, which allowed to combine physical activity with social interaction.

Keyword: aging; breast cancer; pain; quality of life; physical activity; dance.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Percepção de saúde em mulheres com câncer de mama	31
Tabela 2 Participação de mulheres adultas e idosas nas diferentes etapas do projeto.	32

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 ENVELHECIMENTO	14
2.1.1. Envelhecimento Feminino	15
2.2 CÂNCER DE MAMA	16
2.2.1 Epidemiologia	16
2.2.2 Diagnóstico e Tratamento	17
2.2.3 Dor	18
2.3 QUALIDADE DE VIDA	19
2.3.1 Aspectos gerais e instrumentos de avaliação	19
2.4 ATIVIDADE FÍSICA	20
2.5 DANÇA	21
3. JUSTIFICATIVA	23
4. OBJETIVOS	24
4.1 OBJETIVO GERAL	24
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
5. MÉTODOS	25
5.1 DELINEAMENTO	25
5.2 AMOSTRA	25
5.2.1 Critérios de Seleção	25
5.3 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS	26
5.3.2 Atividades que foram desenvolvidas	26
5.3.3 Coleta de dados	28
5.3.4 Análise dos dados	28
5.4 ASPECTOS ÉTICOS	29
5.4 SUBMISSÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO	Erro! Indicador não definido.
6. RESULTADOS	30
6.1 AVALIAÇÃO DOS DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E DE ADESÃO NOS GRUPOS QUE PARTICIPARAM DAS FASES INICIAL E FINAL DO ESTUDO	30
6.2 AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DA QUALIDADE DE VIDA E DA DOR	32
6.3 AVALIAÇÃO QUALITATIVA POR MEIO DE GRUPO FOCAL	35

7. DISCUSSÃO	38
8. CONCLUSÃO.....	43
REFERÊNCIAS.....	44
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética da PUCRS.....	47
ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética do HCPA	48
ANEXO C - Escala Análogo Visual de Dor.....	49
ANEXO D - Escala de Expressão de Coerção em Assistência	50
ANEXO E - WHOQOL – Bref	51
ANEXO F - FACT – B.....	56
ANEXO G – Recibo de Recebimento do Artigo.....	60
APÊNDICE – 1 Convite.....	63
APÊNDICE – 2 Dados Sócio Demográficos.....	62
APÊNDICE – 3 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	63
APÊNDICE – 4 Roteiro de Entrevista dos Grupos Focais.....	64
APÊNDICE – 5 Artigo.....	65

1. INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento está associado a inúmeras manifestações biológicas, psicológicas e sociais. A ocorrência de doenças de alta gravidade, como o câncer de mama, interfere amplamente nesse processo natural. Utilizando uma perspectiva sistêmica e integrada do ser humano, um problema de saúde no nível biológico acaba tendo repercussões psicológicas e sociais (1).

O câncer de mama em mulheres adultas e idosas é um exemplo deste tipo de interações. Sua maior incidência é na população feminina na faixa etária a partir de 60 anos de idade (2).

O tratamento em pacientes com câncer de mama pode ser dividido em local e sistêmico (2). Em alguns casos, exige uma abordagem cirúrgica, outros, intervenções de radioterapia, quimioterapia, terapia biológica, hormonioterapia ou ainda dois ou mais tratamentos associados concomitantemente. Estes procedimentos podem desencadear sequelas físicas, representadas principalmente por dor, limitações de movimentos e alterações de sensibilidade principalmente na região da cintura escapular.

Além da abordagem dos aspectos biológicos do tratamento médico destas pacientes, também é importante verificar quais outras abordagens podem ser propostas no plano psicológico e social.

Há evidências da contribuição significativa da atividade física em diferentes fases da doença e do seu tratamento. Na reabilitação de pacientes com câncer de mama, por exemplo, a atividade física favorece a preservação das capacidades físicas bem como a retomada das atividades cotidianas (3).

A dança, como atividade física, contribui para garantir a independência funcional do indivíduo (4) e sua utilização como recurso para intervir no processo de qualidade de vida no tratamento de câncer de mama tem sido uma alternativa criativa, com a finalidade de propiciar um intercâmbio de vivências corporais, pessoais e grupais (5-7).

Contudo, no presente estudo foi proposto uma intervenção de dança com mulheres a partir dos 50 anos de idade, no período pós tratamento de câncer de mama, para verificar a relação desta vivência com a qualidade de vida destas mulheres nos períodos antes e depois da intervenção.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO

O aumento da longevidade do ser humano acarreta uma situação ambígua, vivenciada por muitas pessoas: o desejo de viver cada vez mais e, ao mesmo tempo, o temor de viver em meio a incapacidades e à dependência (8).

Durante o processo de envelhecimento, os anos vividos a mais podem ser anos marcados por declínio funcional, doenças, perda de autonomia, aumento da dependência, isolamento social e depressão. No entanto, se os idosos permanecerem autônomos e independentes, a sobrevida aumentada poderá ser plena de significado.

O conhecimento das alterações funcionais que ocorrem com o avanço da idade é fundamental para que se possa compreender o processo do envelhecimento e definir intervenções para aumentar a expectativa de vida e proporcionar melhor qualidade de vida aos idosos.

Por isso, o desafio que se propõe aos indivíduos e a sociedade é almejar uma sobrevida maior, com uma qualidade de vida cada vez melhor, para que os anos vividos em idade avançada sejam plenos de significado (1).

O envelhecimento não pode ser somente a extensão do tempo de vida, mas deve-se levar em conta a longevidade dos indivíduos com relação à saúde e a qualidade de vida. Sabe-se que a predisposição hereditária para ter uma vida longa e saudável é de 25% sobre o resultado final e o estilo de vida é de 75%, onde a prática de exercícios físicos tem um papel vital. Ou seja, o exercício físico exerce influência significativa na saúde física, mental e social do ser humano. E a prática regular de atividades físicas é fundamental na manutenção da capacidade funcional e na independência do idoso. Apesar dos benefícios comprovados na prevenção e tratamento de muitas doenças que incidem com o envelhecimento, ainda há muita inatividade, pois à medida que envelhecem, os indivíduos vão deixando de praticar atividade física (8, 9).

A Organização Mundial de Saúde incentiva o envelhecimento ativo através de políticas públicas que tem por base os Princípios das Nações Unidas para Idosos: independência, participação, assistência, auto-realização e dignidade. A estrutura

dessa política requer ações em três pilares básicos: saúde, participação e segurança. Entre as ações propostas na área da saúde estão: a qualidade de vida, a atividade física e o apoio social, entre muitas outras. O desafio é propor programas que melhorem a qualidade de vida de pessoas com deficiências e doenças crônico-degenerativas, redução dos riscos de solidão e isolamento social por meio de apoio de grupos comunitários e de auto-ajuda, e ainda apoiar e promover atividade física regular e moderada durante o processo de envelhecimento (10).

São frequentes as alusões ao exercício físico como estratégia de intervenção que pode ter influências positivas no processo de envelhecimento, retardando algumas das disfunções na idade avançada. Portanto, o processo de envelhecimento é compatível com a preservação da independência para atividades físicas (9).

2.1.1 Envelhecimento Feminino

As projeções, para o ano de 2020, mostram que entre 25 milhões de pessoas idosas, 15 milhões serão mulheres, numa população de 219 milhões de habitantes, representando mais de 11% da população brasileira (11).

No Rio Grande do Sul, da mesma forma, as mulheres são a maioria da população. Segundo censo populacional de 2010, para cada 100 mulheres existem 94,8 homens, ou seja, existe uma predominância feminina. A expectativa de vida ao nascer, para as mulheres, aumentou em média 8 anos. Assim, o número de mulheres é superior ao número de homens nas faixas de idade mais avançadas (11).

As mulheres vivem mais do que os homens na maioria dos países. Elas correspondem a aproximadamente dois terços da população acima dos 75 anos de idade em países como o Brasil e África do Sul. A partir de 80 anos de idade, a média mundial é a existência de menos de 600 homens para cada 1000 mulheres. Nas regiões mais desenvolvidas como o Japão, estas mulheres representam mais que o dobro do número de homens.

As mulheres idosas têm maior expectativa de vida, em contrapartida, vivem sozinhas e são altamente vulneráveis à pobreza e ao isolamento social. Apesar de

ter a vantagem da longevidade maior que os homens, nas mulheres, os problemas de saúde são mais comuns (10).

O câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento. Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama ainda continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados (12)

O período do diagnóstico do câncer de mama pode ser bastante traumático para a mulher, que se vê frente a uma doença que ameaça sua vida. A mama, como órgão símbolo da feminilidade, se relaciona com a fertilidade, maternidade, sensualidade. A ocorrência de alterações não desejadas pode abalar a própria identidade da mulher (13). Daí a importância em buscar alternativas para resgatar a auto-estima feminina na ocorrência de câncer de mama.

2.2 CÂNCER DE MAMA

2.2.1 Epidemiologia

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. A cada ano, cerca de 22% dos novos casos de câncer em mulheres são de mama.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer do Brasil (INCA), foi esperado para o ano de 2010 o número de 49.240 novos casos de câncer de mama, com um risco estimado de 49 casos a cada 100 mil mulheres (14).

A incidência do câncer de mama entre as mulheres é maior nas regiões Sudeste e Sul do Brasil (79% dos casos).

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama é o mais freqüente nas mulheres das regiões Sul (64 casos a cada 100 mil mulheres), Centro-Oeste (38/100.000) e Nordeste (30/100.000). Na Região Norte é o segundo tumor mais incidente (17/100.000) (14).

No Rio Grande do Sul, especificamente na capital Porto Alegre, a taxa bruta de incidência é estimada em 127,71 novos casos de câncer de mama por cem mulheres o que traduz em quase mil novos casos para o ano de 2010 (15).

O número de casos de câncer de mama vem aumentando, tanto no mundo como no Brasil, principalmente devido ao envelhecimento da população que é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer (14).

O risco de uma mulher vir a ter câncer de mama durante a vida é de, aproximadamente, 12,5%, ou seja, uma em cada oito mulheres. Vale lembrar que 50% dos casos de câncer de mama ocorrem a partir dos 65 anos (15).

2.2.2 Diagnóstico e Tratamento

Nos últimos anos têm sido disponibilizados tratamentos mais efetivos para o câncer de mama. A mudança na abordagem cirúrgica, mais eficaz e menos mutilante; o incremento na qualidade dos equipamentos de radioterapia, com consequente diminuição dos efeitos colaterais; e a redução da toxicidade e a melhora da eficácia dos tratamentos hormonais e quimioterápicos, são exemplos desta evolução. Apesar disto, no Brasil, as curvas de mortalidade por câncer de mama ainda mostram aumento progressivo. Isso se deve pelo fato de que 60% dos casos são diagnosticados em estágios avançados, com doença local (mama) e regional (linfonodos axilares e supraclaviculares avançados) ou com metástases à distância (osso, pulmão, fígado). Em outros países, a partir da década de 1990, a mortalidade, em relação ao câncer de mama, vem se reduzindo, devido a políticas de detecção precoce da doença. (16).

Durante o período do diagnóstico de câncer de mama, a comunicação entre equipe médica e paciente deve levar em consideração a importância da abordagem terapêutica, onde o médico deve informar, escutar e mostrar todas as alternativas disponíveis (16).

A questão da decisão de aceitar ou não tratamentos e outras abordagens terapêuticas associadas ao câncer de mama é fundamental de ser adequadamente entendida.

A tomada de decisão baseia-se em diversas habilidades como a possibilidade de se envolver com o assunto, compreender ou avaliar o tipo de alternativa e comunicar a sua preferência (17).

As decisões devem preservar a voluntariedade, com a qual o paciente faz a sua escolha tendo como base o seu melhor interesse. A voluntariedade pressupõe

que a pessoa esteja livre de pressões externas, que podem ser percebidas como coerção, ou seja, quando fatores externos influenciam e limitam a decisão (18).

A percepção de coerção no processo de consentimento é de extrema relevância, pois visa preservar a autonomia e a autodeterminação do paciente, estimulando sua participação ativa no processo de reabilitação (19).

Dentre os sintomas, que persistem ao longo do período de tratamento, estão os distúrbios na percepção da imagem corporal, as restrições de movimento, a depressão e a ansiedade. As mudanças da percepção da imagem corporal variam de acordo com o procedimento realizado no tratamento. Independentemente disso, essas mudanças físicas, psicológicas e sociais podem afetar diretamente a qualidade de vida destas mulheres.

Outras questões também podem estar presentes, como as complicações pós-cirúrgicas, que podem ocorrer em todas as fases do tratamento de câncer de mama, inclusive na fase de reabilitação (20).

2.2.3 Dor

O distúrbio doloroso é um dos componentes mais importantes a serem considerados no acompanhamento de mulheres com câncer de mama, especialmente no período pós-cirúrgico.

A dor pode causar alterações importantes na qualidade de vida em qualquer fase do desenvolvimento de uma pessoa, com repercussões nos aspectos físicos, psicológicos e sociais. Nos idosos estas repercussões podem ser potencializadas pela dor crônica (21).

Estima-se que de 4% a 20% das pacientes sofram de dor pós-cirurgia com aumento dos sintomas de 2 a 6 meses após a cirurgia para o câncer de mama. Além disto, de 23% a 100% se queixam de alterações na sensibilidade em região pósteromedial do braço e região axilar (22).

Comprometimentos mais severos relacionam-se às complicações tardias, tais como, linfedema, parestesia, dor crônica, limitação funcional do membro superior afetado, que ocorrem com frequência em aproximadamente 25% a 30% das pacientes. A limitação funcional do membro superior ocorre especialmente nos movimentos de abdução de ombro e flexão de ombro homolateral à cirurgia (23).

A presença de dor e de outros sintomas pós-cirúrgicos do câncer de mama pode representar, para a paciente, uma memória contínua do tratamento e da doença. A ocorrência de dor crônica pós-cirúrgica no câncer de mama tem sido associada ao estresse psicossocial e à redução da qualidade de vida (24).

2.3 QUALIDADE DE VIDA

2.3.1 Aspectos gerais e instrumentos de avaliação

A qualidade de vida envolve aspectos físicos, psicológicos e sociais, é uma percepção subjetiva do indivíduo quanto a sua posição na vida, em seu contexto cultural e de valores, relacionando seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (25). Esta percepção também envolve as suas relações interpessoais e os seus papéis sociais (8).

Existem inúmeros instrumentos para mensurar a qualidade de vida. Para avaliar a qualidade de vida de pessoas com câncer de mama podem ser utilizados instrumentos gerais, como o WHOQOL-Bref (26), ou específicos, como o FACT-B, versão 4 (27), ambos traduzidos e validados para o português falado no Brasil.

Conforme a literatura (28), o ideal para medir qualidade de vida, é utilizar dois instrumentos, um genérico e outro específico, a fim de combinar as vantagens e minimizar as desvantagens de cada tipo de instrumento.

O Whoqol-bref avalia os domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O Fact-B (Functional assessment of chronic illness therapy) avalia a qualidade de vida em pacientes com câncer de mama e é bastante utilizado em outros países com validade verificada em vários estudos (27). Pertence a coleção de questionários de qualidade de vida e doenças crônicas. Esta versão “4” consiste num total de 37 itens distribuídos em cinco subescalas: bem estar físico, bem estar emocional, bem estar emocional/familiar, bem estar funcional e preocupações adicionais (29).

A qualidade de vida após o tratamento de câncer de mama sofre a influência (27) de vários fatores, dentre eles, o tipo de cirurgia realizada, o tratamento adjuvante e as questões sócio-demográficas.

No que diz respeito aos fatores que influenciam a qualidade de vida das mulheres submetidas ao tratamento para câncer de mama, alguns estudos (30) mostram que mulheres mais jovens experimentam níveis mais baixos de qualidade de vida do que as idosas, com o passar do tempo.

Segundo um estudo realizado na Philadelphia é crescente o número de mulheres que estão convivendo com o câncer de mama e se ajustando as mudanças que acompanham o diagnóstico da doença. Este modo de enfrentamento pode ser visto de forma positiva na qualidade de vida destas mulheres (5).

A prática da atividade física tem influencia direta e favorável na percepção da qualidade de vida do indivíduo, principalmente para a população idosa. Por isso, é necessário buscar alternativas criativas, como a dança, que é uma das atividades de maior aceitação entre os idosos, para melhorar a qualidade de vida das pacientes no período pós-tratamento do câncer de mama (31).

2.4 ATIVIDADE FÍSICA

Segundo recomendações mundiais sobre atividade física apresentadas pela Organização Mundial de Saúde, cerca de 25% dos casos de câncer de mama e de cólon poderiam ser evitados se os pacientes praticassem exercícios físicos pelo menos 150 minutos por semana (25).

São fortes as evidências da contribuição positiva da atividade física nas diferentes fases da doença e de seu tratamento. A condição física do paciente no período de diagnóstico e pré-tratamento dá suporte para enfrentar a terapia. Durante o tratamento, a atividade física atenua a fadiga crônica e a caquexia, aumentando a eficiência metabólica e energética do corpo, reduzindo, assim, a ação dos carcinógenos. No caso de intervenções cirúrgicas, há a indicação de exercícios físicos para auxiliar na retomada dos movimentos e na redução da chance de complicações pós-cirúrgicas. As atividades físicas na fase de reabilitação favorecem a preservação da capacidade funcional e a retomada das atividades cotidianas (3).

Manter-se ativo é uma recomendação para a manutenção da saúde do indivíduo. Mesmo a realização de exercícios leves pode promover a melhora no apetite, da auto-estima e na auto percepção, influenciando positivamente o bem viver (3).

Deste modo, a atividade física tem se mostrado como uma importante ferramenta no controle da fadiga durante a fase de reabilitação do tratamento de câncer de mama, com atuação direta no bem estar e na qualidade de vida do paciente (3).

2.5 DANÇA

Como atividade física, a dança ajuda a garantir a independência funcional do indivíduo através da manutenção de sua força muscular, principalmente de sustentação, equilíbrio, potência aeróbica, movimentos corporais totais e mudanças do estilo de vida (4).

A dança, por ser uma manifestação artística, atividade expressiva e comunicativa, contribui para a criatividade, o desenvolvimento de habilidades de movimentos, além de criar possibilidades de autoconhecimento para o praticante (7). Além disso, dançar é vivenciar e exprimir a relação do ser humano com a natureza, com a sociedade, e com o futuro (32).

A dança pode abranger seis funções: auto-expressão, comunicação, diversão e prazer, espiritualidade, identificação cultural, ruptura e revitalização da sociedade (33). A dança, como toda arte, é expressiva e comunicativa, e por isto consegue ser uma atividade prazerosa e de grande interesse por parte das pessoas, inclusive dos idosos. Através dela podem-se transformar sensações e pensamentos em movimentos que se comunicam (7).

Através de movimentos e gestos em dança é possível formular impressões, conceber e representar experiências, projetar valores, sentidos e significados, revelar sentimentos, sensações e emoções (34).

A linguagem do corpo é uma linguagem universal e por meio da qual se pode criar laços intensos entre as pessoas, o que muitas vezes pelos meios verbais não se conseguiria (6). Daí a importância da dança para o estabelecimento de comunicação e de relações sociais entre pessoas.

A dança de salão é a designação utilizada para indicar um conjunto de inúmeras danças, cada uma com suas características regionais ou nacionais. Estas danças sofreram modificações ao longo do tempo e, à medida que se espalharam pelo mundo, com a influência das diferentes culturas.

A dança de salão é uma dança social, praticada e interpretada, normalmente, por diversão, por prazer ou como forma de integração, em bailes e outras atividades sociais. Neste grupo de danças, entre outras, incluem-se o Bolero, o Merengue, a Salsa, o Tango e a Valsa. A dança de salão é considerada uma das formas mais relaxantes de exercitar o corpo (35). Entre os benefícios desta forma de atividade física estão o aumento da auto-estima, o combate ao estresse, a melhora da postura corporal, assim na manutenção da saúde e da integração social (36).

O papel social e motivador da dança de salão é que todos se sintam bem, independente se praticada em pares ou individualmente, por idosos ou crianças, homens ou mulheres (35).

Um estudo qualitativo realizado na Philadelphia sobre a influencia da dança no tratamento de doenças graves como o câncer de mama demonstrou que a dança e o movimento são válidos, pois permitem verificar a expressão de emoções e mudanças positivas em relação à vida (5).

A eficácia da dança como terapia na adaptação psicológica e espiritual de mulheres com câncer de mama vem sendo estudada. A impressão é de que as perspectivas sejam encorajadores, embora os resultados disponíveis ainda não tenham demonstrado mudanças significativas (5).

São necessários estudos que avaliem os efeitos da dança em relação à morbidade associada ao tratamento de câncer de mama. Portanto, melhorar a qualidade de vida de mulheres, em processo de envelhecimento, que vivenciaram o câncer de mama, é um dos desafios contemporâneos para a área da saúde, em especial para a Gerontologia. A dança de salão pode ser um recurso criativo no sentido de promover a motivação e a integração social destas mulheres.

3. JUSTIFICATIVA

Diante do processo de envelhecimento e da ocorrência de doenças graves, como o câncer de mama, com suas repercussões biológicas, psicológicas e sociais, é importante avaliar propostas de intervenção como a dança com a finalidade de propiciar um intercâmbio de vivências corporais, pessoais e grupais.

A dança tem contribuído positivamente no processo de reabilitação de mulheres que já vivenciaram o câncer de mama nos aspectos físicos, psicológicos e sociais, conforme evidenciado em alguns estudos (5, 6). Há evidências de que a dança e a atividade física contribuem nas diferentes fases da doença, favorecendo a preservação das capacidades físicas e retomada das atividades cotidianas após a paciente ter vivenciado o câncer de mama (3).

Porém, apesar dos estudos existentes demonstrarem resultados significativos, há alguns vieses de aferição, assim como dados insuficientes. Uma revisão cochrane (6), realizada recentemente, Março de 2011, apontou que existe uma limitação do número de estudos sobre os efeitos da dança em pacientes com câncer de mama.

Desta forma, faz-se necessário a realização do presente estudo que se justifica pela carência de dados cientificamente significativos, no que se refere ao papel da dança na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama, associado à crescente longevidade populacional, a alta incidência de câncer de mama nas mulheres, assim como a avaliação dos efeitos da atividade física na abordagem deste tema.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar as relações existentes entre a intervenção da dança e a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama na faixa etária a partir de 50 anos de idade.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar qualitativamente a vivência (atividades de dança) das participantes do estudo por meio de grupos focais.
- Avaliar os resultados obtidos com as escalas de qualidade de vida – WHOQOL Bref e Fact-B - no período antes e depois da intervenção da dança em mulheres com câncer de mama com 50 anos ou mais.
- Avaliar a percepção de dor no período antes e depois da intervenção da dança em mulheres com câncer de mama com 50 anos ou mais.
- Identificar a expressão de coerção no processo de tomada de decisão envolvido no tratamento do câncer de mama.

5. MÉTODOS

5.1 DELINEAMENTO

Foi realizado um estudo utilizando um delineamento de quase-experimento, do tipo antes-depois. A intervenção proposta foi a dança e o desfecho foi a qualidade de vida. As participantes da pesquisa foram seus próprios controles, comparando o período antes e depois da intervenção. A fim de complementar a análise, de forma qualitativa, foi aplicada a técnica de grupos focais.

5.2 AMOSTRA

A população em estudo foi composta por mulheres adultas e idosas, com câncer de mama, no período pós-tratamento que estavam em acompanhamento em hospital geral universitário. Entende-se por pós-tratamento terem concluído a radioterapia, quimioterapia ou cirurgia oncológica.

A amostra foi obtida de maneira estocástica, sendo composta por 25 pacientes provenientes dos Serviços de Oncogenética, Oncologia e de Mastologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS. A intervenção e as avaliações foram realizadas entre março e junho de 2011. Durante este período a amostra se reduziu a 19 mulheres na etapa inicial da intervenção e a 15 mulheres ao seu final. A intervenção de dança foi realizada ao longo de 13 semanas consecutivas, por um período de 1h e 30min semanal, com duas turmas, uma no período da manhã e outra no período da tarde.

5.2.1 Critérios de Seleção

Os critérios de inclusão utilizados foram ser mulher e ter mais de 50 anos. Desta forma, foram incluídas no estudo, mulheres nas fases de vida de adulta madura e idosa.

Todas as participantes estavam em atendimento ambulatorial de câncer de mama para acompanhamento pós-tratamento. Os médicos assistentes selecionaram para encaminhar para possível inclusão no estudo, apenas mulheres que estavam aptas a praticarem atividades físicas compatíveis com as exigidas na dança, de

acordo com a avaliação realizada por estes. Além disto, também foi um critério de inclusão ter capacidade para preencher os instrumentos de avaliação.

O critério de exclusão utilizado foi ter menos de 75% de presença nas atividades de dança propostas no estudo. Além disso, não poderiam estar realizando tratamentos de rádio e quimioterapias.

5.3 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS

5.3.2 Atividades que foram desenvolvidas

O projeto foi aprovado pela Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia do Hospital São Lucas da PUCRS e aos Comitês de Ética em Pesquisa da PUCRS (anexo A) e do HCPA (anexo B).

Após esta aprovação foi realizado o processo de convite as participantes.

O convite (apêndice 1) foi realizado pessoalmente pela pesquisadora a cada uma das participantes (pacientes dos ambulatórios de Oncogenética, Oncologia e Mastologia do HCPA). Após o aceite do convite foi explicada as participantes as etapas da pesquisa: 1) assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, 2) aplicação dos instrumentos de qualidade de vida: questionários já validados Whoqol-bref (26, 29) e Fact-B (27, 29) escala de expressão de coerção e escala análogo visual de dor medida, 3) intervenção: aulas de dança, com frequência de uma vez por semana com duração de 1h e 30 min, durante 13 semanas, conforme observado em outros estudos (26), 4) reaplicação dos mesmos instrumentos após a intervenção de dança e 5) realização de entrevistas através de grupos focais (apêndice 3).

Além da aplicação desses instrumentos, foram coletadas informações sócio-demográficas como idade, estado civil, escolaridade, anos de estudo, profissão, percepção de saúde, tipo de cirurgia realizada (conservadora, reparadora ou mastectomia), tempo de diagnóstico (pós operatório ou pós tratamento) e sobre a prática de atividade física.

Foi realizado o contato com a Associação dos funcionários do Hospital de Clinicas de Porto Alegre – ASHCLIN a fim de solicitar o empréstimo do local para

que fosse possível a realização das aulas de dança. Obtivemos a aprovação de sua administração que prontamente nos cedeu o espaço.

Intervenção de dança: quanto à execução das aulas de dança, as mesmas eram compostas por alongamento inicial, aquecimento e desbloqueio articular, explicação sobre a origem e os passos do ritmo a ser trabalhado no dia (bolero, tango, forró, salsa, *fox trot*) e a execução dos mesmos. Além disso, foi proposto vivências de algumas danças circulares e de técnicas de expressão corporal. No final de cada aula eram realizados alongamento e relaxamento.

É importante ressaltar que todas as aulas eram planejadas previamente e adaptadas com atividades e exercícios compatíveis com a realidade das participantes (capacidade funcional e limitações de movimentos corporais, principalmente na área da cintura escapular). Estas atividades eram realizadas de forma pedagógica, ou seja, do nível mais fácil para o mais difícil.

A fim de analisar qualitativamente a vivência das aulas de dança foram realizadas duas entrevistas (uma de manhã e outra à tarde) com as participantes do estudo através da técnica de grupos focais. Foi utilizado um roteiro com questões norteadoras para conduzir as entrevistas (apêndice 3).

As entrevistas dos grupos focais foram conduzidas por uma psicóloga, professora de dança e pesquisadora do Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência do HCPA. Também participaram dos grupos focais outras duas pesquisadoras do mesmo grupo a fim de contribuir na organização e andamento das entrevistas.

Foi realizada a transcrição e análise de conteúdo dos grupos focais, com o estabelecimento de categorias que expressam as percepções das participantes do estudo (37).

Foi realizada a transcrição e análise das entrevistas dos grupos focais. Após este processo foi realizada a divisão das categorias que mais se destacaram nos relatos e percepções das participantes do estudo. As categorias obtidas foram apresentadas às participantes, com a finalidade de verificar a conformidade da interpretação dos dados por parte dos pesquisadores e das participantes.

Os dados sócio-demográficos foram analisados de forma descritiva e inferencial, com o uso do teste t para dados pareados (antes-depois) ou teste de Mann-Whitney de acordo com a distribuição de dados obtida, simétrica ou assimétrica, respectivamente. A significância estabelecida foi de 5% ($P < 0,05$). Para

a análise estatística foi utilizado o Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 18.

Com o término do período de intervenção foi realizado a análise dos dados quantitativos coletados através dos questionários WHOQOL Bref e Fact-B, assim como da escala de expressão de coerção e escala análogo visual de dor medida antes e depois da intervenção de dança.

5.3.3 Coleta de dados

Após a aprovação do projeto, foi realizada uma revisão de prontuário das idosas participantes do grupo de tratamento de câncer de mama do laboratório de Oncogenética, Oncologia e da Mastologia do HCPA, para coleta de dados assistenciais registrados antes e após a intervenção dança. Tanto na entrevista inicial quanto na final foram aplicados os instrumentos de coleta de dados previstos no estudo. Foram realizadas entrevistas de grupos focais no final da intervenção de dança.

5.3.4 Análise dos dados

Os dados obtidos foram analisados de forma descritiva e inferencial. Na análise descritiva a média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil de acordo com a distribuição de dados obtida, simétrica ou assimétrica, respectivamente. Na análise Inferencial foram aplicados teste t para dados pareados (antes-depois) ou teste de Mann-Whitney de acordo com a distribuição de dados obtida, simétrica ou assimétrica, respectivamente. Significância de 5% ($P < 0,05$). Foi utilizado o pacote estatístico PASW (SPSS) versão 1.8.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi realizada de acordo com a resolução 196/96 (6), que regulamenta as pesquisas em saúde no Brasil, onde quatro referenciais da Bioética (Autonomia, Não-maleficência, Beneficência e Justiça) são incorporados.

Nesta Resolução consta que o Consentimento Informado baseia-se no respeito à dignidade humana, dando as informações adequadas ao possível participante para a sua tomada de decisão.

O processo de informação ao participante inicia com o convite para tomar parte da pesquisa. O direito de obter informações deve ser preservado mesmo depois de encerrada a sua participação no estudo. A garantia da voluntariedade se inicia com o convite e permite até interromper a sua participação no estudo a qualquer momento, sem necessidade de justificativa (19).

Este estudo foi realizado de forma adequada em seus aspectos éticos e morais, desde a sua elaboração, execução e divulgação. Um dos grandes temas de interesse em Bioética é o Processo de Consentimento Informado, que visa fornecer informação ao participante da pesquisa possibilitando que este tome a decisão de participar ou não do estudo de maneira voluntária (19).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado por todas as participantes da pesquisa (apêndice 2).

O projeto foi aprovado pela Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia do Hospital São Lucas da PUCRS e aos Comitês de Ética em Pesquisa da PUCRS e do HCPA (Hospital de Clínicas de Porto Alegre). As cartas com a devida aprovação estão em anexo (A e B).

6. RESULTADOS

6.1 AVALIAÇÃO DOS DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E DE ADESÃO NOS GRUPOS QUE PARTICIPARAM DAS FASES INICIAL E FINAL DO ESTUDO

Na amostra inicial de 25 mulheres, a mediana de idade foi 62 anos, variando de 50 a 79 anos com uma média de $62,92 \pm 9,55$ anos. Nas 15 mulheres que terminaram o estudo, a média foi de $65,27 \pm 9,14$ anos, variando de 51 a 79 anos. Não houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo inicialmente selecionado e o que terminou o estudo.

Quanto ao estado civil, 36% destas 25 mulheres eram casadas, 28% eram viúvas, 24% separadas ou divorciadas, e 12% solteiras. No grupo que completou o estudo, 33,3% eram viúvas, 26,7% eram casadas, 26,7% eram separadas ou divorciadas, e 13,3% solteiras. Não foi verificada uma associação significativa entre estado civil e participação no estudo.

O nível de escolaridade das 25 participantes variou de zero a 18 anos de escola, com uma média de $6,2 \pm 4,37$ anos de escola. Na amostra final de 15 participantes, a média ficou em $5,60 \pm 3,55$ anos. Não houve diferença estatisticamente significativa entre a escolaridade do grupo total e do que terminou o estudo.

Na amostra inicial, 60% das participantes realizaram cirurgia conservadora e 32% realizaram mastectomia. Neste grupo de 25 mulheres apenas uma (4%) realizou cirurgia reparadora e uma não realizou cirurgia (4%). O tempo decorrido desde a cirurgia até a inclusão no estudo variou de 1 a 23 meses, com média de $4,26 \pm 5,38$ meses. Nas 15 mulheres que terminaram o estudo, 80% fizeram cirurgia conservadora, sendo que as demais três mulheres, duas (13%) fizeram mastectomia e uma (7%) cirurgia reparadora. Nestas 15 pacientes, o tempo decorrido desde a cirurgia foi de $5,36 \pm 6,60$ anos. Não foi verificada uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo que iniciou e o que terminou o estudo. A maior redução entre os períodos inicial e final foi no grupo das pacientes com mastectomia, contudo esta associação não foi estatisticamente significativa.

Quanto ao tratamento adjuvante, apenas uma participante (4%) utilizou quimioterapia de forma isolada, 9 participantes (36%) utilizaram apenas radioterapia,

e as demais 60% associaram dois ou mais tratamentos para o câncer de mama (quimioterapia e/ou radioterapia e/ou hormonioterapia). No grupo das 15 participantes que terminaram o estudo, oito (53%) realizaram apenas radioterapia e as demais sete (47%) uma combinação de terapias. Não foi verificada uma associação entre esta variável e o período do estudo.

Com relação à atividade física, 76% das participantes não realizavam qualquer atividade física. As demais seis participantes praticavam alguma atividade física de uma a mais de três vezes por semana. No grupo que terminou o estudo 74% não praticavam atividade física regular antes da intervenção da pesquisa. Igualmente não houve associação significativa entre a atividade física e a participação no estudo.

Quanto à percepção de saúde, tanto no grupo inicial quanto no que terminou o estudo a maioria respondeu que a sua saúde era boa, seguido de uma percepção de que era “nem ruim, nem boa”. (tabela 1).

Tabela 1 - Percepção de saúde em mulheres com câncer de mama

Percepção de Saúde	Grupo Inicial	Grupo com Intervenção N (fr)
Muito ruim	0 (0%)	0 (0%)
Fraca	4 (16%)	1 (7%)
Nem ruim, nem boa	6 (24%)	4 (27%)
Boa	12 (48%)	8 (53%)
Muito Boa	3 (12%)	2 (13%)
Total	25 (100%)	15 (100%)

Das 25 mulheres que aceitaram participar da pesquisa e responderam os questionários no período antes da intervenção, 19 iniciaram a vivência de dança. Destas 19 participantes, 15 completaram o estudo, o que evidencia uma perda de 4 participantes no período de intervenção. Duas das participantes desistiram por motivo de restrições físicas (realização de cirurgia de joelho e dificuldade de locomoção). Outra participante porque iniciou um curso no mesmo horário da aula

de dança e a outra pela dificuldade de acesso (distância de sua residência até o local onde eram realizadas as aulas de dança). Estas perdas ocorreram devido a fatores externos ao estudo e situadas na faixa etária entre 50 e 59 anos (tabela 2).

Tabela 2 Participação de mulheres adultas e idosas nas diferentes etapas do projeto.

Faixa Etária	Entrevista de Inclusão no Estudo	Início da Intervenção	Final da Intervenção
50 a 59 anos	12	10	6
60 anos ou mais	13	9	9
Total	25	19	15

A escala de expressão de coerção, que pode variar de zero a quatro pontos, foi aplicada no início da intervenção, obtendo um valor médio de $0,43 \pm 0,65$ no grupo de 25 mulheres. No grupo das 15 mulheres que concluíram o estudo, a média de expressão de coerção obtida foi de $0,40 \pm 0,63$, com uma variação de zero a dois pontos. Estes valores evidenciam que não houve uma expressão de coerção significativa relacionada com a tomada de decisão no tratamento de câncer de mama.

6.2 AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DA QUALIDADE DE VIDA E DA DOR

No período antes da intervenção de dança a dor medida nas 15 participantes que completaram o estudo foi de $29,54 \pm 29,82$ e no período depois foi de $24,85 \pm 29,62$. A diferença entre os valores medidos antes e depois, em relação à dor, não foi estatisticamente significativa ($t=0,921$; $p>0,05$). Foi obtida uma correlação positiva forte e significativa ($r=0,78$; $p=0,001$). O coeficiente de determinação ($r^2=0,61$) permite verificar que a dor está diretamente relacionada com a intervenção em 61%.

O Whoquol-Bref avalia a qualidade de vida em quatro diferentes domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Referente ao domínio físico, no período antes da intervenção de dança, o valor obtido foi $59,76 \pm 22,84$ e, no período depois, de $64,52 \pm 19,54$. A diferença entre os valores medidos nos períodos antes e depois foi estatisticamente não significativa ($t=-1,08$; $p>0,33$). Foi obtida uma correlação positiva e significativa ($r=0,64$; $p=0,01$). Utilizando o coeficiente de determinação ($r^2=0,41$), é possível verificar que a variação do domínio físico é dependente da intervenção em 41%.

No domínio psicológico, durante o período antes da intervenção de dança, o valor obtido foi de $61,39 \pm 13,68$ e, no período depois, de $67,77 \pm 17,06$. A diferença entre os valores medidos antes e depois foi estatisticamente não significativa ($t=-1,921$; $p>0,07$). Foi obtida a correlação positiva e significativa ($r=0,67$; $p=0,006$). Utilizando o coeficiente de determinação ($r^2=0,45$), é possível verificar que a variação do domínio psicológico é dependente da intervenção em 45%.

Quanto ao domínio de relações sociais, no período antes da intervenção, o valor obtido foi de $57,78 \pm 23,67$ e, no período depois, foi $61,11 \pm 17,44$. A diferença entre os valores medidos antes e depois foi estatisticamente não significativa ($t=-0,945$; $p>0,36$). Foi obtida a correlação positiva e significativa ($r=0,82$; $p=0,001$). Utilizando o coeficiente de determinação ($r^2=0,67$), é possível verificar que a variação do domínio de relações sociais é dependente da intervenção em 67%.

No domínio relacionado com meio ambiente no período antes da intervenção de dança das 15 participantes que completaram o estudo foi de $64,58 \pm 15,43$ e no período depois foi de $64,16 \pm 13,77$. A diferença entre os valores medidos antes e depois foi estatisticamente não significativa ($t=-0,133$; $p>0,89$). Foi obtida uma correlação positiva e significativa ($r=0,66$; $p=0,008$). Utilizando o coeficiente de determinação ($r^2=0,43$), é possível verificar que a variação do domínio meio ambiente é dependente da intervenção em 43%.

Na análise total dos domínios do Whoquol-Bref, no período antes da intervenção de dança, foi de $61,67 \pm 19,17$ e, no período depois, foi $65,00 \pm 16,50$. A diferença entre os valores medidos antes e depois foi estatisticamente não significativa ($t=-0,69$; $p>0,49$). Foi obtida a correlação positiva ($r=0,46$; $p=0,08$). Utilizando o coeficiente de determinação ($r^2=0,22$), é possível verificar que a variação do domínio de relações sociais é dependente da intervenção em 22%.

O Fact-B (Functional assessment of chronic illness therapy), que avalia especificamente a qualidade de vida em pacientes com câncer de mama, também é

dividido em cinco subescalas: bem estar físico, bem estar emocional, bem estar emocional/familiar, bem estar funcional e preocupações adicionais.

Na subescala “bem estar físico” a medida obtida no período foi de $4,33 \pm 4,20$ e, no período depois, foi $4,46 \pm 3,79$. A diferença entre os valores medidos antes e depois foi estatisticamente não significativa ($t=-0,157$; $p>0,878$). Foi obtida a correlação positiva e não significativa ($r=0,66$; $p=0,07$). Utilizando o coeficiente de determinação ($r^2=0,44$), é possível verificar que a variação do domínio de relações sociais é dependente da intervenção em 44%.

Em relação a subescala “bem estar emocional” o valor obtido, no período antes, foi de $14,00 \pm 6,45$ e, no período depois, de $14,20 \pm 8,24$. A diferença entre os valores medidos antes e depois foi estatisticamente não significativa ($t=-0,168$; $p>0,869$). Foi obtida uma correlação positiva e significativa ($r=0,83$; $p=0,0001$). Utilizando o coeficiente de determinação ($r^2=0,69$), é possível verificar que a variação do domínio de relações sociais é dependente da intervenção em 69%.

Na subescala “bem estar emocional/familiar” a medida, no período antes, foi de $8,20 \pm 3,21$ e, no período depois, foi de $8,00 \pm 2,92$. A diferença entre os valores medidos antes e depois foi estatisticamente não significativa ($t=0,379$; $p>0,710$). Foi obtida uma correlação positiva e significativa ($r=0,774$; $p=0,001$). Utilizando o coeficiente de determinação ($r^2=0,59$), é possível verificar que a variação do domínio de relações sociais é dependente da intervenção em 59%.

Na subescala “bem estar funcional” a medida, no período antes, foi de $18,00 \pm 5,73$ e, no período depois, foi de $17,80 \pm 4,60$. A diferença entre os valores medidos antes e depois foi estatisticamente não significativa ($t=0,144$; $p>0,887$). Foi obtida a correlação positiva e não significativa ($r=0,48$; $p=0,71$). Utilizando o coeficiente de determinação ($r^2=0,3$), é possível verificar que a variação do domínio de relações sociais é dependente da intervenção em 23%.

A subescala “preocupações adicionais” obteve uma medida, no período antes, de $19,20 \pm 6,62$ e, no período depois, de $17,60 \pm 6,38$. A diferença entre os valores medidos antes e depois foi estatisticamente não significativa ($t=1,008$; $p>0,331$). Foi obtida a correlação positiva e não significativa ($r=0,55$; $p=0,32$). Utilizando o coeficiente de determinação ($r^2=0,30$), é possível verificar que a variação do domínio de relações sociais é dependente da intervenção em 30%.

O valor total das subescalas do Fact-B foi de $63,73 \pm 13,65$, no período antes, e $62,06 \pm 13,31$, no período depois. A diferença entre os valores obtidos antes e

depois foi estatisticamente não significativa ($t=0,757$; $p>0,461$). Foi obtida a correlação positiva ($r=0,80$; $p=0,0001$). Utilizando o coeficiente de determinação ($r^2=0,64$), é possível verificar que a variação do domínio de relações sociais é dependente da intervenção em 64%.

6.3 AVALIAÇÃO QUALITATIVA POR MEIO DE GRUPO FOCAL

Foram realizados dois grupos focais com as participantes do estudo, ambos após o término das atividades de dança, a fim de avaliar qualitativamente a vivência das participantes ao longo do período da intervenção.

As reuniões dos grupos focais foram gravadas e posteriormente foram realizadas as transcrições das informações. A partir das transcrições foi realizada uma redução dos dados e criadas categorias por assunto de maior relevância, desde o ponto de vista das pacientes. A análise qualitativa dos dados foi posteriormente apresentada às participantes, em um seminário especialmente planejado para este tipo de atividade, com a finalidade de verificar a conformidade da interpretação dos dados por parte dos pesquisadores e das participantes. Houve plena concordância entre pesquisadores e participantes quanto às categorias propostas.

As categorias que foram identificadas são as seguintes: recrutamento e consentimento; grupo; continuidade da atividade realizada; dor; e auto-estima.

A categoria “recrutamento e consentimento” permitiu avaliar a forma adequada pela qual as participantes do projeto foram convidadas e incluídas no projeto. A postura do pesquisador ao realizar o convite para participação no estudo foi um item de destaque. Isto pode ser evidenciado por meio das seguintes falas:

“Uma das coisas que me trouxe para cá foi a maneira como ela se dirigiu para mim, foi uma coisa que cativou”.

“Quando ela me convidou eu aceitei porque moro perto e para ajudar ela também”.

“A maneira que ela se aproximou da gente, de abordar, foi o motivo que nos trouxe aqui”.

“Eu vim mesmo porque na primeira entrevista ela me conquistou...”

“Ela me convidou e eu disse: mas, já to indo!”

A categoria “grupo” evidenciou a importância do convívio, da identificação entre as próprias participantes e do reconhecimento da importância do olhar do

outro, ao sentirem-se percebidas e acolhidas. As seguintes falas permitem demonstrar estas questões:

“O grupo me ajudou muito”.

“Onde todas vão ter o mesmo problema que eu tive”.

“A gente rindo e se abraçando”.

“Eu quero agradecer os abraçinhos das colegas, o aconchego das colegas é muito bom. O que era aos domingos passou a ser nas terças, o dia bom. Onde todas vão ter o mesmo problema que eu tive”.

“A gente faz novas amizades, tem o carinho de todas”.

“Se não houvesse esse vínculo nenhuma de nós teria saído de casa”.

A categoria “continuidade da atividade realizada” demonstrou a disposição das participantes em prosseguir realizando as aulas de dança, assim como outras atividades físicas. As transcrições a seguir ilustram parte destes comentários:

“Isso me ajudou também, porque eu tomei uma decisão: quando acabar, agora, as aulas, eu vou entrar na academia”.

“No posto de saúde eu já me informei onde eu moro tem ginástica duas vezes por semana. Eu vou fazer”.

“Eu tenho que me cuidar, fazer alguma coisa pra minha saúde”.

“A gente queria saber se tem como continuar. Ou podemos invadir as próximas turmas”.

“Porque a partir daqui, nós vamos adiante”.

“E agora, o que vou fazer? Continuar”.

A categoria referente à “dor” evidenciou que as participantes relataram que as atividades realizadas contribuíram para melhorar este sintoma. Algumas frases citadas pelas participantes podem ilustrar estas situações.

“Eu sinto menos dor”.

“O que a dança trouxe pra mim? Trouxe a melhoria das minhas dores. Eu tocava no couro cabeludo e doia. Eu melhorei pernas, joelho. Eu sentia muitas dores nas costas, no ciático, e agora eu melhorei muito, muito mesmo”.

“Eu cheguei aqui muitas vezes com dor nas pernas, nos joelhos, nos braços, e sai daqui bem”.

“Eu tinha muita dor no tornozelo. Agora eu estou vendo tv, estou movendo o tornozelo. Não melhorou muito a dor, mas eu não podia levantar, levantava dura”.

“Antes eu tomava um paracetamol de 750 mg todos os dias quando acordava e não tomo mais”.

A categoria “auto-estima” englobou as manifestações das participantes na percepção de si na relação consigo mesmas. Alguns exemplos de falas permitem identificar estes aspectos:

“Para mim, melhorou muito a auto-estima”.

“Agora eu me coloco na agenda”.

“Eu acho isso muito bom porque eu vivia dentro de casa, só para baixo”.

“É aquele momento em que a gente está pra gente mesmo”.

“Como a gente fica mais leve né. O pensamento despreocupado já te coloca mais relaxado...tu começa a vibrar com coisas boas”.

“Eu acho que eu me soltei mais. Foi muito bom para minha mente”.

“Eu noto que to mais paciente e também mais atenciosa com meu marido. Ele disse esses dias para mim: tu estás muito boazinha. Ele olhou pra mim meio surpreso”.

“Outra coisa que observei também é que me tornei mais alegre”.

“...eu comecei a me cuidar mais, quero me sentir bonita, me vejo mais bonita”.

“Unha pintada...eu não pintava. Agora tô pensando em pintar o cabelo também”.

“Terça é dia de tomar banho, escolher o perfuminho, a roupa para sair”

“Eu já me imagino nova de novo”.

“Porque eu remocei, to me sentindo com 60 anos ao invés de 77”.

“As pessoas se acomodam muito, e isso não pode ser assim. Eu já tive momentos de me fechar e não querer ver ninguém, mas isso não está certo”.

“Borboletas prontas para voar”.

7. DISCUSSÃO

Com base nos dados obtidos e nos resultados avaliados quantitativamente e qualitativamente é possível estabelecer alguns pontos de discussão.

Um estudo recente, de revisão sistemática sobre a relação entre dança, qualidade de vida e câncer de mama, utilizando bases de dados da área biomédica e da área de artes, encontrou apenas dois estudos que se enquadram nesta situação de pesquisa, ambos com vieses de aferição. A amostra avaliada nestes dois estudos foi de 68 mulheres. Não foram obtidos resultados significativos nestes estudos nem na associação entre ambos. A carência de estudos publicados sobre a relação entre dança, qualidade de vida e câncer de mama, impede o cotejo mais amplo dos resultados desta pesquisa com outros estudos (6)

Os resultados obtidos nos grupos focais com relação à categoria “recrutamento e consentimento” evidenciaram que a voluntariedade das participantes foi preservada e que do processo de obtenção do consentimento foi adequado. Isto também pode ser demonstrado pelo valor baixo obtido na escala de expressão de coerção. A baixa importância atribuída aos fatores externos de decisão é de extrema relevância no processo de consentimento, pois preserva a autonomia e a autodeterminação do paciente, estimulando sua participação ativa no projeto de pesquisa (19).

Os resultados quantitativos obtidos com as duas escalas de avaliação de qualidade de vida, WHOQOL brief e Fact-B, não apresentaram diferenças estatisticamente significativas na comparação dos períodos antes e depois da intervenção de dança. Vale a pena ressaltar, contudo, que o WHOQOL- Bref teve um coeficiente de determinação mais baixo que o do Fact-B, 22% e 64% respectivamente. Isto pode evidenciar que a escala desenvolvida, para verificar qualidade de vida, especificamente para as pacientes com câncer de mama, o Fact-B (27) tem melhor adequação para este tipo de situação em estudo.

Na avaliação realizada preliminarmente à intervenção, a maioria das participantes (53%) referiu ter uma “boa” percepção de saúde. Há concordância da percepção de saúde das participantes deste estudo com outro estudo (30) realizado com 294 idosas com câncer de mama onde a maioria das mulheres avaliou sua qualidade de vida após o tratamento, como sendo boa ou ótima, atribuindo

principalmente à saúde pessoal, fé em Deus, bom relacionamento familiar e social, mais valor a vida, entre outros.

Isto pode ter influenciado nos resultados obtidos no WHOQOL Bref e no Fact-B nos aspectos físicos avaliados. Em ambas escalas não foi possível verificar uma diferença estatisticamente significativa na comparação entre os períodos antes e depois. Contudo, a avaliação qualitativa dos dados obtidos nos grupos focais demonstrou que as participantes tiveram uma percepção de melhora na sua qualidade de vida, evidenciada nas categorias “dor”, “auto-estima”, “grupo” e “continuidade das atividades realizadas”.

No domínio relações sociais da escala WHOQOL Bref o coeficiente de determinação foi o mais elevado de todos os obtidos, caracterizando uma forte relação entre este domínio e a intervenção do estudo. Da mesma forma, as subescalas “Bem-estar Emocional” e “Bem-estar Social/Familiar” tiveram os coeficientes de determinação mais elevados na escala Fact-B. Os aspectos emocionais avaliados quantitativamente pelas escalas WHOQOL bref e Fact-B não apresentaram diferenças estatisticamente significativas comparando os períodos antes e depois da intervenção de dança. A exemplo da dor, também a avaliação qualitativa dos dados obtidos nos grupos focais evidenciou resultados diferentes da comparação obtida pela avaliação quantitativa dos aspectos emocionais e sociais.

No que se refere a estes aspectos, a avaliação qualitativa permitiu comprovar a importância do valor social e emocional que a dança representa em sua prática. Os relatos das participantes do estudo sobre os benefícios do convívio social, durante as aulas de dança, comprovam a importância da prática da Dança de Salão que é conhecida como “dança social”, praticada e interpretada, normalmente, por diversão, prazer, integração, em bailes e outros eventos sociais (35).

A dança é uma atividade bem aceita pelos idosos (7) principalmente quando proposta de modo orgânico e não métrico. Seus movimentos devem partir de “dentro para fora” onde buscam razão de ser uma atividade terapêutica social e interativa. Uma velhice bem-sucedida revela-se em idosos que mantêm independência e envolvimento ativo com a vida pessoal, com a família, com os amigos e com a vida social (38) e a dança pode ser uma alternativa em tal processo de envelhecimento.

A fim de ilustrar o importante papel da dança na percepção de si e do outro, Cerruto (39) cita a síntese de Garaudy sobre o pensamento de Von Laban, este que desenvolveu estudos precisos e aprofundados sobre o movimento, sobre o significado da dança para o ser humano onde deu à arte uma função educativa:

“Além da expressão pessoal, do autocontrole e por meio deles, a arte é um meio de comunicação, um tomar consciência do outro e da comunidade no seio da qual interagimos...”(39)

A grande variabilidade verificada nos valores quantitativos obtidos com a utilização da Escala Análogo-Visual de Dor pode ter influenciado na avaliação dos resultados. Não foi verificada diferença estatisticamente significativa quanto à dor associada à intervenção. Paradoxalmente, nos resultados dos grupos focais, a dor foi uma das categorias que emergiram da avaliação qualitativa. As participantes relataram que perceberam melhora na dor física em função das atividades desenvolvidas na intervenção de dança.

Uma outra categoria identificada nos grupos focais foi a da “auto-estima”. Em alguns relatos foram feitos depoimentos de que as participantes tiveram melhor cuidado com o seu próprio corpo. Estas mesmas mulheres também relataram que passaram a cuidar mais de seus aspectos estéticos, tais como unhas, cabelos e vestimentas. A pesquisadora já havia observado e registrado algumas dessas mudanças, em termos de cuidados estéticos, durante as aulas dança. As participantes relataram, em diversos depoimentos, que melhoraram a percepção de si mesmas e a sua relação com outras pessoas. Outros autores (4, 33-35, 39) já relataram que os movimentos e gestos da dança permitem evidenciar aspectos associados à afetividade e aos sistemas de crenças e valores das pessoas.

Ainda na categoria “auto-estima”, a fala *“Borboletas prontas para voar”*, dita por uma das alunas em seu depoimento, está repleta de sentido, pois a borboleta remete ao significado da metamorfose, onde a lagarta tinha vida e certa beleza, fecha-se num casulo, o que aqui poderíamos fazer uma analogia com o período da doença (o câncer de mama) e depois renasce como “borboleta”, num vôo livre para a vida.

A categoria “grupo”, também oriunda dos grupos focais, reiterou a importância atribuída pelas participantes ao convívio social, ao acolhimento e a participação em

atividades com pessoas tinham tido a mesma experiência do câncer de mama e com as quais havia uma identificação forte (13).

Anna Halprin, dançaterapeuta norte americana, ampliou sua pesquisa com pessoas com câncer desenvolvendo trabalhos coreográficos onde a dança permitia expressar os sentimentos envolvidos na experiência de ter vivido a doença transformando-os através de um processo libertador.

Ela viveu pessoalmente a experiência do câncer e fez uma declaração importante quando relatou a sua “*dança de cura*”(39):

“Dançando o meu “lado sombra”, ou seja, as minhas forças destrutivas, notei o renovar-se da potência energética e me senti mais forte e pronta para dançar o meu “lado arco-íris...” (39).

Na avaliação inicial das participantes, a maioria delas (74%) referiu não praticar qualquer atividade física regular. Na avaliação qualitativa dos grupos focais foi identificada uma categoria referente à “continuidade da atividade realizada”. As participantes referiram o desejo de continuar a praticar atividades físicas de forma regular. Várias participantes solicitaram a continuidade das atividades desenvolvidas no estudo e algumas sugeriram maior frequência nas atividades de dança.

A atividade sistemática, ou seja, aquela praticada regularmente empresta significado à existência, quer pelo compromisso e responsabilidade social nela implícitos, quer pela oportunidade de manter este convívio e também pela valorização e reconhecimento envolvidos neste processo, além de contribuir para satisfação pessoal e prevenção de doenças (38). Algumas participantes já referiram ações concretas de como pretendem prosseguir com a atividade física após o término do estudo. Foram relatadas situações de busca de recursos junto ao próprio sistema de saúde ou em outras instâncias sociais. Este fato demonstra que o presente estudo estimulou as participantes da pesquisa a praticar atividade física regular.

Podem ser reconhecidas como limitações do presente estudo, o tamanho amostral, a taxa de desistência no grupo estudado e a diversidade das pacientes quanto ao diagnóstico e tratamento de câncer de mama.

A realização de um novo estudo com a inclusão de um grupo maior de pacientes, que possibilite avaliar de forma estratificada os subgrupos de acordo com

suas características pessoais e assistenciais, poderá oferecer um melhor entendimento sobre a utilização da dança como recurso terapêutico.

Outro fator que poderá ser melhor abordado em futuros estudos é a frequência das aulas de dança. No presente estudo foram oferecidas aulas com frequência de uma vez por semana. A ampliação do número de aulas por semana poderá provocar mudanças significativas desde o ponto de vista quantitativo.

Um ponto positivo do presente estudo, que deverá ser levado em consideração no planejamento de outros projetos, é a realização de uma abordagem qualitativa, utilizando as entrevistas por meio de grupos focais, onde os pesquisadores responsáveis pela condução deste processo não tenham participado da intervenção (aulas de dança).

8. CONCLUSÃO

Com base nos dados obtidos na amostra estudada e com a intervenção proposta, é possível concluir que:

- foi possível avaliar qualitativamente a vivência das participantes do estudo, por meio da realização de grupos focais, que demonstrou mudanças relevantes na qualidade de vida destas mulheres. Os principais aspectos identificados foram os relacionados à vivência em grupo, à dor, à auto-estima e à continuidade das atividades físicas;
- a avaliação quantitativa dos resultados obtidos com as escalas de qualidade de vida – WHOQOL bref e Fact-B – não apresentou diferenças estatisticamente significativas na comparação entre os períodos inicial e final do estudo. Foram verificadas várias correlações fortes entre os diferentes domínios ou subescalas com a intervenção realizada;- a avaliação da diferença na percepção de dor no período antes e depois da intervenção não foi significativa na avaliação quantitativa, mas foi considerada como uma redução relevante na avaliação qualitativa das participantes; - a relação existente entre a intervenção da dança e a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama foi evidenciada pela avaliação qualitativa realizada com base nos grupos focais. Estes relatos evidenciaram a importância atribuída à intervenção do presente estudo, que conjugou a realização de atividade física com interação social por meio da dança.

REFERÊNCIAS

1. Freitas EV, Py L, Cançado FX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: KooganG; 2006.
2. Frasson A, Zerwes F, Vollbrecht B, Viegas J. Manual de ginecologia. Porto Alegre: Edipucrs; 2009.
3. Pedroso W, Araujo MB, Stevanato E. Atividade física na prevenção e na reabilitação do câncer. Motriz. 2005 Set-Dez; 11(3):155-160.
4. Rezende M, Caldas CP. A Dança de Salão na Promoção da Saúde do Idoso. A Terceira Idade. 2003 Maio; 14(27): 7-27.
5. Sandel SL, Judge JO, Landry N, Faria L, Ouellette R, Majczak M. Dance and Movement Program Improves Quality of Life. Cancer Nursing. 2005; 28(4): 301-309.
6. Bradt J, Goodill S, Dileo C. Dance/movement therapy for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. Cochrane Database Syst Rev. 2011;5.
7. Mazo GZ, Lopes M, Benedetti T. Atividade Física e o Idoso: concepção gerontológica. Porto Alegre: Sulina; 2004.
8. Paschoal S. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião [Tese de mestrado]. São Paulo: USP; 2000.
9. Terra N, Oppermann R, Terra P. Doenças Geriátricas & Exercícios Físicos. 1 ed. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2010.
10. Organization WH. Envelhecimento Ativo: uma política de saúde. Brasília: OMS; 2005.
11. Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul [database on the Internet]2002 [cited 19 Set 2011].
12. Câncer INd, Silva JAGd. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil Rio de Janeiro: INCA; 2011.
13. Hoffmann FS, Muller MC, Frasson AL. Repercussões psicossociais , apoio social e bem estar espiritual em mulheres com câncer de mama. Psicologia, Saúde e Doenças. 2006; 7(2):239-254.
14. Brasil, Ministério da Saúde, Câncer INd. Estimativa 2010: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009.
15. Stein AT, Zelmanowicz AdM, Zerwes FP, Biazus JVN, Lazaro L, Franco LR. Rastreamento do câncer de mama: recomendações baseadas em evidências. AMRIGS. 2009 dez 14; 4(12): 438-446.

16. Boff RA, Wisintainer F. O que as mulheres querem saber sobre câncer de mama: as 100 perguntas mais frequentes. Caxias do Sul: Mesa Redonda; 2005.
17. Taborda JGV. Percepção de coerção em pacientes psiquiátricos, cirúrgicos e clínicos hospitalizados [Tese de Doutorado]. Porto Alegre: UFRGS; 2002.
18. Goldim JR. Manual de iniciação à pesquisa em saúde. Porto Alegre: Da casa; 1997.
19. Raymundo MM, Goldim JR. Do consentimento por procuração à autorização por representação. *Bioética*. 2007;15.
20. Hoskins CN, Haber J. Adjusting to breast cancer. *American Journal of Nursing*. 2000;100.
21. Andrade FAd, Pereira LV, Sousa FAEF. Mensuração da Dor no Idoso: Uma Revisão. *Latino Americana de Enfermagem*. 2006 mar-abr 14 (2): 271-276.
22. Wallace M. Pain after breast cancer surgery: a survey of 282 women. *Pain*. 1996.
23. Burak W. Sentinel lymph node biopsy results in less postoperative morbidity compared with axillary lymph node dissection for breast cancer. *The American Journal of Surgery*. 2001;183.
24. Caffo O. Pain and Quality of life after surgery for breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment* 2003;80.
25. Organization WH. Cancer-The Breast Health Global Initiative. 2011 [acessado em 15/Novembro/2011]; <http://www.who.int/cancer/bgghi.pdf>.
26. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-BREF). *Rev Brasileira de Psiquiatria*. 1999 21: 19-28.
27. Pandey M, Thomas BC, Ramdas K, Eremenko S, Nair MK. Quality of life in breast cancer patients: Validation of a FACT-B Malayalam Version. *PubMed*. 2002;11.
28. Makluf ASD, Dias RC, Barra AdA. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2006.
29. Paim CR, Lima EDRdP, Cassali GD. Complicações e qualidade de vida em pacientes submetidas a biópsia de linfonodo sentinela ou a linfadenectomia axilar no câncer de mama [Tese de mestrado]. Minas Gerais: UFMG; 2007.
30. Hansen D, Viegas J, Vollbrecht B, Frasson A. Câncer de Mama em Mulheres Idosas. *Atualizações em Geriatria e Gerontologia II: abordagens multidimensionais e interdisciplinares*. Porto Alegre: Edipucrs; 2009.
31. Ciola G, Teixeira CVL, Salve MGC. Dança de Salão: promoção da qualidade de vida em idosos. *Ciência em Movimento*. 2011. 1(52): 49-58.

32. Garaudy R. Dançar a vida. 4 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1980.
33. Leal I, Haas AN. O significado da dança na terceira idade. Revista Brasileira do Envelhecimento Humano. 2006 Jan-Jun: 64-71.
34. Dantas M. Dança: o enigma do movimento. Porto Alegre: UFRGS; 1999.
35. Haas AN, Garcia Â. Ritmo e Dança. Canoas: Ulbra; 2003.
36. Ferreira V. Atividade Física na 3ª Idade. Rio de Janeiro: Sprint; 2003.
37. Bardin L. Análise de Conteúdos. São Paulo: 70; 2011.
38. Terra NL, Torelly IWdO. Envelhecimento e suas múltiplas áreas do conhecimento. Porto Alegre: Edipucrs; 2010.
39. Cerruto E. No ritmo do coração: dançaterapia entre Oriente e Ocidente. São Paulo: Phorte; 2009.
40. Barbour R. Grupos Focais. Porto Alegre: Artmed; 2009.

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética da PUCRS



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF.CEP-1110/10

Porto Alegre, 08 de outubro de 2010.

Senhor Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 10/05213 intitulado **“A intervenção da dança em mulheres idosas com câncer de mama e sua relação com a qualidade de vida”**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider
Coordenador do CEP-PUCRS

Profª Dr. Virginia Minghelli Schmitt
Coordenadora Substituta
Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS
CEP - PUCRS

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. José Roberto Goldim
IGG
Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 – 3º andar – CEP: 90610-000
Sala 314 – Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep

ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética do HCPA

**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 100438

Versão do Projeto: 16/11/2010

Versão do TCLE: 11/11/2010

Pesquisadores:

FATIMA RIBEIRO FERREIRA

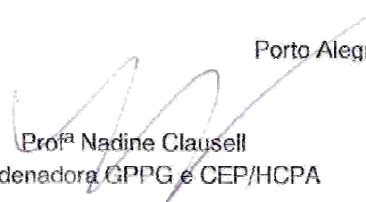
JOSE ROBERTO GOLDIM

Título:

A INTERVENÇÃO DA DANÇA EM MULHERES IDOSAS COM CÂNCER DE MAMA E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA.

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/HCPA.

Porto Alegre, 16 de novembro de 2010.


Profª Nadine Clausell
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA

ANEXO C - Escala Análogo Visual de Dor

Marque na escala abaixo a intensidade da sua dor:

Ausência de dor

Pior dor possível



10 cm

ANEXO D - Escala de Expressão de Coerção em Assistência

ANO	MÊS	DIA	L	COLET.	SUJ.				

SEXO: () F

IDADE: _____ ANOS PROFISSÃO: _____

ESCOLARIDADE: _____ ANOS DE ESTUDO

- () NÃO ALFABETIZADO
 () ENSINO FUNDAMENTAL (PRIMÁRIO/ 1º GRAU)
 () ENSINO MÉDIO (GINÁSIO/ 2º GRAU)
 () ENSINO SUPERIOR (FACULDADE)
 () PÓS-GRADUAÇÃO (MESTRADO/ DOUTORADO)

Leia as seguintes frases e assinale se concorda ou discorda da afirmação:

	Concordo	Discordo
Tive oportunidade suficiente de dizer se queria me tratar.		
Tive oportunidade de dizer o que queria a respeito do tratamento.		
Ninguém parecia interessado em saber se eu queria me tratar.		
Minha opinião sobre o tratamento não interessou.		

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

ESCALA DE EXPRESSÃO DE COERÇÃO/ASSISTÊNCIA
 LABORATÓRIO DE PESQUISA EM BIOÉTICA E ÉTICA NA CIÊNCIA
 CENTRO DE PESQUISAS/HCPA

ANEXO E - WHOQOL – Bref

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE GENEVRA
 Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil
 Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
 Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal UFRGS
 Porto Alegre – RS – Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

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

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

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

Você recebe dos outros o apoio que necessita?

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

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

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

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

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

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

As questões seguintes perguntam sobre **Quão completamente** você tem sentido ou J capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **Quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

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

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?.....

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO F – FACT-B

Questionário em português para avaliação da qualidade de vida
(versão 4)

Abaixo existe uma lista de momentos em que outras pessoas com câncer de mama tem dito como importantes.

Circule um (1) número por a linha, indique, por favor, o que cada momento significou para você nesses últimos sete dias.

	BEM ESTAR FÍSICO	Não	Muito Pouco	Pouco	Muito	Bastante
GP1	Eu tenho falta da energia?	0	1	2	3	4
GP2	Eu tenho náuseas?	0	1	2	3	4
GP3	Por causa de minha condição física, eu tenho problema em resolver necessidades de minha família?	0	1	2	3	4
GP4	Eu sinto dor?	0	1	2	3	4
GP5	Eu estou incomodado com efeitos laterais do tratamento?	0	1	2	3	4
GP6	Eu me sinto doente?	0	1	2	3	4
GP7	Eu estou sempre de cama?	0	1	2	3	4

	BEM ESTAR SOCIAL DA FAMÍLIA	Não	Muito Pouco	Pouco	Muito	Bastante
GS1	Eu me sinto perto de meus amigos?	0	1	2	3	4

GS2	Eu tenho suporte emocional da minha família?	0	1	2	3	4
GS3	Eu tenho suporte dos meus amigos?	0	1	2	3	4
GS4	Minha família aceitou minha Doença?	0	1	2	3	4
GS5	Eu estou satisfeito com o interesse da minha família em relação a minha doença?	0	1	2	3	4
GS6	Eu sinto próximo do meu ou minha parceira (ou da pessoa que é meu principal suporte)?	0	1	2	3	4
Q1	Não obstante seu nível atual da atividade sexual, responda por favor à seguinte pergunta. Se você preferir não responder, verifique por favor esta caixa e vá à seção seguinte.					
GS7	Eu estou satisfeito com minha vida sexual?	0	1	2	3	4

Circule um (1) número por a linha, indique, por favor, o que cada momento significou para você nesses últimos sete dias.

	BEM ESTAR EMOCIONAL	Não	Muito Pouco	Pouco	Muito	Bastante
GE1	Eu me sinto triste?	0	1	2	3	4
GE2	Eu estou satisfeito em relação a maneira que eu estou lidando com minha doença?	0	1	2	3	4

GE3	Eu estou perdendo a esperança na luta contra a doença?	0	1	2	3	4
GE4	Eu me sinto nervosa?	0	1	2	3	4
GE5	Eu me preocupo com a morte?	0	1	2	3	4
GE6	Eu preocupo-me que minha condição piore?	0	1	2	3	4

	BEM ESTAR FUNCIONAL	Não	Muito Pouco	Pouco	Muito	Bastante
GF1	Eu sou capaz de trabalhar? (inclua o trabalho em casa)	0	1	2	3	4
GF2	Meu trabalho (inclua o trabalho em casa) está concluído?	0	1	2	3	4
GF3	Eu sou capaz de apreciar a vida?	0	1	2	3	4
GF4	Eu aceitei minha doença	0	1	2	3	4
GF5	Eu estou dormindo bem	0	1	2	3	4
GF6	Eu estou apreciando as coisas que eu faço geralmente para me divertir?	0	1	2	3	4
GF7	Eu estou satisfeito com a minha qualidade de vida hoje?	0	1	2	3	4

Circule um (1) número por a linha, indique, por favor, o que cada momento significou para você nesses últimos sete dias.

	PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS	Não	Muito Pouco	Pouco	Muito	Bastante
B1	Eu tenho sentido falta de ar.	0	1	2	3	4
B2	Eu me sinto bem com a maneira que Eu me visto	0	1	2	3	4

B3	Um ou ambos meus braços estão inchados ou sensíveis	0	1	2	3	4
B4	Eu me sinto sexualmente atraente	0	1	2	3	4
B5	Eu fico incomodada com perda do cabelo	0	1	2	3	4
B6	Eu me preocupo se meus familiares possam algum dia ter a mesma doença que eu	0	1	2	3	4
B7	Eu me preocupo sobre o efeito do stress na doença	0	1	2	3	4
B8	Eu me preocupo com uma mudança no peso	0	1	2	3	4
B9	Eu posso me sentir como uma mulher	0	1	2	3	4
P2	Eu, em determinadas partes de meu corpo, sinto uma dor significativa	0	1	2	3	4

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO G – Recibo de Recebimento do Artigo pela Revista Movimento

The screenshot shows the 'Movimento' journal website interface. The main header features the journal title 'Movimento' and the UFRGS logo. The navigation menu includes links for 'CAPA', 'SOBRE', 'PÁGINA DO USUÁRIO', 'PESQUISA', 'ATUAL', 'ANTERIORES', 'NOTÍCIAS', 'TUTORIAIS', and 'NORMAS PARA PUBLICAÇÃO'. The user is logged in as 'goldim'.

The main content area is titled 'Submissões Ativas' and contains a table with the following data:

ATIVO	ARQUIVO				
ID	NUMERO DE ENVIADO	SEÇÃO	AUTORIA	TÍTULO	SITUAÇÃO
25170	03-01	ART	Ferreira, Goldim	DANÇA E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA	Aguardando designação

Below the table, it indicates '1 a 1 de 1 itens' and provides a link to 'Iniciar nova submissão'. The ISSN information is also displayed: 'ISSN impresso: 0104-754X ISSN online: 1982-8918'.

The right sidebar contains utility options for the user, including 'Meus pendidos', 'Perfil', and 'Sair do sistema'. It also lists 'Submissões' (Ativo: 1, Arquivadas: 0, Nova submissão) and 'CONTEÚDO DA REVISTA' with a search function. Other options include 'Procurar' (Por Edição, Por Autor, Por título, Outras revistas), 'OPEN JOURNAL SYSTEMS', 'Ajuda do sistema', 'IDIOMA' (Português (Brasil)), and 'TAMANHO DE FONTE'.

APÊNDICE – 1 Convite

Entrevista

Local: Centro de Pesquisa do HCPA
(1º andar). Fone: 3359-7604

Dia:

Horário:

CONVITE!

A prática de atividade física é uma excelente ferramenta para restaurar e melhorar o bem-estar físico durante o tratamento do câncer de mama.

Entre as atividades físicas mais aceitas está a prática de dança, pois estimula a criatividade, o desenvolvimento da auto-imagem e da autoconfiança.

Você está convidada a participar de uma pesquisa sobre:

“A INTERVENÇÃO DA DANÇA EM MULHERES PÓS-TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA”.

As aulas de dança ocorrerão a partir de Março de 2011 nas terças-feiras e você poderá escolher o turno (manhã ou tarde).

Essa prática será adequada e adaptada a sua condição física atual.

Pesquisadores: Prof. Dr. José Roberto Goldim, Profª Dra. Patrícia Prolla e Profª Fátima Ferreira. Telefone para contato: (51) 8115-1025.

Aceito a participar da pesquisa: () SIM () NÃO

NOME: _____

TELEFONES: _____

PREFERÊNCIA: MANHÃ () ou TARDE ()

ASS: _____

APÊNDICE – 3 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar de um estudo sobre a intervenção da dança e sua relação com a qualidade de vida que será realizada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Caso você aceite, a sua participação será através de uma entrevista, com a utilização de alguns questionários.

Todas as informações coletadas serão utilizadas apenas para fins científicos e a sua identidade será preservada, inclusive nos bancos de dados a serem utilizados.

A sua participação no presente projeto de pesquisa não acarreta riscos adicionais, podendo ocorrer apenas desconforto em responder perguntas sobre a sua pessoa.

A sua participação é voluntária. Você poderá não aceitar ou interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo no seu atendimento ou na participação em outras pesquisas realizadas na Instituição.

Os pesquisadores do projeto são Fátima Ribeiro Ferreira e José Roberto Goldim que estão a sua disposição para eventuais outros esclarecimentos através do telefone 21017615. Você também pode se informar sobre os seus direitos como participante de pesquisa com o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, telefone 21018304. O presente projeto foi aprovado por este mesmo Comitê.

Eu, _____ aceito participar desta pesquisa sobre a intervenção de dança e sua relação com a qualidade de vida no HCPA.

Assinatura

_____/_____/____

Coletador

_____/_____/____

APÊNDICE – 4 Roteiro de entrevista dos Grupos Focais

ROTEIRO DE ENTREVISTA DE GRUPO FOCAL

CONCEITO: é uma técnica de pesquisa que permite a obtenção de dados de natureza qualitativa a partir de sessões grupais, em que as pessoas compartilham algo em comum (40).

DICAS: não intervir o tempo todo, somente quando houver necessidade. Realizar questões adicionais, se necessário. Prestar bastante atenção no vocabulário, ao tom e a comunicação não verbal utilizados pelos participantes. Encorajar os participantes a “problematizar” conceitos.

Pesquisadoras responsáveis pela condução dos grupos focais: Cristina Melnik (psicóloga e professora de dança), Ana Paula Pedroso (bióloga e pesquisadora) e Kátia Adriane Rodrigues Ferreira (psicóloga e pesquisadora).

Questões norteadoras para discussão em grupo:

- 1- Qual sua percepção da qualidade de vida antes e depois da intervenção de dança?
- 2- Qual a percepção de dor antes e depois da intervenção de dança?
- 3- Em geral o que mudou em suas vidas após as aulas de dança?

APÊNDICE – 5 Artigo

Encaminhado para publicação na revista MOVIMENTO

Qualis B1

Dança e Qualidade de Vida em Mulheres com Câncer de Mama

Fátima Ribeiro Ferreira

Educadora Física, Especialista em Dança, aluna de Mestrado do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Geriatria e Gerontologia Biomédica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul/Brasil, pesquisadora do Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na pesquisa, Hospital de Clínicas de Porto Alegre/Brasil

José Roberto Goldim

Biólogo, PhD, Professor dos Programas de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Brasil e Pós-Graduação do Instituto de Geriatria e Gerontologia Biomédica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul/Brasil, Laboratório de Pesquisa em Bioética, Hospital de Clínicas de Porto Alegre/Brasil

RESUMO

As pacientes com câncer de mama podem apresentar limitações próprias ou decorrentes do tratamento. Recursos terapêuticos podem minimizar o impacto de algumas destas limitações, com resultados que variam individualmente. O objetivo do presente estudo foi avaliar a relação entre a dança e qualidade de vida nestas mulheres. A amostra foi composta por 15 pacientes ambulatoriais, com idades de 50 a 78 anos, que participaram de 13 sessões semanais de danças de salão, com duração de 1h30min. Foi utilizada a técnica de grupos focais. Os resultados evidenciaram mudanças relevantes relatadas pelas próprias participantes em termos de dor, integração social e autoestima.

Palavras-chave: Dança. Qualidade de Vida. Câncer de Mama

RESUMÉN

Las pacientes con cáncer de mama pueden tener limitaciones propias o resultantes del tratamiento. Recursos terapéuticos pueden minimizar el impacto de algunas de estas limitaciones, con resultados que varían de forma individual. Nuestro objetivo fue evaluar la relación entre la danza y la calidad de vida. La muestra consistió en 15 pacientes ambulatoriales, de 50 a 78 años, que participaron en 13 sesiones semanales de danza de salón, con duración de 1h30min. Fue usada la técnica de grupos focales. Los resultados mostraron cambios relevantes reportados por los propios participantes en términos de dolor, la integración social y la autoestima.

Palabras clave: Danza. Calidad de Vida. Cáncer de Mama.

ABSTRACT

Patients with breast cancer may have limitations resulting from the disease itself or from the treatment. Therapeutic resources can minimize the impact of some of these limitations, results may vary individually. The aim of this study was to evaluate the relationship between dance and quality of life. The study sample consisted of 15 outpatients, ages from 50 to 78 years old, who participated in 13 weekly sessions of ballroom dancing, which lasted 1:30. Focus group was used to evaluate results. Research subjects reported relevant changes in terms of pain, social integration and self-esteem.

Keywords: Dance. Quality of Life. Breast Cancer

INTRODUÇÃO

A ocorrência de doenças de alta gravidade interfere no envelhecimento saudável das pessoas. Utilizando uma perspectiva sistêmica e integrada do ser humano, um problema de saúde no nível biológico acaba tendo repercussões psicológicas e sociais (1). O câncer de mama em mulheres adultas e idosas é um exemplo deste tipo de repercussão sistêmica. Sua maior incidência é na população feminina na faixa etária a partir de 60 anos de idade (2).

O tratamento em pacientes com câncer de mama pode ser dividido em local e sistêmico (2). Em alguns casos, exige uma abordagem cirúrgica, outros, intervenções de radioterapia, quimioterapia, terapia biológica, hormonioterapia ou ainda dois ou mais tratamentos associados concomitantemente. Estes procedimentos podem desencadear seqüelas físicas, representadas principalmente por dor, limitações de movimentos e alterações de sensibilidade principalmente na região da cintura escapular.

Além da abordagem dos aspectos biológicos do tratamento médico destas pacientes, também é importante verificar quais outras abordagens podem ser propostas no plano psicológico e social.

Há evidências da contribuição significativa da atividade física em diferentes fases da doença e do seu tratamento. Na reabilitação de pacientes com câncer de mama, por exemplo, a atividade física favorece a preservação das capacidades físicas bem como a retomada das atividades cotidianas (3).

A dança, como atividade física, contribui para garantir a independência funcional do indivíduo (4) e sua utilização como recurso para intervir no processo de qualidade de vida no tratamento de câncer de mama tem sido uma das alternativas com a finalidade de propiciar um intercâmbio de vivências corporais, pessoais e grupais (5). Não foram encontradas na literatura científica, referências sobre este tipo de abordagem no Brasil.

Este artigo apresenta os dados qualitativos das relações existentes entre a intervenção da dança e a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama na faixa etária a partir de 50 anos de idade.

MÉTODO

Foi realizado um estudo com um delineamento de quase-experimento, do tipo antes-depois. A intervenção proposta foi a dança e o desfecho foi a qualidade de vida relatada pelas participantes. As participantes da pesquisa foram avaliadas no período antes e depois da

intervenção de dança realizada ao longo de 13 semanas consecutivas, por um período de 1h30min semanal.

A população em estudo foi composta por mulheres com a partir de 50 anos de idade, que estavam em acompanhamento em hospital geral universitário. Entende-se por pós-tratamento terem concluído a radioterapia, quimioterapia ou cirurgia oncológica. A amostra foi obtida de maneira estocástica, sendo composta por 15 pacientes, no período pós-tratamento de câncer de mama, provenientes dos ambulatórios de Oncogenética, Oncologia e Mastologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. As avaliações e a intervenção foram realizadas entre março e julho de 2011.

Todas as participantes estavam aptas a praticarem atividades físicas compatíveis com as exigidas na dança, de acordo com a avaliação realizada pelos seus próprios médicos.

Foram coletadas informações sócio-demográficas como idade, estado civil, escolaridade, anos de estudo, profissão, percepção de saúde, tipo de cirurgia realizada (tumorectomia, setorectomia ou mastectomia), tempo de diagnóstico (pós operatório ou pós tratamento) e sobre a prática de atividade física.

A intervenção de dança, quanto à execução das aulas, era composta por alongamento inicial, aquecimento e desbloqueio articular, explicação sobre a origem e os passos do ritmo a ser trabalhado no dia (valsa, bolero, tango, forró, salsa, samba) e a execução dos mesmos. Além disso, foi proposto vivências de algumas danças circulares e de técnicas de expressão corporal. No final de cada aula foi realizado alongamento e relaxamento.

É importante ressaltar que todas as aulas foram planejadas e adaptadas com atividades e exercícios compatíveis com a realidade das participantes, como a capacidade funcional e limitações de movimentos corporais, principalmente na área da cintura escapular.

As entrevistas dos grupos focais foram conduzidas por uma psicóloga pesquisadora do Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência do HCPA. Foi realizada a transcrição e análise de conteúdo dos grupos focais, com o estabelecimento de categorias que expressam as percepções das participantes do estudo (6). As categorias obtidas foram apresentadas às participantes, com a finalidade de verificar a conformidade da interpretação dos dados por parte dos pesquisadores e das participantes.

Os dados socio-demográficos foram analisados de forma descritiva e inferencial, com o uso do teste t para dados pareados (antes-depois) ou teste de Mann-Whitney de acordo com a distribuição de dados obtida, simétrica ou assimétrica, respectivamente. A significância estabelecida foi de 5% ($P < 0,05$). Para a análise estatística foi utilizado o Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 18.

O projeto foi aprovado pela Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia do Hospital São Lucas da PUCRS e aos Comitês de Ética em Pesquisa da PUCRS e do HCPA. Todas as participantes da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Na amostra de 15 mulheres, a idade média foi de $65,27 \pm 9,14$ anos, variando de 51 a 79 anos. Quanto ao estado civil, 33,3% eram viúvas, 26,7% eram casadas, 26,7% eram separadas ou divorciadas, e 13,3% solteiras. A média de anos de escola foi de $5,60 \pm 3,55$ anos.

Quanto ao tratamento, 80% das participantes tiveram cirurgia conservadora, 13% mastectomia e 7% cirurgia reparadora. O tempo decorrido entre a cirurgia e o início do estudo foi de $5,36 \pm 6,60$ anos. O tratamento adjuvante mais freqüente foi a radioterapia em 53% das participantes.

Com relação a atividade física, 74% das participantes, antes da intervenção, não praticavam regularmente qualquer tipo de exercício.

Quanto à percepção de saúde, 66% avaliaram que era boa ou muito boa. Apenas uma participante (7%) referiu ter percepção de que sua saúde era fraca.

Foram identificadas as seguintes categorias: grupo; continuidade da atividade realizada; dor; e auto-estima. Houve plena concordância das participantes quanto às categorias propostas pelos pesquisadores.

A categoria “grupo” evidenciou a importância do convívio, da identificação entre as próprias participantes e do reconhecimento da importância do olhar do outro, ao sentirem-se percebidas e acolhidas. As seguintes falas permitem demonstrar estas questões:

“O grupo me ajudou muito.”

“A gente rindo e se abraçando.”

“Eu quero agradecer os abraçinhos das colegas, o aconchego das colegas é muito bom. O que era aos domingos passou a ser nas terças, o dia bom. Onde todas vão ter o mesmo problema que eu tive.”

“A gente faz novas amizades, tem o carinho de todas.”

“Se não houvesse esse vínculo nenhuma de nós teria saído de casa.”

A categoria “continuidade da atividade realizada” demonstrou a disposição das participantes em prosseguir realizando atividades físicas com outras pessoas. As transcrições a seguir ilustram parte destes comentários:

“Isso me ajudou também, porque eu tomei uma decisão: quando acabar, agora, as aulas, eu vou entrar na academia.”

“No posto de saúde eu já me informei onde eu moro tem ginástica duas vezes por semana. Eu vou fazer.”

“Eu tenho que me cuidar, fazer alguma coisa pra minha saúde.”

“A gente queria saber se tem como continuar. Ou podemos invadir as próximas turmas.”

“Porque a partir daqui, nós vamos adiante.”

“E agora, o que vou fazer? Continuar”

A categoria referente a “dor” evidenciou que as participantes relataram que as atividades realizadas contribuíram para melhorar este sintoma. Algumas frases citadas pelas participantes podem ilustrar estas situações.

“Eu sinto menos dor.”

“O que a dança trouxe pra mim? Trouxe a melhoria das minhas dores. Eu tocava no couro cabeludo e doía. Eu melhorei pernas, joelho. Eu sentia muitas dores nas costas, no ciático, e agora eu melhorei muito, muito mesmo.”

“Eu cheguei aqui muitas vezes com dor nas pernas, nos joelhos, nos braços, e sai daqui bem.”

“Eu tinha muita dor no tornozelo. Agora eu to vendo televisão, estou movendo o tornozelo. Não melhorou muito a dor, mas eu não podia levantar, levantava dura.”

“Antes eu tomava um paracetamol de 750 mg todos os dias quando acordava e não tomo mais.”

A categoria “auto-estima” englobou as manifestações das participantes e na percepção de si e na relação consigo mesmas. Alguns exemplos de falas permitem identificar estes aspectos:

“Para mim, melhorou muito a auto-estima.”

“Agora eu me coloco na ‘agenda’.”

“Eu acho isso muito bom porque eu vivia dentro de casa, só para baixo.”

“É aquele momento em que a gente está pra gente mesmo.”

“Como a gente fica mais leve, né. O pensamento despreocupado já te coloca mais relaxado...tu começa a vibrar com coisas boas”

“Eu acho que eu me soltei mais. Foi muito bom para minha mente.”

“Eu noto que estou mais paciente e também mais atenciosa com meu marido. Ele disse esses dias para mim: tu estás muito boazinha. Ele olhou pra mim meio surpreso.”

“Outra coisa que observei também é que me tornei mais alegre.”

“...eu comecei a me cuidar mais, quero me sentir bonita, me vejo mais bonita.”

“Unha pintada...eu não pintava. Agora estou pensando em pintar o cabelo também.”

“Terça é dia de tomar banho, escolher o perfuminho, a roupa para sair.”

“Eu já me imagino nova de novo.”
“Porque eu remocei, estou me sentindo com 60 anos ao invés de 77.”
“As pessoas se acomodam muito, e isso não pode ser assim. Eu já tive momentos de me fechar e não querer ver ninguém, mas isso não está certo. “
“Borboletas prontas para voar.”

DISCUSSÃO

Com base nos dados obtidos e nos resultados avaliados é possível estabelecer alguns pontos de discussão.

A avaliação qualitativa dos dados obtidos nos grupos focais demonstrou que as participantes tiveram uma percepção de melhora na sua qualidade de vida, evidenciada nas categorias “dor”, “auto-estima”, “grupo” e “continuidade das atividades realizadas”.

Na avaliação realizada preliminarmente à intervenção, a maioria das participantes (53%) referiu ter uma “boa” percepção de saúde. Nos resultados dos grupos focais, a dor foi uma das categorias que emergiram da avaliação qualitativa. As participantes relataram que perceberam melhora na dor física em função das atividades desenvolvidas no projeto.

A exemplo da dor, também a avaliação qualitativa dos dados obtidos nos grupos focais evidenciou resultados que evidenciam a melhora na “auto-estima”. Em alguns relatos foram feitos depoimentos de melhor cuidado com o corpo e com aspectos estéticos, que já haviam sido observados pelos próprios pesquisadores. As participantes relataram, em diversos depoimentos, que melhoraram a percepção de si mesmas e a relação com outras pessoas. A categoria “grupo”, também oriunda dos grupos focais, reiterou a importância atribuída pelas participantes ao convívio social, ao acolhimento e a participação em atividades com outras pessoas.

Na avaliação inicial das participantes a maioria delas (74%) referiu não praticar qualquer atividade física regular. Na avaliação qualitativa dos grupos focais foi identificada uma categoria referente à “continuidade da atividade realizada”. As participantes referiram o desejo de continuar a praticar atividades físicas de forma regular. Várias participantes solicitaram a continuidade das atividades desenvolvidas no estudo e algumas sugeriram maior frequência nas atividades de dança. Algumas delas já referiram ações concretas de como pretendem prosseguir com a atividade física após o término do estudo. Foram relatadas situações de busca de recursos junto ao próprio sistema de saúde ou em outras instâncias sociais.

CONCLUSÃO

Com base nos dados obtidos na amostra estudada e com a intervenção proposta, é possível concluir que foi possível avaliar qualitativamente a vivência das participantes do estudo, por meio da realização de grupos focais, que demonstraram mudanças relevantes na qualidade de vida destas mulheres. Os principais aspectos identificados foram os relacionados à vivência em grupo, à dor, à auto-estima e à continuidade das atividades físicas. Os relatos das participantes evidenciaram a importância atribuída à intervenção do presente estudo, que conjugou a realização de atividade física com interação social por meio da dança.

REFERÊNCIAS

1. FREITAS, Elizabete Viana *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2 ed. Rio de Janeiro : Guanabara-Koogan, 2006.
2. FRASSON, Antonio *et al.* **Manual de ginecologia**. Porto Alegre: Edipucrs; 2009.
3. PEDROSO, Wellington, ARAUJO, Michel Barbosa, STEVANATO, Eliane. **Atividade física na prevenção e na reabilitação do câncer**. Rio Claro: Motriz; 2005.
4. REZENDE, Mônica; CALDAS, Célia Pereira. A Dança de Salão na Promoção da Saúde do Idoso. **A Terceira Idade**, São Paulo, n.27, p7-27, 2003.
5. SANDEL, Susan L; JUDGE, James O; LANDRY, Nora; FARIA, Lynn, OUELLETTE, Robbie; MAJCZAK, Marta. Dance and Movement Program Improves Quality of Life. **Cancer Nursing**, Philadelphia (USA), v.28, n.4, p.301-309, 2005.
6. BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdos**. São Paulo : Editora 70, 2011.