

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA
LICENCIATURA EM DANÇA**

FERNANDA POSCHI BARBOSA

**A RELAÇÃO DA DANÇA COM A QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES
QUE TIVERAM CÂNCER DE MAMA**

PORTO ALEGRE

2014

FERNANDA POSCHI BARBOSA

**A RELAÇÃO DA DANÇA COM A QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES
QUE TIVERAM CÂNCER DE MAMA**

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Licenciatura em Dança da Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do Grau de Licenciado em Dança.

Orientadora: Profa. Dra. Aline Haas

PORTO ALEGRE

2014

FERNANDA POSCHI BARBOSA

RELAÇÃO DA DANÇA COM A QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES QUE
TIVERAM CÂNCER DE MAMA

Conceito Final:

Porto Alegre, ____/____/2014.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Martha Ratenieks Roessler - UFRGS

Orientadora - Profa. Dra. Aline Nogueira Haas - UFRGS

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, minha mãe Neuza e o meu irmão Rodrigo pelo apoio e amor incondicional em todos os momentos da minha vida.

À minha dinda Andréia, que foi e continua sendo uma inspiração, um exemplo por todo seu esforço e todas as suas conquistas, e pela confiança que sempre depositou em mim.

À minha orientadora Aline, que me incentivou a fazer esse trabalho, por ter sofrido junto comigo cada dificuldade e contratempo, pela clareza nas ideias e objetividade.

A todos os meus amigos, pelas conversas filosóficas sobre temas de trabalho e orientação, pela compreensão e apoio durante o período que estive ausente, pelo apoio, mesmo à distância.

Ao curso de dança, aos professores por todos os ensinamentos, aos colegas por todos os momentos compartilhados. Foram cinco anos inesquecíveis de muita diversão e aprendizado, onde encontrei pessoas que levarei junto comigo, sempre.

Ao Grupo Tchê, onde encontrei muitos amigos, onde ganhei mais uma família, uma família maravilhosa, onde a diversão não tem limite, assim como o amor. E à Malu que, além de uma grande amiga, me ensinou o tipo de professora que quero ser.

*“Esquece as tuas inquietações e dança.
Esquece tuas tristezas e dança. Esquece
tuas doenças e dança. Esquece tuas
fraquezas e dança.”*

(Bob Marley)

RESUMO

Este estudo se caracterizou por ser uma pesquisa bibliográfica que visou relacionar literaturas existentes sobre dança, qualidade de vida e câncer de mama, justificando sua importância, a fim de explorar uma área pouco conhecida e abordada no Brasil. Assim, esta pesquisa tem como objetivo analisar a relação da dança com a qualidade de vida de mulheres que tiveram câncer de mama. Para realizar a pesquisa bibliográfica foram adotados os seguintes procedimentos: identificação das fontes; localização das fontes; compilação; fichamento; análise e interpretação dos dados; e, redação final. Após busca em banco de dados científicos, foram encontrados quatro estudos que relacionam a dança com a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. Dois estudos apresentaram resultados positivos na qualidade de vida de pacientes com câncer de mama, independente do estilo ou método de dança utilizados. Dessa forma, acredita-se que a dança influencia na qualidade de vida de mulheres que tiveram câncer de mama, pois engloba aspectos psicossociais multidimensionais, promove auto expressão e interação social, aumenta a motivação e cria sentimentos positivos.

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

ABSTRACT

This study was characterized as a bibliographical research that aimed to relate the existing literature about dance, quality of life and breast cancer, justifying its importance in order to explore an unfamiliar area and little discussed in Brazil. Thus, this research aims to analyze the relationship between dance and quality of life of women who have had breast cancer. To accomplish the literature search the following procedures were adopted: identification and location of the sources; compilation; book report; analysis and interpretation of data; and final draft. After searching in scientific database, four studies relating dance to quality of life of women with breast cancer were found. So far, two studies showed positive results on quality of life of patients with breast cancer, regardless of style or dance method used. Thereby, it is believed that dance can influence the quality of life of women who have had breast cancer, because it includes multidimensional psychological aspects, promotes self-expression and social interaction, increases motivation and creates positive feelings.

Keywords: Dance. Breast Cancer. Quality of life.

LISTA DE TABELAS

Figura 1 - Fluxograma da localização e Identificação das fontes em banco de dados 14

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 METODOLOGIA	13
2.1 Caracterização da investigação	13
2.2 Coleta e análise dos dados	13
2.2.1 Identificação das fontes	13
2.2.2 Localização das fontes.....	13
2.2.3 Compilação.....	14
2.2.4 Fichamento	16
2.2.5 Análise e interpretação dos dados	16
2.2.6 Redação final.....	16
3 CÂNCER DE MAMA	17
3.1 Lumpectomia versus Mastectomia	18
3.2 Linfedema e a Funcionalidade do Ombro	19
4 QUALIDADE DE VIDA	23
4.1 Qualidade de Vida e Câncer de Mama	25
4.2 Qualidade de Vida e Dança	26
5 DANÇA	28
5.1 Dança Terapia	29
5.2 Dança e Atividade Física	31
5.3 Dança e Câncer de Mama	33
6 DANÇA, QUALIDADE de VIDA e CÂNCER de MAMA	35
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	41
ANEXO 1	46

1 INTRODUÇÃO

Câncer é uma doença crônica que se caracteriza pela produção anormal e descontrolada das células. No Brasil, essa doença vem apresentando um perfil epidemiológico tornando-se um problema de saúde pública, segundo dados do INCA (Instituto Nacional do Câncer), e por isso tem sido largamente estudada nos últimos anos. O câncer de mama é o mais comum em mulheres no mundo, em países em desenvolvimento e desenvolvidos. De acordo com o INCA (2014a, p. 34) “cerca de 1,67 milhões de casos novos dessa neoplasia foram esperados para o ano de 2012, em todo o mundo, o que representa 25% de todos os tipos de câncer diagnosticados nas mulheres”. No Brasil, “são esperados 57.120 casos novos de câncer de mama, com um risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres” (INCAa, 2014, p.34). No Rio Grande do Sul são esperados 5.030 novos casos de câncer de mama feminino (Anexo 1).

Existem diferentes tipos de tratamento para diferentes tipos de câncer. Para o tratamento de câncer de mama, geralmente, são usados a quimioterapia, a radioterapia, hormonioterapia e a cirurgia. A quimioterapia e a radioterapia têm muitos efeitos colaterais, entre eles, a neutropenia, insônia, náusea e vômito, prisão de ventre, fadiga. Esses efeitos duram enquanto dura o tratamento.

Mas a cirurgia, principalmente a mastectomia, que é a cirurgia de retirada da mama, tem, além das debilitações físicas que gera, efeitos psicológicos e sociais que afetam diretamente a qualidade de vida dessas mulheres e continuam afetando mesmo depois do tratamento.

O tratamento do câncer de mama causa alopecia (queda dos cabelos) que é uma das maiores preocupações dos pacientes com câncer e deixa sequelas como no caso da mastectomia, que podem prejudicar, não só fisicamente as pacientes, mas psicológica e socialmente, a autoestima, autoimagem, confiança, depressão enfim, a qualidade de vida das mulheres que sofreram os efeitos deixados pós-tratamento. “A mulher acometida por essa doença não tem apenas seu corpo modificado, mas também a sua imagem corporal e diferentes aspectos da sua vida social e afetiva” (VIEIRA et al., 2005, p. 312).

É preciso fazer um trabalho interdisciplinar para um tratamento completo e eficaz, e não só da doença propriamente dita, é preciso cuidar dos efeitos psicológicos que o impacto do diagnóstico gera, modificando a vida do paciente, criando medos e abalando vários outros aspectos emocionais e de convívio social. A prática de dança se caracteriza, além dos benefícios físicos, pela melhora da vida social e psicológica com atividades lúdicas, de contato físico e integração social em diferentes grupos e pode, em conjunto com outras áreas do conhecimento, auxiliar em diferentes áreas e diferentes maneiras (VENÂNCIO, 2004).

Ter uma boa qualidade de vida é uma busca constante, é o equilíbrio perfeito de diferentes aspectos do cotidiano de vida e de tudo que a cerca, o modo de ver e viver o mundo, esse equilíbrio é delicado. Um dos aspectos que está diretamente relacionado com a qualidade de vida é a saúde. A doença, seja ela qual for, é um dos principais pivôs do desequilíbrio (ALMEIDA, GUTIERREZ e MARQUES, 2012; MINAYO, 2000).

Considerando o conceito da OMS de qualidade de vida que “é a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (1995 apud FLECK, 2000, p. 34), e todo o impacto emocional, físico e social que o diagnóstico do câncer pode causar no paciente, pode considerar que essa doença tem uma ligação direta com a qualidade de vida dessas mulheres. Além disso, o câncer é culturalmente associado com a morte, causando no paciente, além das limitações funcionais, depressão, angústia, ansiedade, e, eventualmente, o afastamento do convívio social (SILVA, 2005).

Quando se trabalha diretamente com pacientes diagnosticados com câncer, na grande maioria das vezes, antes mesmo de começar o tratamento, notei que muitos deles enfrentavam fortes abalos emocionais como depressão, negação a doença, ansiedade, angustia, medo da morte, etc. Com o tratamento essas emoções tendem a piorar, e para a eficácia do tratamento o estado emocional do paciente é muito importante, ele tende a se isolar do mundo, por isso o apoio e a participação da família são importantes durante todo o processo. Mesmo depois, com os traumas deixados pelos tratamentos, ainda existe dificuldade na total recuperação do

paciente, necessitando assim, de auxílio em outras áreas além do auxílio médico tradicional.

Considerando todos os efeitos colaterais do câncer de mama, tanto físico, psicológico e social, e suas implicações na qualidade de vida das pacientes acometidas pela doença, é necessário buscar alternativas para um tratamento global, trabalhado em conjunto com outras áreas do conhecimento, visando o bem estar das pacientes. A dança pode ser considerada uma opção de intervenção.

Assim, esta pesquisa buscou responder ao seguinte questionamento: Qual a relação da prática de dança com a qualidade de vida de mulheres que tiveram câncer de mama? E tem como objetivo analisar a relação da dança com a qualidade de vida de mulheres que tiveram câncer de mama.

Para atingir o objetivo do estudo, foi desenvolvida uma pesquisa de cunho bibliográfico sobre os temas câncer de mama; qualidade de vida; dança e qualidade de vida; dança, qualidade de vida e câncer de mama.

2 METODOLOGIA

2.1 Caracterização da investigação

Este estudo se caracterizou por ser uma pesquisa bibliográfica que visou relacionar literaturas existentes sobre dança, qualidade de vida e câncer de mama, justificando sua importância, a fim de explorar uma área pouco conhecida e abordada no Brasil.

2.2 Coleta e análise dos dados

A metodologia adotada para a realização da pesquisa bibliográfica foi de acordo com Gil (1991). Segundo o autor, para realizar a pesquisa bibliográfica são necessários os seguintes procedimentos: identificação das fontes; localização das fontes; compilação; fichamento; análise e interpretação dos dados; e, redação final.

2.2.1 Identificação das fontes

Esta etapa ocorreu por meio de procura em catálogos de bibliotecas, leituras em índices e em resumos de artigos científicos publicados da área em questão e via Internet.

2.2.2 Localização das fontes

Depois de realizado o levantamento bibliográfico acima mencionado, foi efetuada a localização dessas fontes, que aconteceu através da busca de artigos científicos, em banco de dados (LILACS, MEDLINE via PUBMED, SCIELO, Google Acadêmico, sites sobre oncologia e governamentais) para busca de artigos científicos sobre o tema abordado, de bibliografias, localizando publicações sobre o assunto. Os termos utilizados para realizar a busca foram: dança; qualidade de vida; e câncer de mama; em português, em inglês e espanhol. Foram excluídos trabalhos repetidos e em outras línguas que não as procuradas. Dessa forma, foram

encontrados três trabalhos sobre o tema de pesquisa (um artigo em inglês e duas dissertações de mestrado em português), como segue no fluxograma abaixo (Figura 1).

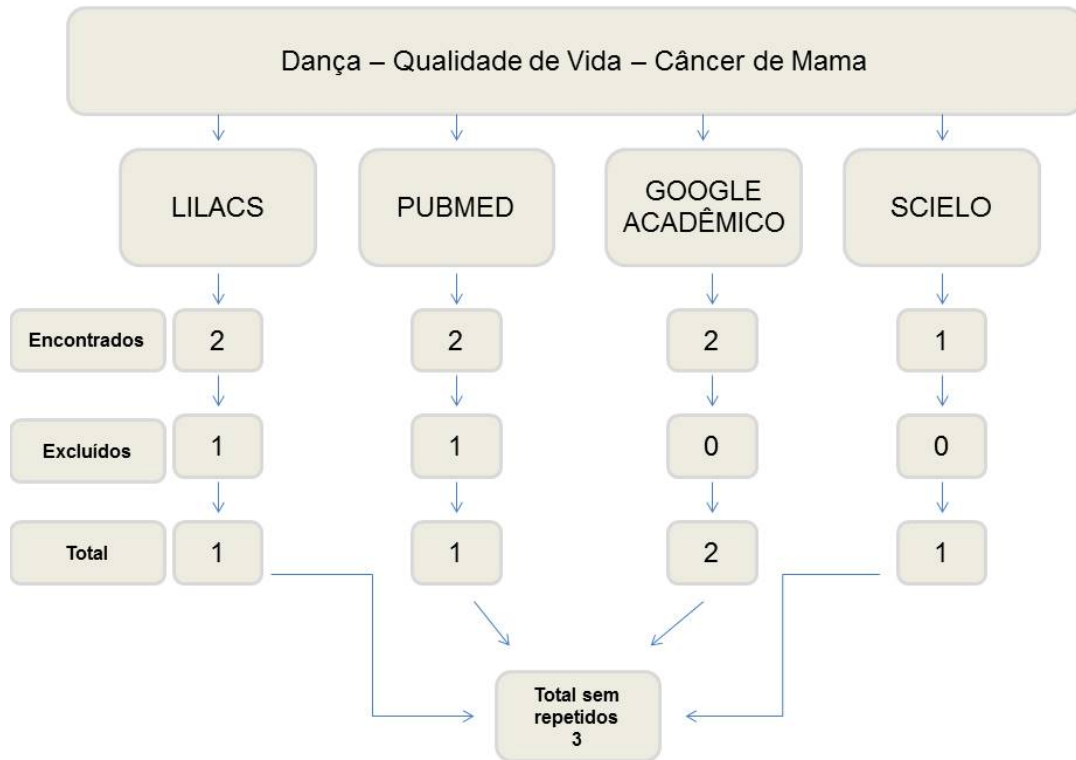


Figura 1 - Fluxograma da localização e Identificação das fontes em banco de dados.

2.2.3 Compilação

Nesta etapa foi efetuada a leitura do material selecionado, a fim de identificar informações, estabelecer relações entre as informações obtidas e analisar a consistência delas. A leitura do material seguiu uma determinada sequência: Leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa.

2.2.3.1 Leitura exploratória

Esta foi uma etapa de leitura rápida do material bibliográfico, que teve como objetivo verificar em que medida a obra consultada interessava à pesquisa. Esta

leitura foi feita através dos títulos, índices, resumos e conclusões das bibliografias e dos artigos científicos. Através disso, se pode ter uma visão global do que há na literatura sobre o tema em questão, bem como a sua utilidade para a pesquisa.

2.2.3.2 Leitura Seletiva

Após a leitura exploratória, procedeu-se a sua seleção, ou seja, à determinação do material que de fato interessava à pesquisa. Esta leitura foi mais aprofundada que a exploratória.

2.2.3.3 Leitura Analítica

A Leitura Analítica foi feita a partir dos textos selecionados, com a finalidade de analisá-los, ordenando e sumariando as informações contidas nas fontes. De forma que elas possibilitassem a obtenção de respostas ao problema da pesquisa. Assim, buscou-se o aprofundamento nos textos para que fosse possível identificar as intenções do autor, porém, sem julgá-las. A partir disso, procurou-se realizar esta leitura compreendendo-a com objetividade e imparcialidade.

Assim, a leitura analítica passou pelos seguintes momentos: leitura integral das bibliografias e dos artigos científicos selecionados, para que se tivesse uma visão do todo, fazendo o uso do dicionário quando necessário; identificação das ideias-chaves, ou seja, assimilação das palavras, das frases ou dos parágrafos que sintetizavam as ideias mais significativas do que estava sendo procurado; hierarquização das ideias, que foi a organização das mesmas, seguindo uma ordem de importância, separando-as, assim, em principais e secundárias; e, sintetização das ideias, que consistiu em recompor o decomposto pela análise, eliminando o que era secundário e fixando o que era essencial para a solução do problema proposto.

2.2.3.4 Leitura Interpretativa

Esta constituiu a última etapa do processo de leitura das fontes bibliográficas, já que seu objetivo era relacionar o que os autores afirmam com o problema para o

qual foi proposto uma solução. Também, nesta leitura procurou-se conferir um significado mais amplo aos resultados obtidos com a leitura analítica, indo além dos dados, através de outros conhecimentos já adquiridos. Além disso, a interpretação da leitura foi feita a partir da ligação dos dados com os conhecimentos significativos, originados de pesquisas empíricas ou de teorias aprovadas.

2.2.4 Fichamento

Esse procedimento ocorreu após a leitura do material, fazendo a identificação das obras consultadas, do registro do conteúdo da obra e dos comentários em relação a ela, colocando-as em ordem e classificando-as.

2.2.5 Análise e interpretação dos dados

Após o fichamento das obras consultadas, foram realizadas observações acerca do material bibliográfico consultado, sendo analisado e discutido.

2.2.6 Redação final

Esta foi a última etapa do trabalho, no qual foi efetuada a análise e discussão dos resultados, bem como, as considerações finais.

3 CÂNCER DE MAMA

Câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais comum no mundo e o mais comum entre mulheres, é também maior nas áreas urbanizadas e em mulheres com maior poder aquisitivo, segundo dados do INCA.

Existem muitos fatores de risco para a origem da doença, ambientais, reprodutivos, hormonais e genéticos. A idade é um dos mais importantes, raramente desenvolvido antes dos 35 anos. A dieta alimentar e o consumo de álcool também podem aumentar o risco. A amamentação é considerada um fator de proteção, diminuindo o risco de desenvolver a doença.

Alguns fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama são bem conhecidos, como: envelhecimento, fatores relacionados à vida reprodutiva da mulher, história familiar de câncer de mama, consumo de álcool, excesso de peso, sedentarismo, exposição à radiação ionizante e alta densidade do tecido mamário (razão entre o tecido glandular e o tecido adiposo da mama). Amamentação, prática de atividade física e alimentação saudável com a manutenção do peso corporal estão associadas a um menor risco de desenvolver esse tipo de câncer (INCA, 2014a, p. 35).

Alguns sintomas são relatados pelos pacientes como dor mamária, nódulos mamários, descarga papilar ou alterações cutâneas. É importante para a detecção precoce da doença o autoexame, em todas as faixas etárias; mamografia, recomendada para mulheres a partir de 50 anos; e, exame clínico (INCA, 2003).

Os tratamentos para o câncer de mama podem ser local (cirurgia e radioterapia) ou sistêmico (quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica). O tratamento adequado varia de acordo com as características biológicas da doença, condições do paciente e estágio da doença (I, II, III ou IV). Se diagnosticada em estágio inicial, tem um alto potencial curativo (INCA, 2014b).

O câncer de mama tem um bom prognóstico, principalmente quando a doença é descoberta cedo, por isso a importância do autoexame, do exame clínico e da mamografia.

Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em

estágios avançados. A sobrevivência em um, cinco, dez e 20 anos, em países desenvolvidos, como a Inglaterra, é de 95,8%, 85,1%, 77% e 64% respectivamente. O estudo do INCA, [...] apresentou, para o câncer de mama, uma sobrevivência aproximada de 80% (INCA, 2014a, p. 35).

É importante que as mulheres conheçam seu corpo e fiquem atentas a qualquer mudança, por isso a recomendação do autoexame em todas as faixas etárias.

3.1 Lumpectomia versus Mastectomia

Mastectomia é a “cirurgia para remover parte ou todo o seio. Existem diferentes tipos de mastectomia nas quantidades de tecidos removidos e nos nódulos retirados” (NCI, 2014a, tradução livre).

Lumpectomia é a “cirurgia para remover um tumor (nódulo) no seio e uma pequena quantidade de tecido normal em volta do nódulo. É uma cirurgia do tipo conservadora” (NCI, 2014b, tradução livre).

O tipo de cirurgia depende do estágio clínico da doença e do tipo histológico, depende também da extensão e da multicentricidade do tumor. Tumores com menos de três centímetros e um só nódulo podem ser retirados com uma cirurgia conservadora, e para complementar o tratamento, geralmente, é realizada a radioterapia. Múltiplos fatores influenciam no tratamento e os tipos de tratamentos podem ser combinados de formas diferentes para melhor resultado (BRASIL, 2004).

Estudos mostram que pacientes que foram submetidas à mastectomia tem “sentimentos negativos persistentes e mais intensos a respeito de seu corpo do que aquelas submetidas a cirurgias conservadoras” (MALUF, 2005, p. 152). Aurora (2001) encontrou uma diferença significativa comparando autoimagem de mulheres mastectomizadas e as que fizeram lumpectomia.

De modo geral, os estudos mostram que pacientes submetidas a cirurgias conservadoras como, por exemplo, quadrantectomia e a lumpectomia (ou tumorectomia) apresentam uma menor comorbidade psicológica (por exemplo, depressão) do que as pacientes submetidas a cirurgias radicais (MALUF, 2005, 152).

As maiores diferenças relatadas nos estudos sobre mulheres de fizeram mastectomia e as que fizeram lumpectomia são na autoestima, sexualidade e autoimagem. São relatados também insatisfação com a estética e estresse emocional, associando com a aparência, pois se sentem menos atraentes, insatisfeitas com as cicatrizes cirúrgicas e menos ativas sexualmente (CONDE et al, 2006).

3.2 Linfedema e a Funcionalidade do Ombro

Linfedema “pode ser definido como sendo o acúmulo anormal de proteínas e líquidos no espaço intersticial, edema e inflamação crônica” (FREITAS, 2001, p. 205). Para as mulheres mastectomizadas, não é só um incomodo físico, mas também é emocional. O dano causado pelo linfedema pós-mastectomia vai muito além do aspecto estético, causa prejuízo funcional do membro afetado, e consequências psicológicas graves que podem ameaçar a vida dessas mulheres. Panobianco e Mamede (2002) verificaram em seu estudo que essas mulheres podem sofrer de depressão, ansiedade e necessidade de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico.

Panobianco e Mamede (2002, p. 550) também encontraram relação de linfedema com a falta de exercício físico, “podemos constatar que dentre as mulheres com edema que houve predomínio daquelas que apresentaram limitações de amplitude de movimento de braço e ombro e que não praticavam exercícios físicos para reabilitação”. E constataram também que quanto menos agressiva a cirurgia, menor a incidência de linfedema.

Souza (2013) diz que as complicações como linfedema, dor, parestesia, diminuição da força muscular e redução da amplitude do movimento (ADM) do braço e do ombro, merecem muita atenção porque prejudicam o retorno das atividades diárias que comprometem a qualidade de vida dessas pacientes.

Os resultados da pesquisa de Souza (2013) mostram que a funcionalidade do membro superior afetado não teve impacto substancial nas Atividades de Vida Diária (AVD) e na capacidade funcional das pacientes avaliadas. Esses resultados podem ser porque essas pacientes receberam acompanhamento fisioterápico antes,

durante e depois do tratamento oncológico. Isso mostra, segundo o autor, a importância da intervenção da fisioterapia no tratamento do câncer de mama.

Freitas (2001, p. 205) diz que o linfedema é uma das complicações do tratamento de câncer de mama e que compromete a qualidade de vida das pacientes: “Tem sido relatado que mulheres com linfedema têm mais desajustes psicossociais e psicológicos quando comparadas com grupos de mulheres com câncer de mama que não têm linfedema”.

A longo prazo, o linfedema é a complicação que mais interfere na vida diária dos sobreviventes do câncer de mama. Kwan (2002) relata, em seu estudo, que o linfedema teve grande impacto negativo na qualidade de vida das pacientes estudadas, até mesmo as que só relatavam alguns sintomas.

Dessa forma, um diagnóstico precoce pode ter uma abordagem menos mutiladora diminuindo a possibilidade de linfedema e pode ajudar na recuperação física, psicológica e social. O câncer de mama afeta as mulheres de uma maneira profunda, a mama é considerada um símbolo da feminilidade e sexualidade isso provoca uma diminuição da autoestima e autoimagem feminina.

A eclosão do câncer de mama na vida da mulher acarreta efeitos traumáticos, para além da própria enfermidade. A mulher se depara com a iminência da perda de um órgão altamente investido de representações, assim como o temor de ter uma doença sem cura, repleta de sofrimentos e estigmas (VENÂNCIO, 2004, p. 56).

O senso comum e a falta de conhecimento sobre a doença traz alguns medos, as pessoas tentam a ver o câncer como uma doença sem cura que leva a morte, o que, nos dias de hoje, com o avanço da ciência, não é verdade, existem grandes possibilidades de remissão ou cura da doença.

O tratamento do câncer feminino precisa ser encarado de forma positiva. É preciso que as representações envolvidas no câncer sejam reformuladas, de forma que ao se defrontar com a doença, a mulher consiga compreender que existem tratamentos eficazes para isto, e que pode ter a sua qualidade de vida de forma satisfatória (VIEIRA et al., 2005, p. 315).

E sem esse conhecimento alguns pacientes sentem como se estivessem perdendo o controle sobre a vida, tem medo do abandono, da morte, se isolam, além

das mudanças físicas que acarretam na mudança da sua autoimagem e diminui a autoestima.

A imagem corporal, sendo um elemento constitutivo da individualidade, tem influencia no social, no simbólico e no afetivo. Assim, na presença do câncer, ocorre a ruptura dessa imagem socialmente aceita de pessoa saudável e dela emergem as questões culturais representadas pelos estigmas do câncer e que são percebidas por grande parte do grupo como uma experiência que retrata o sofrimento que a perda de cabelo provoca” (SILVA, 2005, p. 139).

Além de tudo isso os aspectos emocionais, depressão, ansiedade, dificuldades sexuais, entre outras. Segundo Venâncio (2004, p. 57) “todos esses fatores emocionais abordados, presentes na vida da mulher com câncer de mama, influenciam no sucesso do tratamento e da reabilitação, assim como em sua qualidade de vida”. É preciso um trabalho em conjunto para acompanhar essas mulheres para ajudar a superar todos esses desafios.

Existem mais de dois milhões de sobreviventes de câncer de mama nos Estados Unidos e muitos milhões no mundo. O diagnóstico precoce e os tratamentos cada vez mais efetivos, garantem a sobrevivência a longo prazo de mais e mais mulheres, o impacto físico e emocional desse diagnóstico e desse tratamento deve ser abordado. Não é mais suficiente, embora seja importante, a cura do câncer. As consequências, a longo prazo, do tratamento do câncer de mama precisam ser reconhecidas, abordadas e tratadas, para que as mulheres possam aproveitar sua vida enquanto vivem (SCHNIPPER, 2003, tradução livre, p. 104).

Essas sobreviventes precisam de suporte principalmente depois do tratamento. As sequelas deixadas pela radioterapia e quimioterapia são muitas, como as deixadas pela cirurgia, possibilidade de linfedema, vulnerabilidade a infecção no braço afetado, mudanças corporais (cicatrizes, ganho de peso, mudanças no cabelo e na pele), “as mulheres falam sobre ter que se adaptar a um novo senso físico de si mesmas assim com também um novo senso de vulnerabilidade emocional” (SCHNIPPER, 2003, tradução livre, p. 105).

Elas também têm que enfrentar mudanças cognitivas e possibilidade de um segundo câncer. Passam por menopausa aguda durante a quimioterapia, passando também por seus sintomas (ondas de calor, mudanças de humor, diminuição da libido) e pela possibilidade de infertilidade. Além disso, têm que enfrentar os efeitos

econômicos que a doença pode trazer e a volta ao trabalho, tendo que refazer sua vida profissional (SCHNIPPER, 2003).

Outro aspecto a considerar é que precisam reaprender a lidar com as relações interpessoais e familiares:

Uma reclamação comum dos sobreviventes a aparente crença das pessoas em sua volta que, uma vez que o tratamento acaba, o câncer acaba. Família e amigos esperam um retorno imediato a todas as responsabilidades familiares e profissionais e não aprovam a fadiga persistente (SCHNIPPER, 2003, tradução livre, p. 106).

Por isso os grupos de ajuda são mais procurados depois do tratamento do que durante e são muito importantes para a reabilitação dessas mulheres. “Quando a batalha física acaba, a batalha psicológica se intensifica. [...] encontrar outros que compartilham a mesma experiência pode ser extremamente reconfortante e estimulante” (SCHNIPPER, 2003).

Mulheres com câncer de mama apresentam grandes problemas de adaptação durante vários períodos do ciclo de tratamento e, também, depois. Aurora (2001) sugere que sejam desenvolvidas intervenções que ajudariam a reduzir o impacto negativo na qualidade de vida dessas pacientes durante a rotina de tratamento.

4 QUALIDADE DE VIDA

O conceito de Qualidade de Vida é amplamente discutido, tem uma abrangência multidisciplinar e envolve aspectos objetivos e subjetivos da vida de cada indivíduo. Engloba diferentes dimensões da complexidade contemporânea, não somente individual, mas partindo da condição do ser humano inserido em uma sociedade e cultura que influenciam na sua visão de mundo, na visão da sua vida e, assim, na sua qualidade de vida (FERREIRA, 2012).

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. Esta percepção também envolve as suas relações interpessoais e os seus papéis sociais (FERREIRA, 2012, p. 19).

A OMS (Organização Mundial da Saúde), em 1995, criou um grupo para o estudo da qualidade de vida, o Grupo WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*), esse grupo desenvolveu um conceito de qualidade de vida que é um dos conceitos mais usados em estudos sobre o assunto. Segundo a OMS, qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (1995 apud FLECK, 2000, p. 34), partindo de uma visão subjetiva, é a visão do próprio sujeito de acordo com seu contexto de vida.

Uma das grandes preocupações do mundo atual é viver bem, ser feliz, isso é muito subjetivo. A preocupação com o bem-estar individual é relativamente nova. Qualidade de vida virou um dos temas mais importantes nos dias atuais.

A Qualidade de Vida não é um simples modismo, algo passageiro a preencher o tempo dos leitores para, em seguida, ser descartada. Muito pelo contrário, ela se constitui em um dos objetivos a ser alcançado no presente estágio de desenvolvimento da humanidade (NOBRE, 1995, p. 299).

Devido à crescente importância do assunto nos dias atuais, além de outras definições, também foram criados vários métodos de avaliação quantitativa para qualidade de vida, como o WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref criado pela OMS, que procura avaliar a qualidade de vida de um modo global, o SF-36 que é usado na

área da saúde, o FACT-B criado para avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer de mama, entre muitos outros. Essas avaliações são escolhidas de acordo com o grupo estudado, às vezes, combinando mais de um questionário.

A partir do conceito da OMS, o questionário criado, WHOQOL-100 com 6 domínios (físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e aspectos espirituais) e, a partir dele, o WHOQOL-Bref com 4 domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), tem o objetivo de ser universal tentando abranger aspectos genéricos transculturais, incluindo diferentes domínios, que influenciam na qualidade de vida (FLECK, 2000).

O questionário SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey*), feito para uma avaliação genérica da qualidade de vida na saúde é constituído de oito escalas ou componentes (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental) (CICONELLI et al, 1999).

O questionário FACT-G (*Funcional Assessment of Cancer Therapy – General*) é um instrumento multidimensional para a avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer. Wenzel et al. (1999) afirmam que o FACT-B (B = Breast) engloba de forma resumida o FACT-G e complementa com questões específicas sobre câncer de mama. Esse instrumento é composto de cinco subescalas (bem-estar físico, funcional, emocional, social e especificidades do câncer de mama). Porém, não foi encontrada nenhuma validação desse questionário para a língua portuguesa.

Há uma ligação muito importante entre a saúde e a qualidade de vida. Segundo o Grupo WHOQOL (1995 apud FLECK, 2000, p. 34) saúde é um “completo estado de bem-estar físico, mental, social e não só a ausência de doenças”. A saúde é um dos principais fatores que influenciam a qualidade de vida, “qualidade de vida em saúde coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade” (SILVA, 2010, p. 116).

A relação entre saúde e qualidade de vida depende da cultura da sociedade em que está inserido o sujeito, além de ações pessoais (esfera subjetiva) e programas públicos ligados à melhoria da condição de vida da população (esfera objetiva). O estado de saúde

é um indicador das possibilidades de ação do sujeito em seu grupo, se apresentando como um facilitador para a percepção de um bem-estar positivo ou negativo. É influenciado pelo ambiente, pelo estilo de vida, pela biologia humana e pela organização do sistema de atenção à saúde em que o sujeito está inserido (ALMEIDA, GUTIERREZ e MARQUES, 2012, p. 40).

Sendo a saúde fundamental para a qualidade de vida, outra área que exerce grande influência na vida de um indivíduo e da sociedade são as políticas públicas, e o acesso ao sistema assistencial (prevenção, diagnóstico, tratamento, etc.) (MINAYO, 2000). Para uma melhor análise da qualidade de vida é preciso entender o sujeito como parte de uma sociedade e como ele se entende inserido na sociedade.

4.1 Qualidade de Vida e Câncer de Mama

Existem muitos estudos que mostram a relação negativa entre o câncer de mama e a qualidade de vida das pacientes, seja física ou psicologicamente. E, algumas vezes, não diretamente no escore final dos questionários, mas em tudo que envolve a percepção global da qualidade de vida (SALES, 2001; CONDE, 2006; KYRANOU, 2013).

Devido aos avanços da medicina contemporânea e, conseqüentemente, os avanços nos tratamentos contra o câncer de mama que favorecem a sobrevivência dessas pacientes, é importante o cuidado durante o tratamento e também a longo prazo para que elas possam se adaptar as mudanças físicas e psicológicas dessa doença (SALES, 2001).

Conde (2006) enumera diversos fatores que favorecem a percepção negativa da qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. O diagnóstico e o tratamento gera uma forte perturbação nas dimensões físicas, emocionais, psicológicas e sociais. Depressão, ansiedade, insônia, medos, mobilidade, possibilidade de linfedema, disfunções sexuais, dificuldades econômicas, medo do abandono da família e amigos, são só alguns dos aspectos que afetam a qualidade de vida dessas mulheres.

Kyranou (2013) encontrou uma relação direta entre depressão e ansiedade e a dor em pacientes com câncer de mama, comparando grupos com e sem dor.

Usando o questionário QOL-PV (*Quality of life – Patient Version*) que é formado por quatro subescalas (bem-estar físico, psicológico, espiritual e social), detectou que as pacientes que tinham dor tiveram um escore menor, mas não estatisticamente significativo em relação às pacientes sem dor, com exceção da subescala de bem-estar físico.

De acordo com Sales (2001), Conde (2006) e Kyranou (2013) um dos maiores problemas encontrados em pesquisas quantitativas sobre qualidade de vida é a falta de consenso dos autores sobre o seu conceito e o questionário usado nas pesquisas, que varia entre questionários específicos da área médica e oncologia ou questionários gerais. Outros aspectos que mostram a dificuldade de aferição quantitativa nos estudos são as múltiplas variáveis, por exemplo, idade do diagnóstico (quanto mais jovem a paciente, mais impacto negativo na imagem corporal e sexualidade), tipo de tratamento e tipo de cirurgia. Tratamentos menos agressivos e cirurgias conservadoras tendem a ter menos abalo em todos os níveis, reforçando assim, a importância de um diagnóstico precoce.

De modo geral, apesar dos conflitos de metodologia mencionados, foram encontradas nos estudos inúmeras influências do tratamento e na recuperação do câncer de mama na vida das pacientes mostrando que há necessidade de intervenções, a longo prazo, que possam minimizar os danos negativos antes, durante e depois do tratamento (CONDE, 2006; LOTTI, 2008; MAKLUF, DIAS, BARRA, 2008; SALES, 2001).

4.2 Qualidade de Vida e Dança

Apesar de o senso comum concordar que existem muitos benefícios ligando a qualidade de vida à prática de dança, não foram encontrados muitos estudos publicados que comprovem essa relação, os estudos que existem são, geralmente, com a população da terceira idade. Gobbo (2005) e Scotti e Guimarães (2012) estudaram a relação da prática de dança de salão com indivíduos na terceira idade e a qualidade de vida. Os dois estudos encontraram uma melhora significativa na qualidade de vida dos idosos, principalmente, nos domínios psicológicos e ambientais. Apesar dos estudos se referirem a dança como uma alternativa para o

não sedentarismo, ambos os autores salientam a essência da dança como uma atividade lúdica e criativa que tem um aspecto social muito forte, principalmente na dança de salão.

O estudo de Gobbo (2005) teve como objetivo identificar se a dança de salão pode beneficiar a qualidade de vida de idosos. Participaram dessa pesquisa 50 idosos, de ambos os sexos, com idade entre 60 e 74 anos que já praticavam dança de salão. Os instrumentos usados foram o questionário de qualidade de vida SF-36 e o questionário de Critério de Classificação Econômica do Brasil. Os resultados desse estudo mostraram que a visão dos idosos que praticam dança de salão sobre a sua qualidade de vida é positiva. Segundo o autor o idoso “ao entrar em contato com o mundo da dança, perde seus medos, incertezas e dúvidas, tornando-se uma pessoa mais receptiva a relacionamentos e grupo [...]” (GOBBO, 2005, p. 13).

Scotti e Guimarães (2012) fizeram um estudo para investigar a percepção da qualidade de vida e finitude de idosos praticantes e não praticantes de dança de salão. Participaram dessa pesquisa 195 idosos, com média de idade de 64 anos, que foram divididos em três grupos: 119 da dança de salão; 50 praticantes de atividade física; e 26 sedentários. Foi usado o questionário de qualidade de vida da OMS, o WHOQOL-Bref e o questionário de Finitude Sheppard. Os resultados dessa pesquisa mostram que a percepção do envelhecimento e a qualidade de vida dos praticantes de dança de salão e de atividades físicas são superiores aos sedentários, principalmente nos domínios psicológico e ambiental. O grau de satisfação com a vida e as relações sociais se mostraram maiores nos praticantes de dança.

5 DANÇA

“Perdido seja para nós aquele dia em que não se dançou nem uma vez! E falsa seja para nós toda a verdade que não tenha sido acompanhada por uma risada” (Friedrich Nietzsche).

A dança é a arte mais antiga e mais completa, que não precisa nenhum material externo, nada além do próprio corpo, é a expressão da alma, um exercício de autoconhecimento, comunicação e expressão, além de trazer benefícios físicos como flexibilidade, força muscular, a dança também proporciona contato corporal e integração social.

A dança é considerada, para todos os povos, em todos os tempos, um meio de comunicação e expressão. Este se materializa através dos movimentos dos corpos, organizados em sequências significativas e de experiências que transcendem o poder das palavras e da mímica (PETO, 2000, p. 35).

No senso comum, a dança é vista como uma arte inalcançável que só pode ser executada e apresentada por bailarinos clássicos profissionais. A dança midiática ou as danças apresentadas em grandes teatros, por grandes companhias criam uma falsa necessidade de um virtuosismo no movimento ou sequencias coreográficas complexas.

A dança para a maioria, é sinônimo de código (ballet clássico, moderno, contemporâneo), de coreografia pronta ou de estilo musical (funk, rap, reggar, street dance) características atribuídas a dança que são cristalizadas pelas relações com a mídia. Para contrapor essa mensagem errônea, é necessário discutir e problematizar a necessidade de códigos externos, trabalhando com processos criativos em Dança. Estes permitirão ampliar o vocabulário de movimentos e torná-los um valioso instrumento para a comunicação e terapia (PETO, 2000, p. 35).

A dança envolve diferentes aspectos além do corporal, ela “combina características multissensoriais, emocional, cognitiva e física. Além de promover a auto expressão e interação com o grupo, a variabilidade e vibração da dança pode ser útil para aumentar a motivação e criar emoções positivas” (STURM, tradução livre, 2014, p. 2242). Goldov (2011) e Frison (2011) ressaltam a importância da representação da dança, em um campo simbólico e emocional, como um processo

significante na comunicação, e no encontro com pessoas que mantêm os mesmos modelos culturais, expressões ou sentimentos, e comportamentos, tudo isso expressado através do movimento.

5.1 Dança Terapia

A arte e a criatividade exercem um importante papel na vida de um indivíduo, abrangem a aprendizagem, originalidade, ajudam na diminuição do estresse que, segundo Goldov (2011) proporciona um bem estar mental integrando os aspectos sociais, físicos, cognitivos e emocionais. A dança terapia rompe os padrões estéticos e técnicos da dança performática e dá oportunidade para que todos possam usar a dança para se expressar e conectar corpo e alma (LLORET, 2009).

Na medicina atual as intervenções para suporte psicológico são usadas para complementar o tratamento convencional, como a arte e a dança. “As propriedades terapêuticas e de cura da dança são uma das mais velhas formas de cura conhecidas pela humanidade” (GOLDOV, 2011, p. 60). As terapias de movimento através da dança são métodos válidos e fazem parte dos cuidados de pacientes que sofrem de doenças sérias ou tem algum tipo de deficiência (SANDEL et al, 2005).

Alguns exemplos de dança terapia usados como tratamento complementar em diversas áreas da saúde são: *Dance Movement Therapy*, *Danzaterapia* e *The Lebed Method*, *Focus on Healing Through Movement and Dance*.

A *Dance Movement Therapy* (Terapia Dança Movimento) que é uma das intervenções usadas no tratamento global do indivíduo. Foi inspirada na dança moderna onde abandonava as técnicas restritas da dança, como o balé, para uma dança mais livre, uma dança com a alma, que expressam sentimentos, inspirada em grandes bailarinas como Isadora Duncan, Mary Wigman, Martha Graham e nas ideias de Rudolph Laban sobre movimento. Outra influência foi na área da psicologia, onde Sigmund Freud, que defendia que as emoções intensas deveriam ser expressadas oralmente. Essas ideias inspiraram essa nova dança a transformar a expressão oral em expressão através do corpo. Dessa forma, ela encoraja a integração do físico, cognitivo, social e emocional do indivíduo (GOLDOV, 2011; LEVY, 1988).

Levy (1988) diz que a dança terapia começou como uma forma de psicoterapia e foi evoluindo para, também, “terapia do corpo”, onde começaram a ser inseridos exercícios que ajudariam na melhora da condição física, equilíbrio, flexibilidade, sensibilização corporal e satisfação. A dança terapia usa aspectos da dança para melhora e integração física e psicológica do indivíduo, e tem como fundamento a união do corpo, mente e espírito. Em 1966, surge a *American Dance Therapy Association* (Associação Americana de Dança Terapia) que a consolida como terapia.

Também inspirada na Dança Moderna, a *Danzaterapia* de Maria Fux procura a integração do corpo e da alma, busca restaurar valores, crenças, cultura, imaginação, criatividade e desenvolver a espiritualidade. Traz a ideia de expressão divina do ser humano de Isadora Duncan. Procura a conexão entre o movimento e a expressão para que cada um desenvolva uma linguagem própria. Estimula o movimento criativo onde cada indivíduo possa descobrir seus limites e possibilidades corporais, conectando com seu próprio corpo e aprendendo a conviver consigo mesmo (LEV-ARI, 2006; PAINADO e MUZEL, 2012).

Muito além da técnica de movimento das danças codificadas, a *Danzaterapia* traz a sensibilização e a capacidade de expressão abrangendo pessoas que não se enquadram no modelo ideal de bailarino como autistas, deficientes mentais, pessoas com síndrome de down e qualquer pessoa que procure saúde e desenvolvimento pessoal e conseqüentemente, uma melhora na qualidade de vida (LLORET, 2009; CERRUTO, 2007).

The Lebed Method, Focus on Healing Through Movement and Dance (Método Lebed, foco na cura através do movimento e da dança) foi desenvolvido, em estudos baseados na fisioterapia e na dança, para mulheres com câncer de mama. Williams (2009) cita vários benefícios que esse método traz às pacientes como o aumento da flexibilidade e da amplitude do movimento do ombro; melhora do equilíbrio; redução do inchaço, causado pelo linfedema; melhora da depressão e da autoimagem e ajuda a regular o peso.

Esse método é bem estruturado, com uma sequência determinada que começa pelos membros superiores para ativar a circulação do sistema linfático, são feitos movimentos suaves e lentos com pouca resistência, com bastante ênfase na

respiração. Todos os exercícios podem ser feitos sentados em uma cadeira ou com o apoio dela. Os movimentos são inspirados na dança jazz, no balé e em exercício fisioterápicos, dando ênfase na diversão, que é uma das características principais desse método. Muitas risadas encorajam e distraem as participantes dos possíveis desconfortos dos exercícios e criam um ambiente de integração entre eles, onde também possam dividir e trocar informações (WILLIAMS, 2009, 2008).

Os exemplos que foram citados têm muitas características em comum, usam algumas danças conhecidas sem a preocupação com a técnica, com a estética, nem com a espetacularização, têm como principal objetivo a integração do ser como um todo. Para Peto (2000) esses processos criativos em dança onde a razão e a sensibilidade se unem são terapias corporais do movimento, e são essenciais para a compreensão dessa linguagem não verbal. É uma das poucas vezes em que o homem se encontra inteiro (corpo, alma e coração). Ela acrescenta ainda que a dança como arte, leva a terapia e revigora o corpo proporcionando saúde.

Uma pessoa comprometida em um movimento criativo como a dança, comunica o divino da alma que palavras não podem expressar. Dança, como a poesia, sugere um imaginário com muitos significados. [...] Utilizando movimento para comunicar valores emocionais e experiências, dá ao dançarino um idioma distinto que pode articular além das palavras (GOLDOV, 2011, p. 62-63).

Outro aspecto que Goldov (2011) destaca sobre a dança é o desenvolvimento do ritmo, que já faz parte da vida, e que, independente da música, é uma ferramenta terapêutica para consciência corporal e comunicação, além de estabelecer conexão com o grupo.

5.2 Dança e Atividade Física

Nesse subcapítulo serão apresentados alguns estudos que abordam a dança como uma forma de trabalho corporal, em diferentes populações, com o intuito de melhorar nos aspectos físicos, psicológicos e sociais.

Algumas atividades desenvolvidas nas aulas de dança podem ser consideradas como um exercício aeróbico de baixo impacto, dependendo do objetivo e do público alvo. Muitas vezes, ela é usada como uma opção para

desenvolver capacidades físicas, por ser mais prazerosa e trazer os benefícios físicos necessários. Os alunos procuram a dança como opção, principalmente, por recomendação médica, e para sair do sedentarismo, como os idosos e pacientes reumatológicos. D'Aquino et al (2005) afirmam que a dança pode substituir práticas como musculação e caminhada melhorando a educação corporal, coordenação motora, ritmo, flexibilidade, agilidade, equilíbrio, percepção corporal, força muscular entre outros. Grande parte das pessoas que procuram a dança busca a melhora da saúde, estética, condicionamento físico e/ou por indicação médica.

Flores (1995), em seu estudo, usou a dança como uma atividade aeróbica para a melhora do condicionamento físico. Substituindo a educação física, os alunos que escolheram a dança tiveram melhora na capacidade aeróbica e diminuição do peso, quando comparados com os alunos que faziam educação física. As aulas foram desenvolvidas para adolescentes, usando músicas pop¹, eram divertidas e variavam entre exercícios aeróbicos de moderados a intensos.

Um estudo realizado por Moffet et al (2000) com pacientes com artrite reumatoide usou a dança como forma de exercício físico, para a melhora da condição geral do paciente, função cardiorrespiratória e funções motoras para independência funcional e melhora psicológica. Esse método se mostrou eficiente para os pacientes com artrite reumatoide, com exercícios aeróbicos de dança com baixo impacto, variando a intensidade durante a aula.

As atividades físicas recomendadas para os idosos são atividades de baixo impacto, que fortifique a vida social, melhore a força muscular, flexibilidade, mobilidade articular, equilíbrio, coordenação motora. A dança consegue suprir essa demanda de benefícios e pode se adaptar as particularidades do envelhecimento e às demandas do idoso. A dança pode trazer mais benefícios do que outras atividades como a caminhada, corrida ou musculação (MATSUDO, MATSUDO, NETO, 2001; SALVADOR, 2009).

Dessa forma, Sturm (2014) afirma que a dança pode trazer muito mais benefícios do que um simples exercício físico, pois engloba aspectos psicossociais

¹ O Pop surgiu nos Estados Unidos na década de 50. O estilo musical é marcado pela conservação da estrutura formal da música: “verso – estribilho – verso”, executada de modo sensível e melódico, normalmente assimilado por um grande público. Fonte: <http://www.brasilecola.com/artes/pop.htm>

multidimensionais, promove auto expressão e interação social, aumenta a motivação e cria sentimentos positivos.

5.3 Dança e Câncer de Mama

O exercício físico é uma intervenção considerada segura e muito recomendada durante e depois do tratamento de pacientes com câncer de mama, pois ajuda a prevenir e controlar muitos efeitos colaterais. Mas, esses efeitos agem como uma possível barreira para a prática de exercício (CASLA, 2014).

Quanto mais ativas as mulheres com câncer de mama, menores serão os efeitos colaterais comparados com as não ou pouco ativas, elas terão melhor condicionamento físico, menos cansaço, mais força muscular, melhora do humor, da autoestima e autoimagem (GOLDOV, 2011). Segundo Prado (2004) exercícios para pacientes mastectomizadas devem enfatizar a postura e respiração e eles têm como principal finalidade minimizar a possibilidade de linfedema e aumentar a mobilidade no ombro.

A dança incorpora a eficácia da atividade física, mantendo as pacientes com câncer de mama ativas, reduzindo os efeitos colaterais, proporcionando ainda suporte emocional e afetivo através do convívio com outras mulheres que estão passando pelos mesmos medos e angustias. Essa característica social, afetiva e emocional da dança pode ser uma forma de motivação para a continuação de uma prática corporal.

Vários estudos mostram as vantagens da prática de dança com mulheres com câncer de mama. Na busca de uma melhora física e mental das pacientes, alguns dos benefícios encontrados foram: a melhora da qualidade de vida, autoimagem, autoestima, alcance do movimento do ombro, integração social, estabilidade emocional, diminuição da ansiedade, depressão, estresse, dor, tensão muscular, entre outros (SANDEL, 2005; FRISON, 2011; FERREIRA, 2006; MOLINARO, 1986; GOLDOV, 2011; STURM, 2014).

Usando *The Lebed Method, Focus on Healing Through Movement and Dance*, Molinaro et al (1986) realizaram um estudo junto ao departamento de Fisioterapia do programa de reabilitação de câncer de mama, com uma população

norte-americana. O programa foi desenvolvido pelo departamento de fisiologia em conjunto com uma professora de dança, onde participaram 37 pacientes com idade entre 30 e 81 anos, que fizeram lumpectomia ou mastectomia. As atividades foram direcionadas, principalmente, para os músculos afetados pela cirurgia (peitorais maior e menor, cintura escapular, pescoço e musculatura do tronco) e visaram a simetria corporal, coordenação, postura e equilíbrio. As aulas tinham a duração de uma hora duas vezes por semana. Todas as pacientes estudadas, com exceção de três, alcançaram amplitude máxima de movimento. As três pacientes podem não ter alcançado a amplitude máxima de movimento por causa de linfedema ou limitações anatômicas causadas por cirurgia radical. Dessa forma, os pesquisadores desse estudo acreditam que, além dos benefícios físicos, as pacientes tiveram importantes benefícios psicológicos notados em aula, rindo de suas próprias dificuldades, incentivando umas as outras, trocando experiências, e lidando, juntas, com a perda de algumas participantes do programa. Nesse sentido, os autores acreditam que a dança é também uma forma lúdica e prazerosa de exercício físico.

Goldov (2011) usou, em seu estudo, a *Dance Movement Therapy* para analisar os efeitos dessa prática na diminuição dos problemas de imagem corporal de mulheres com câncer de mama. Aplicou três questionários de imagem corporal, *Body Image Scale (BIS)*, *Serlin Kineasthetic Imaging Profile (SKIP)* e *Body Image and Relationship Scale (BIRS)*, no grupo experimental, com 6 participantes, e no grupo controle, com 8 participantes, antes das intervenções, depois das intervenções e duas semanas após o término do programa. O grupo experimental participou de 5 sessões de dança durante 2 semanas. Os resultados mostraram a diminuição dos problemas de imagem corporal das participantes do grupo experimental, além de mudanças que as participantes relataram como: sentimentos de liberdade, relaxamento, redução da ansiedade e aumento da energia. O grupo controle não apresentou melhora na imagem corporal. Segundo o autor, a imagem corporal é um componente significativo da autoestima e o câncer de mama afeta a saúde psicológica das pacientes.

6 DANÇA, QUALIDADE DE VIDA E CÂNCER DE MAMA

Nesse capítulo serão analisados os três trabalhos científicos encontrados que relacionam a dança, qualidade de vida e câncer de mama dos autores (SANDEL et al, 2005; FRISON, 2011; FERREIRA, 2012).

Sandel et al (2005) utilizou o *The Lebed Method, Focus on Healing Through Movement and Dance*, para determinar se o programa de dança pode melhorar a qualidade de vida, imagem corporal e a função do ombro de pacientes com câncer de mama. Nesse estudo, os dois grupos foram divididos aleatoriamente, 19 participantes no grupo de intervenção e 16 no grupo de espera, que foi considerado o grupo controle. O programa foi dividido em três etapas de coletas de dados, em todas as etapas eram coletados os dados dos dois grupos. A primeira, antes das intervenções, a segunda depois de 12 semanas de programa para o grupo de intervenção, e a terceira depois de mais 12 semanas de programa de dança com o grupo de espera. Nas seis primeiras semanas as aulas eram ministradas duas vezes por semana, depois, as seis últimas semanas, uma vez por semana, totalizando 18 encontros. As aulas eram estruturadas de acordo com o programa de dança, começando pelo aquecimento, respiração e alongamento, depois exercícios de força. A finalização era feita com movimentos lentos, meditativos, respiração e uma conversa final. Os instrumentos utilizados nesse estudo para medir a qualidade de vida foram o *FACT-B* e o *SF-36*, a imagem corporal através do *Body Image Scale* e os movimentos do ombro pelo *Shoulder ROM*.

Os resultados do *FACT-B* mostraram uma melhora substancial na qualidade de vida relacionada com o câncer de mama, quando comparado com o grupo de espera. Esse grupo, também teve uma melhora similar ao grupo intervenção, depois de praticarem dança. Os outros testes mostraram uma melhora nos dois grupos durante as semanas, por isso, não foi possível associar essa melhora com ao programa de dança. Alguns dos possíveis motivos, citados pelos autores, dessa melhora do grupo de espera antes da intervenção são os processos naturais de cura, o encontro com mulheres que estão na mesma situação, e/ou a expectativa de entrar no programa. Apesar das limitações do estudo, como um número pequeno de pacientes, os autores salientam a sua importância, pois “providenciou evidências

suficientes do benefício para justificar um estudo maior” (SANDEL et al, 2005, p. 308).

O estudo de Frison (2011) que usa as danças circulares como método de intervenção, avaliou a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas usando o questionário WHOQOL-Bref. O objetivo desse estudo foi comparar os grupos controle e experimental e fazer a comparação intragrupo, antes e depois da intervenção. Participaram do estudo 35 mulheres, 11 no grupo experimental e 24 no grupo controle. Foram encontros semanais de uma hora, totalizando 12 encontros em três meses. As aulas eram ministradas por uma focalizadora de danças circulares, começando com um relaxamento. Na parte principal da aula eram ensinadas as danças circulares de forma educativa, lúdica e criativa, e terminando com um relaxamento final.

Esse estudo foi avaliado qualitativamente e só por um questionário. Foram encontradas diferenças significativas intragrupo no grupo experimental, no grupo controle, não foi encontrada nenhuma diferença. Entre os grupos só foi encontrada diferença significativa no domínio psicológico, com a melhora desse domínio no grupo experimental (FRISON, 2011).

Já o estudo de Ferreira (2012) foi realizado com 15 mulheres com câncer de mama. Essa pesquisa teve como objetivo principal avaliar a associação entre a intervenção da dança com a qualidade de vida dessas mulheres. A avaliação quantitativa foi feita através de dois questionários de qualidade de vida, um geral (WHOQOL-Bref) e outro específico (FACT-B), que foram aplicados antes e depois das aulas, e qualitativamente através de grupos focais. Foram realizadas 13 sessões de 1h e 30min de dança de salão começando por um alongamento, aquecimento e desbloqueio articular; a parte principal tinha um breve histórico sobre a dança que iria ser ensinada, para depois dançar; e, finalizando com um alongamento e um relaxamento. Além disso, foi analisada também a percepção de dor através da *Escala Análoga Visual de Dor*.

Os dados quantitativos não mostraram diferenças estatísticas significativas em nenhum dos instrumentos. Os dados qualitativos evidenciaram mudanças relevantes relatadas pelas participantes como diminuição da dor, integração social e melhora da autoestima. Apesar dos resultados quantitativos não terem tido

significância estatística pode se observar uma mudança nas respostas, principalmente no FACT-B, que, segundo a autora, pode ser um indicador que um questionário específico seja mais indicado para a aferição da qualidade de vida dessas mulheres. A autora ainda ressalta que os resultados qualitativos permitem constatar a importância da prática de dança nos domínios sociais e emocionais (FERREIRA, 2012).

Os autores desses estudos justificam a importância de intervenções em pacientes com câncer de mama devido às repercussões e distúrbios causados pela doença, sendo estes, o número cada vez mais alto de sobreviventes; mudanças biológicas, psicológicas e sociais; sofrimentos; necessidade de aceitação do novo corpo; e, adequação das atividades diárias. Schnipper (2003) adiciona que a recuperação depois do tratamento é complicada, acontece devagar, onde, muitas pacientes afetadas pelo câncer de mama, acham pior do que o próprio tratamento. Elas devem se preparar para os próximos meses de preocupações, tristezas, frustrações e raiva. Sandel et al (2005), Frison (2011) e Ferreira (2012) trazem a dança como forma de recuperação dando a essas mulheres vivência corporal, pessoal e grupal.

De acordo com Almeida, Gutierrez e Marques (2012, p. 34) “o fato é que lidar com qualidade de vida implica em considerar inúmeras variáveis que a compõem e as relações entre elas”, talvez esse seja um dos motivos da dificuldade de trabalhar esse tema. Os estudos de Sandel et al (2005), Frison (2011) e Ferreira (2012) usam o mesmo conceito de qualidade de vida da OMS, mas não usam os mesmos instrumentos para a avaliação. Ferreira (2012) sugere que a combinação de dois instrumentos, um geral e outro específico, seria o ideal para a aferição da qualidade de vida, e apesar de ter usado em seu estudo, não foram encontradas diferenças significativas. Já Frison (2011) encontrou diferenças significativas usando apenas um questionário geral, e Sandel et al (2005) usou também dois questionários, mas só encontrou diferenças no questionário específico. Além da enorme complexidade da conexão que envolve todos os aspectos da qualidade de vida, outro fator pode ter influenciado nos resultados: as intervenções escolhidas para cada estudo.

Sandel et al (2005) e Frison (2011) tiveram resultados positivos nos testes quantitativos. Apesar de não terem usado os mesmos instrumentos para a aferição,

os dois usaram danças consideradas terapêuticas. *The Lebed Method, Focus on Healing Through Movement and Dance*, além de ser considerada uma dança terapia, foi feita especificamente para pacientes com câncer de mama. Já, a dança circular tem uma característica fortemente terapêutica, considera que “o homem vivencia na dança uma transformação transcendente de seu interior” (FRISON, 2011, p. 30). Os resultados desses dois estudos mostraram melhora em todos os domínios dos instrumentos; e, no estudo de Frison (2011), entre os grupos foi verificado uma melhora significativa no domínio psicológico.

Porém, Ferreira (2012) usa a dança de salão como uma atividade social e física, encontrando resultados somente na avaliação qualitativa com melhora física (dor), social e da autoestima. Talvez a dança de salão por si só não seja a melhor alternativa para atender as especificidades dessas mulheres, pois uma intervenção para pacientes com câncer de mama precisa agregar muitos outros aspectos, além do trabalho físico, como foi abordado nesse estudo, principalmente com um público exclusivamente feminino. E, por exemplo, o trabalho isométrico do abraço na dança de salão pode não ser suficiente para a melhora do movimento do ombro. Casla (2014) menciona a importância do exercício físico em pacientes que tem ou tiveram câncer de mama; porém, Schnipper (2003) adiciona que as sobreviventes da doença não precisam somente de adaptação física, mas também superar a vulnerabilidade emocional e os distúrbios psicológicos, e encontrar outros que dividam as mesmas experiências. Assim, quando a dança é utilizada somente como forma de atividade física, e mesmo assim, sem pensar nas especificidades do público alvo, não alcança seu potencial e os possíveis benefícios para as pacientes, devendo ser abordada de forma mais profunda e envolvendo, não só os aspectos físicos, mas os psicológicos e sociais, podendo atingir melhores resultados.

Existem muitos vieses nos três trabalhos, todos os estudos tem uma amostra muito pequena e pouco tempo de intervenção. Somente o estudo de Sandel et al (2005) foi randomizado, podendo demonstrar maiores evidências científicas em seus resultados. Outras questões a considerar são as diferenças entre as participantes, como tipo de cirurgia, idade, tipo de tratamento adjuvante, entre outras, que não foram levadas em consideração.

Apesar das várias limitações dos estudos, eles se tornam importantes na área, devido à carência de estudos publicados que relacionam a dança com a qualidade de vida de mulheres que tiveram câncer de mama e, principalmente, devido ao crescente interesse na avaliação da qualidade de vida e a necessidade de criar intervenções alternativas para o cuidado multidisciplinar que essas pacientes tanto necessitam (MAKLUF, 2006; VENÂNCIO, 2004).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Precisamos aprender a dar aos pacientes a oportunidade de participar na recuperação de qualquer tipo de doença”. (Bernie S. Siegel)

Apesar de haver poucos estudos sobre o assunto abordado, pode-se perceber que existe uma relação positiva da prática de dança com a qualidade de vida de mulheres que tiveram câncer de mama.

Destaca-se que, nos estudos anteriormente mencionados, há dificuldade de definição da qualidade de vida, devido à ampla gama de aspectos objetivos e subjetivos que a influenciam, ocorrendo também variações na escolha do instrumento de aferição e do tipo de intervenção de dança utilizada.

O diagnóstico, o tratamento e a reabilitação das pacientes com câncer de mama tem um enorme impacto em sua qualidade de vida, afetando o físico, psicológico e social dessas mulheres. Nesse sentido, tratamentos menos agressivos e cirurgias conservadoras tendem a ter menos abalo em todos os níveis, reforçando assim, a importância de um diagnóstico precoce.

Dessa forma, acredita-se que a dança pode ser uma alternativa de reabilitação através do movimento para esse tipo de população, gerando benefícios na sua qualidade de vida. A dança, como forma fundamental de expressão humana, poderá intervir a favor delas, porque envolve diferentes aspectos, como físico, psicológico, social e espiritual, onde são propostas atividades com características de grupo (sem competição), lúdicas, que trabalham com questões subjetivas e sensíveis, entre outros aspectos.

Pretende-se dar continuidade a esse estudo através de um trabalho de campo usando formas qualitativas e instrumentos quantitativos, gerais e específicos, para tentar abranger a complexidade de estudar a qualidade de vida, de acordo com todos os estudos analisados nessa pesquisa. Sugere-se novas pesquisas de campo com diversificação de cruzamento de variáveis.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. A. B. de; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de Vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**. São Paulo. Each/USP. 2012.
- AURORA, N. K. et al. Impact of Surgery and Chemotherapy on the Quality of Life of Younger Women with Breast Carcinoma. **American Cancer Society**. Madison, n. 5, v. 92, p. 1288-1298, may, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Controle do Câncer de Mama: Documento Consenso. Rio de Janeiro, abril. 2004.
- CASLA, S. et al. Integrative Exercise and Lifestyle Intervention Increases Leisure-Time Activity in Breast Cancer Patients. **Integrative Cancer Therapies**. Madrid, v. 13, n. 6, p. 493-501, 2014.
- CERRUTO, E. Dançaterapia: “como?”. **Centro de Formação Internacional em Dançaterapia – DMT**. São Paulo, 2007.
- CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**. São Paulo, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.
- CONDE, D. M. et al. Qualidade de Vida de Mulheres com Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 195-204, 2006.
- D'AQUINO, R. et al. Dança de Salão: motivos dos indivíduos que procuram esta atividade. **Efdeportes.com**. Buenos Aires, v. 10, n. 88, set. 2005. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd88/danca.htm>>. Acesso em: 01 nov. 2014.
- FERREIRA, Fátima Ribeiro. **A intervenção da dança em mulheres pós-tratamento de câncer de mama e sua relação com a qualidade de vida**. 2012. 74 f. Dissertação (Mestrado em Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica) – PUCRS, Porto Alegre, 2012.
- FLECK, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial da saúde (whoqol-100): características e perspectivas. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.
- FLORES, R. Dance for Health: improving fitness in african americans and hispanic adolescents. **Public Health Reports**. Washington, v. 110, n. 2, p. 189-193. 1995.
- FREITAS R. Jr. et al. Linfedema em Pacientes Submetidas à Mastectomia Radical Modificada. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Goiânia, v. 23, n. 4, p. 205-208, 2001.

FRISON, F. S. Dança Circular e Qualidade de Vida em Mulheres Mastectomizadas: um estudo piloto. 85f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – UNICAMP. Campinas. 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GOBBO, D. E. A Dança de Salão como Qualidade de Vida para a Terceira Idade. **Revista Eletrônica de Educação Física**. 2005. Disponível em: <http://www.uniandrade.br/pdf/edfisica/2005/diego_emanuel_gobbo.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2014.

GOLDOV, N. B. The Effects of Individualized Brief Medical Dance/Movement Therapy on Body Image in Women With Breast Cancer. 248f. Dissertation (Doctor of Psychology) – Argosy University. Phoenix. 2011.

INCA Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014. 124p. : il. col., mapas.

INCA Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Normas e Recomendações. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, n. 4, v. 49, p. 208, 2003.

INCA Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Controle do Câncer de Mama. Tratamento. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/tratamento>. Acesso em: 25 out. 2014.

KYRANOU, M. et al. Differences in Depression, Anxiety, and Quality of Life between Women with and without Breast Pain prior to Breast Cancer Surgery. **Journal of Oncology Nursing**. San Francisco, v. 17, p. 190-196, 2013.

KWAN, W. et al. Chronic Arm Morbidity After Curative Breast Cancer Treatment: Prevalence and Impact on Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology*. Boston, v. 20, n. 20, p 4242-4248, 2002.

LEV-ARI, S. et al. Long-term Survival of a Patient With Widespread Metastases From Epithelial Ovarian Carcinoma Receiving Mind-Body Therapies: Case Report and Review of the Literature. **Integrative Cancer Therapies**. Tel Aviv, v. 5, n. 4, p. 395-399, 2006.

LEVY, F. J. **Dance/Movement Therapy: A Healing Art**. Reston. ERIC. 1988. Disponível em: <<http://eric.ed.gov/?id=ED291746>>. Acesso em: 29 out. 2014.

LLORET, V. G. Danza e Integración. **Arteterapia. Papeles de Arteterapia y Educación artística para la Inclusión Social**. Madrid, v. 4, p. 79-96, 2009.

LLOTI, R. C. B. et al. Impacto do Tratamento de Câncer de Mama na Qualidade de Vida. **Revista Brasileira de Oncologia**. Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 367-371, 2008.

MALUF, M.F. de M; MORI, L. J; BARROS, A. C. S. D. O Impacto Psicológico do Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, n. 2, v. 51, p. 149-154, 2005.

MATSUDO, S. M; MATSUDO, V. K. R; NETO, T. L. B. Atividade Física e Envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. São Paulo, v. 7, n. 1, p. 2-13, 2001.

MAKLUF, A. S. D; DIAS, R. C; BARRA, A. A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 49-58, 2006.

MINAYO, M. C. Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MOFFET, H. et al. Feasibility of na Eight-week Dance-Based Exercise Program and Its Effects on Locomotor Ability of Persons with Funcional Class III Rheumatoid Arthritis. **Arthritis Care and Research**. Quebec, v. 13, n. 2, p. 100-111, apr. 2000.

MOLINARO, J.; KLEINFELD, M.; LEBED, S. Physical Therapy and Dance in the Surgical Management of Breast Cancer: A clinical report. **PTJournal American Physical Therapy Association**. Philadelphia, v. 66, n. 6, p. 967-969, june, 1986.

NCI, National Cancer Institute. Dictionary of Cancer Terms. Disponível em: <<http://www.cancer.gov/dictionary?cdrid=45777>> . Acesso em: 25 out. 2014.

NCI, National Cancer Institute. Dictionary of Cancer Terms. Disponível em: <<http://www.cancer.gov/dictionary?CdriD=45758>> . Acesso em: 25 out. 2014.

NOBRE, M. R. C. Qualidade de vida. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, n. 4, v. 64, p 299, 06 mar. 1995.

PAINADO, M. M; MUZEL, A. A. A Contribuição da Dançaterapia no Processo de Reabilitação. **FAIT**. Itapeva, n. 1, nov. 2012. Disponível em: <http://fait.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/opqwrRuJSt95tZS_2014-4-22-15-12-18.pdf>. Acesso em: 31 out. 2014.

PANOBIANCO, M. S; MAMEDE, M. V. Complicações e Intercorrências Associadas ao Edema de Braço nos três primeiros meses pós mastectomia. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 544-551, 2002.

PETO, A. C. Terapia Através da Dança com Laringectomizados: relato de experiência. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 35-39, dez. 2000.

PRADO, M. A. S. et al. A Prática da Atividade Física em Mulheres Submetidas à Cirurgia por Câncer de Mama: percepção de barreiras e benefícios. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 494-502, 2004.

SALES, C. A. C. C. et al. Qualidade de Vida de Mulheres Tratadas de Câncer de Mama: funcionamento social. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, n. 47, n. 3, p. 263-272, 2001.

SALVADOR, M. A Importância da Atividade Física na Terceira Idade: uma análise da dança enquanto atividade física. **Revista Primeiros Passos – UnC**. Concórdia. 2009. Disponível em: <<http://www.azsate.net/livros/salvador%20et%20al%5B1%5D.%20-%20por%20-%20treino%20dan%20E7a%20-%202005.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2014.

SANDEL, Susan L. et al. Dance and Movement Program Improves Quality-of-life Measures in Breast Cancer Survivors. **Cancer Nursing**, Philadelphia, v. 28, n. 4, p. 301-309, 24 mar. 2005.

SCOTTI, A. V; GUIMARÃES, A. C. de A. Percepção de Qualidade de Vida e Finitude: comparação entre indivíduos praticantes e não praticantes de dança de salão. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, 2012.

SILVA, Rodrigo Sinnott, et al. Atividade física e qualidade de vida. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, ano 1, p. 105-120, 2010.

SILVA, Valéria C Evangelista. **O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente**. 2005. 219 f. Dissertação (Mestrado em Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

SOUZA, E. et al. Funcionalidade de Membro Superior em Mulheres Submetidas ao Tratamento do Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 409-417, 2013.

STURM, Isrid et al. Effect of dance on cancer-related fatigue and quality of life. **Springer**. Berlin, v. 22, p. 2241-2249, 27 mar. 2014.

SCHNIPPER, H.H. Life After Breast Cancer. **Journal of Clinical Oncology**. Boston, v. 21, n. 9, p. 104-107, may, 2003.

VENÂNCIO, Juliana Lima. Importância da Atuação do Psicólogo no Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 1. n. 1, p. 55-63. 2004.

VIEIRA, C.P.; LOPES, M. H. B. de M.; SHIMO, A. K. K. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 41, n 2, p. 311-316, 27 jul. 2005.

WENZEL, L. B. et al. Age-Related Differences in the Quality of Life of Breast Carcinoma Patients after Treatment. **American Cancer Society**. Maryland, n. 9, v. 86, p. 1768-1774, 1999.

WILLIAMS, J. Lebed – thriving not just surviving. **Hospice Information Bulletin**. London, v. 6, n. 3, out. 2008. Disponível em: <http://www.lebedmethod.co.uk/downloads/October_Small.pdf>. Acesso em: 31 out. 2014.

WILLIAMS, J. Healthy Steps: moving to better health with The Lebed Method. **Journal of Community Nursing**. Gloucestershire, v. 14, n. 4, p. 27-28. 2009.

ANEXO 1

Tabela 2

Estimativas para o ano de 2014 do número de casos novos de câncer, por Estado*

Estados	Próstata	Mama Feminina	Colo do Útero	Traqueia, Brônquio e Pulmão	Cólon e Reto	Estômago	Cavidade Oral
Acre	110	40	40	40	20	30	20
Amapá	70	40	50	30	20	60	20
Amazonas	510	390	630	270	190	370	80
Pará	1.000	830	830	420	360	690	190
Rondônia	300	200	110	130	80	110	40
Roraima	80	40	50	30	20	30	20
Tocantins	410	180	180	100	100	80	40
Alagoas	510	480	310	200	120	140	130
Bahia	3.450	2.560	1.120	920	1.110	1.040	860
Ceará	2.350	2.060	930	940	730	1.230	530
Maranhão	910	570	880	320	210	350	120
Paralba	930	750	290	280	230	370	290
Pernambuco	2.560	2.450	970	890	850	810	610
Piauí	790	520	400	240	220	190	120
Rio Grande do Norte	870	660	260	310	280	340	230
Sergipe	560	440	210	180	150	140	130
Distrito Federal	780	920	260	290	500	240	140
Goiás	1.800	1.500	620	720	790	490	370
Mato Grosso	980	610	390	310	270	240	160
Mato Grosso do Sul	1.020	770	370	340	430	280	170
Espírito Santo	1.580	990	270	480	620	470	400
Minas Gerais	7.990	5.210	880	2.240	3.000	1.960	1.520
Rio de Janeiro	8.580	8.380	1.340	3.000	4.680	1.910	2.010
São Paulo	17.830	16.160	1.880	6.820	11.560	5.330	4.500
Paraná	4.870	3.490	1.000	2.210	2.130	1.450	1.070
Rio Grande do Sul	5.740	5.030	840	4.150	2.960	1.260	1.030
Santa Catarina	2.220	1.850	480	1.470	970	780	490
Brasil	68.800	57.120	15.590	27.330	32.600	20.390	15.290

Fonte: Extraído de INCA (2014, p. 56).