

FERNANDA SUCASAS FRISON

**DANÇA CIRCULAR E QUALIDADE DE
VIDA EM MULHERES
MASTECTOMIZADAS: UM ESTUDO
PILOTO**

Campinas

2011



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

DANÇA CIRCULAR E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES
MASTECTOMIZADAS: UM ESTUDO PILOTO

FERNANDA SUCASAS FRISON

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração: Enfermagem e Trabalho, sob orientação da **Profa. Dra. Antonieta Keiko Kakuda Shimo**.

Campinas, 2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR ROSANA EVANGELISTA
PODEROSO – CRB8/6652 - BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS

UNICAMP

F918d Frison, Fernanda Sucasas, 1986
Dança circular e qualidade de vida em mulheres
mastectomizadas: um estudo piloto. / Fernanda Sucasas
Frison. -- Campinas, SP : [s.n.], 2011.

Orientador : Antonieta Keiko Kakuda Shimo
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Mastectomia. 2. Qualidade de vida. 3. Câncer da
mama. 4. Dança. 5. Atividade Física. I. Shimo,
Antonieta Keito Kakuda. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Dance circle and quality of life in womem with mastectomy: a
pilot study

Palavras-chave em inglês:

Mastectomy

Quality of life

Breast cancer

Dance

Motor activity

Nursing

Área de concentração: Enfermagem e trabalho

Titulação: Mestre em Enfermagem

Banca examinadora:

Antonieta Keiko Kakuda Shimo [Orientador]

Maria Helena Baena de Moraes Lopes

Ana Maria de Almeida

Data da defesa: 12-07-2011

Programa de Pós-Graduação: Faculdade de Ciências Médicas

**COMISSÃO EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE
MESTRADO**

FERNANDA SUCASAS FRISON (RA: 043505)

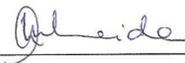
Orientador (a) PROFA. DRA. ANTONIETA KEIKO KAKUDA SHIMO

Membros:

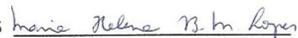
1. PROFA. DRA. ANTONIETA KEIKO KAKUDA SHIMO



2. PROFA. DRA. ANA MARIA DE ALMEIDA



3. PROFA. DRA. MARIA HELENA BAENA DE MORAES LOPES



Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 12 de julho de 2011

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Profa. Dra. Antonieta Keiko Kakuda Shimo, pela oportunidade, confiança, ensinamentos e carinho.

À minha mãe, Ruth Sucasas Frison, sempre esteve presente durante todo o processo, com muita dedicação e amor constante.

Ao meu pai, Orlando Frison, pelo auxílio e exemplo sobre a importância dos estudos e conhecimentos.

À minha irmã, Susiane Frison, que me incentivou a fazer o mestrado desde o início, acompanhando minha trajetória mesmo a distância.

À Mairany Gabriel, especialista em Danças Circulares, que com sua doçura e experiência tornou as rodas de dança em momentos agradáveis, de celebração e intensos: “eu te apoio, tu me apóias e o círculo acolhe”, sua contribuição foi fundamental para concretização desse trabalho.

À Paróquia São Benedito, em especial o pároco da igreja, Padre Norberto Tortorelo Bonfim, por permitir a realização das rodas de dança no local e apoiar a proposta da pesquisa.

Ao Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), que possibilitou o contato com as mulheres mastectomizadas, e em especial à enfermeira Zoraide Gregório, acolhedora, solícita e disposta a ajudar.

À Dra. Mara Aparecida Alves Cabral, pelas observações pertinentes, sugestões e incentivo à minha formação.

À minha amiga, Jamile Fujishima Neves, que com sua amizade e companhia torna tudo mais divertido e prazeroso, mesmo nos momentos difíceis.

Às amigas Shíntia Viana, Thalyta Mansano, e o amigo André Benedito, pela torcida e afeto dispendidos.

Às mulheres que compuseram a amostra desse estudo, pela participação e partilha de ensinamentos, sentimentos, são exemplos de vida, e significaram muito para mim.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo auxílio financeiro.

E a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram e colaboraram para a realização desse estudo.

EPÍGRAFE

É mediante o afeto que o sujeito é envolvido e passa, conseqüentemente, a sentir todo o peso da realidade. Uma percepção meramente intelectual pouco significa, pois o que se conhece são meras palavras e não a substância a partir de dentro.

Carl Gustav Jung

RESUMO

Introdução: A mulher com câncer de mama vivencia o sofrimento da doença de maneira peculiar, pois o local onde está acometida a enfermidade é símbolo de feminilidade, sexualidade e estética, sendo alvo de contemplação. Com a mastectomia, vários sentimentos e sofrimentos são desencadeados, alterando a qualidade de vida. Há necessidade de aceitação do novo corpo e adequação das atividades diárias após a cirurgia. Diante das severas repercussões do procedimento de mutilação e sensibilizando-se com a situação dessas mulheres, propõe-se nesse trabalho um programa de intervenção, que utilizou a dança circular como instrumento para uma possível modificação no estado bio-psico-emocional.

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida das mulheres mastectomizadas do grupo de estudo e do grupo controle antes e após três meses de intervenção. **Método:** Trata-se de um estudo de intervenção com desenho quase-experimental, de abordagem quantitativa (envolvendo mensuração de variáveis). Os critérios de inclusão foram: ter sido submetida à mastectomia total ou parcial, com mutilação da mama; ter dezoito anos ou mais; estar ou não em tratamento quimioterápico e/ou radioterapia; ter mais de três meses de pós-operatório; ter período igual ou menor que um ano da cirurgia; não ter metástases diagnosticada; não apresentar alguma dificuldade de compreensão para responder ao instrumento. Optou-se pela amostragem de conveniência, e a formação de dois grupos (controle e de estudo). Um questionário validado e traduzido no Brasil sobre qualidade de vida (WHOQOL-bref), foi aplicado as participantes, antes e após as atividades de dança, que teve duração de três meses (doze encontros). O grupo controle também respondeu ao questionário antes e após três meses. Os resultados obtidos passaram pela análise estatística descritiva e comparativa intragrupos e entre grupos, segundo teste t de Student pareado e não pareado, respectivamente. Para avaliar o efeito da intervenção foram utilizadas as análises de Modelos Lineares Generalizados, com estimativa através das Equações de Estimação Generalizada (EEG) e Análises de Contrastes. **Resultados:** A amostra constituiu-se de 35 participantes, com 11 no grupo de dança e 24 no grupo controle. Na comparação dos domínios do instrumento WHOQOL-bref, entre e intragrupos (antes e depois da intervenção) observou-se na análise intragrupo uma diferença significativa ($p < 0,05$) nos domínios psicológico

($p=0,0018$), físico ($p=0,0006$) e meio ambiente ($p=0,0297$) do grupo de estudo, demonstrando que a intervenção (dança circular) provocou um efeito nesses domínios. As análises de contrastes revelaram ainda diferenças significativas no grupo de dança apenas para o domínio psicológico ($p=0,0001$). Não houve diferenças em nenhum dos domínios no grupo controle. **Conclusões:** Os resultados apontam que na análise entre os grupos (controle e de estudo) não se verificou diferenças significativas entre eles. Mas, ao analisar somente o grupo de intervenção, houve diferenças, com destaque para o domínio psicológico.

Linha de pesquisa: O processo de cuidar em enfermagem, saúde da mulher

Descritores: Mastectomia; Qualidade de vida; Neoplasia da mama; Dança; Atividade física; Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: The woman with breast cancer lives deeply the suffering of the illness in a peculiar way, therefore the place where it is attacked the disease is a symbol of femininity, sexuality and aesthetic, being targeted of contemplation. With the mastectomy, many feelings and sufferings are unchained, modifying the quality of life. After surgery there is need for acceptance of the new body and adequacy in daily activities. Ahead of the severe consequences of the procedure of mutilation and sensitizing itself with the situation of these women, is proposed in this work an intervention program, who used the circular dance as a instrument for a possible modification in the bio-psycho-emotional state. **Objective:** To evaluate the quality of life of the mastectomies women of the group of study and of the group controlled before and after three months of intervention. **Subjects and Methods:** One is about a study of intervention with almost-experimental drawing, quantitative boarding (measure of the variable). The inclusion criteria had been: women submitted to the total or partial mastectomy, with mutilation of the breast; to have eighteen years or more; undergoing or not in chemotherapy and/or radiotherapy; to have three months of post operative or more; to have equal or lesser period that one year of the surgery; not to have metastases; not to present some incapacity to answer to the questionnaires. It was opted to the sampling of convenience, and the formation of two groups (control and of study). A questionnaire validated and translated in Brazil about quality of life (WHOQOL-brief) was applied the participants, before and after to the activities of dance, that it had duration of three months (twelve meeting). The group control also answered to the questionnaire before and after three months. The gotten results had passed for the analysis statistics of descriptive and comparative form intra group and between group, second test t (t of Student paired) and t of Student respectively. To evaluate the effect of the intervention were used the analysis of Generalized Linear Models with estimated through the Generalized Estimating Equations (GEE) and Analyses of Contrasts. **Results:** The sample consisted of 35 participants, with 11 in the dance group and 24 in the control group. In the comparison of the domains of the instrument WHOQOL-bref, between and within groups, before and after the intervention, observed in the intragroup analysis a significant difference ($p < 0,05$), in the domains psychological ($p = 0,0018$), physical ($p = 0,0006$) and environmental ($p = 0,0297$) of the group of study, showing that

the intervention (dance move) caused an effect in these areas. Analysis of contrasts also revealed significant differences ($p < 0.05$) in the group of dance just for the psychological domain ($p = 0,0001$). It did not have differences in none of the domains in the control group. **Conclusions:** The results show that in the analysis between the groups (control and study) there was no significant differences between them. But in analyzing only the intervention group, there were differences, with emphasis on the psychological domain.

Keywords: Nursing, Mastectomy, Quality of life, Breast neoplasm, Dancing, Motor activity.

Abreviaturas e siglas utilizadas

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

CAISM Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher

FCM Faculdade de Ciências Médicas

INSS Instituto Nacional do Seguro Social

OMS Organização Mundial da Saúde

QV Qualidade de vida

TCC Trabalho de Conclusão de Curso

UNICAMP Universidade Estadual de Campinas

WHO World Health Organization

Lista de Tabelas

	Pág.
Tabela 1 Distribuição das mulheres mastectomizadas segundo faixa etária.....	55
Tabela 2 Idades dos grupos (controle e de estudo) segundo os valores máximos, mínimos, médias, desvio padrão, medianas, primeiro quartil e terceiro quartil.....	55
Tabela 3 Caracterização geral da amostra segundo estado civil, nível educacional, trabalho remunerado/lar, tipo de cirurgia e prática de atividade física.....	56
Tabela 4 Distribuição das mulheres mastectomizadas segundo modalidade de tratamento quimioterápico, nos momentos antes e depois da intervenção.....	58
Tabela 5 Distribuição das mulheres mastectomizadas segundo modalidade de tratamento radioterápico, nos momentos antes e depois da intervenção.....	58
Tabela 6 Número e porcentagem de mulheres, por grupo, segundo características sócio-demográficas, tipo de cirurgia e tratamento, no momento inicial.....	59
Tabela 7 Comparação dos domínios do instrumento Whoqol-Bref, entre e intra-grupos, antes e depois da intervenção.....	60
Tabela 8 Análise de equações de estimação generalizadas para o domínio físico.....	62
Tabela 9 Análise de equações de estimação generalizadas para o domínio psicológico.....	62
Tabela 10 Análise de equações de estimação generalizadas para o domínio relações sociais.....	62
Tabela 11 Análise de equações de estimação generalizadas para o domínio meio ambiente.....	63
Tabela 12 Comparação dos domínios do instrumento Whoqol-Bref, intra-grupos, por tipo de cirurgia, após os três meses.....	64

Lista de Quadros

	Pág.
Quadro 1 Domínios e Facetas do WHOQOL-bref	44

Lista de Figuras

		Pág.
Figura 1	Roda de Dança da Macedônia.....	29
Figura 2	Foto de Findhorn: Símbolos em movimento.....	30
Figura 3	Foto de uma roda de dança circular.....	31
Figura 4	Foto da Mandala utilizada como centro da roda de dança circular durante a intervenção.....	49

SUMÁRIO

	Pág.
RESUMO.....	viii
ABSTRACT.....	x
Lista de abreviaturas.....	xii
Lista de tabelas.....	xiii
Lista de quadros.....	xiv
Lista de figuras.....	xv
1. Introdução.....	18
2. Quadro Teórico.....	21
2.1 Revisão da Literatura.....	22
2.2 Câncer de mama: do diagnóstico ao tratamento.....	22
2.3 Qualidade de vida nas mulheres mastectomizadas.....	26
2.4 Dança Circular: origem e conceitos.....	28
2.5 Trabalhos na literatura que utilizaram a dança circular.....	32
3. Objetivos.....	34
3.1 Objetivo geral.....	35
3.2 Objetivos específicos.....	35
4. Hipótese.....	36
5 Percurso Metodológico.....	38
5.1 Tipo de estudo.....	39
5.2 Cenário do Estudo.....	39
5.3 Amostra.....	40
5.4 Critérios de Descontinuação.....	43
5.5 Variáveis.....	43
5.6 Instrumento de Coleta de Dados.....	43
5.7 Coleta de Dados.....	45
5.8 Descrição da intervenção.....	47

5.9	Análise dos Dados.....	50
5.10	Aspectos Éticos.....	51
6.	Resultados e Discussões.....	52
6.1	Análise descritiva.....	54
6.1.1	Caracterização da amostra segundo dados sócios- demográficos, cirúrgicos, tipo de cirurgia e tratamentos.....	54
6.2	Análise comparativa.....	60
6.3	Contribuições das participantes da roda de dança.....	65
7.	Conclusão.....	67
8.	Referências Bibliográficas.....	69
	ANEXOS.....	76
	Anexo 1.....	77
	Anexo 2.....	80
	Anexo 3.....	82
	APÊNDICES.....	83
	Apêndice 1.....	84
	Apêndice 2.....	85

1- Introdução

A motivação para realização desse estudo iniciou-se enquanto aluna do curso de graduação em enfermagem. No ano de 2008, meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) versou sobre o tema: “Imagem corporal em mulheres mastectomizadas: uma revisão bibliográfica”. Com esse trabalho tive a oportunidade de ler diversos artigos, dissertações e teses, que demonstraram independente da abordagem metodológica escolhida, a realidade de quem teve câncer de mama e as repercussões da doença na vida das mulheres e de seus familiares.

A análise temática do TCC focou na imagem corporal das mulheres mastectomizadas, porém há muitos outros aspectos que são alterados devido a perda da mama, o medo da morte associado ao câncer, os efeitos adversos dos tratamentos anti-neoplásicos, dentre outros.

Sensibilizando-me com a situação dessas mulheres comecei a pensar em um programa de intervenção voltado para elas, visando ajudar no estado bio-psico-emocional.

Essa proposta foi se tornando concreta com a elaboração do projeto de mestrado, e durante as interlocuções com minha orientadora pensou-se na utilização da dança como instrumento principal da intervenção, pois conhecemos a prática e os benefícios que a mesma costuma propiciar.

A dança é considerada por muitos povos um meio de comunicação, é um modo de existir e um meio de expressar sentimentos que transcendem o poder das palavras (1).

A escolha da dança vai além do fato de exercitar-se através dela, mas também porque a mesma possibilita a articulação entre a mente, o corpo e espírito, proporcionando relaxamento, distração, conscientização corporal, concentração, resgate da feminilidade, sensualidade, graça e expressão dos sentimentos por meio da linguagem corporal. Permite ainda cultivar e prestar atenção ao nosso corpo, coisas quase esquecidas atualmente (2).

São inúmeros os benefícios que podem advir da dança, e após entrar em contato com alguns dos tipos existentes, desde as vantagens das práticas até o significado dos gestos, coreografias, viabilidade para o grupo em questão (mulheres mastectomizadas), optou-se pela chamada Dança Circular Sagrada, ou simplesmente Dança Circular.

Nela há significação dos gestos, nos passos efetuados, resgatando a sensibilidade, emoção e a valorização da experiência interna dos envolvidos (2). É realizada em círculo na maioria das vezes, com homogeneidade entre as participantes,

que ficam de mãos dadas, voltando à atenção para o centro da roda (eixo), que pode ser representado pelos quatro elementos (fogo, ar, água, terra) por meio de fitas, velas, dentre outros, como referência ao divino (2).

Há valores e sentimentos associados à prática de dançar em roda abrindo diferentes maneiras de comunicação entre os participantes, e a dança circular representa um importante resgate das tradições e movimentos, vinculando som e movimento ao caminho dos valores (3).

Durante a roda ou círculo que se forma na atividade é trabalhado o equilíbrio entre a pessoa e o coletivo, com a experiência de enraizamento e de união, onde os componentes do grupo percebem que não estão sozinhos, pelo contrário, encontram-se amparados e reconhecem a igualdade no centro da roda, visualizando a presença singular e insubstituível de cada componente ali presente (3).

Esse estilo de dança é um convite, e ao aceitá-lo pressupõe-se a abertura ao encontro do outro, do múltiplo no mundo, dentro e fora de si mesmo, e com tal abertura, a pessoa permitirá ser tocada, favorecendo um processo de transformação, conforme o grau de interação e entrega (4).

Como há possibilidade de alterações nos vários domínios (psicológico, físico, social) das participantes de uma roda de dança circular, a avaliação da qualidade de vida dessas mulheres mostrou-se adequada por ter uma abordagem ampla, podendo avaliar as modificações nos domínios.

Este estudo se justifica, pois além de trazer um benefício social, os resultados poderão estimular reflexões sobre as práticas assistenciais vigentes e incentivar pessoas que queiram realizar uma forma alternativa de ajuda no processo saúde-doença, contrapondo-se aos modelos de atendimento fortemente biomédicos, que muitas vezes desconsideram aspectos psicológicos, sociais e culturais nas ações de promoção, proteção e prevenção da saúde.

2- Quadro teórico

O quadro teórico utilizado no estudo, por questões didáticas, foi subdividido em duas partes: 1- Revisão da literatura sobre: Câncer de mama: do diagnóstico ao tratamento; qualidade de vida nas mulheres mastectomizadas, e 2- Origem e conceitos da Dança Circular e revisão da literatura sobre a utilização da dança circular nas práticas em saúde. A primeira parte vem embasar o conhecimento atual sobre o câncer de mama, e a segunda traz conceitos, definições e a utilização da dança circular como processo terapêutico e educativo.

2.1- Revisão da Literatura

Com intuito de aprofundar conhecimento a respeito do câncer de mama, realizou-se uma revisão da literatura sobre o tema.

2.2- Câncer de mama: do diagnóstico ao tratamento

O câncer é uma enfermidade repleta de estigmas pela sociedade, sendo comum a associação da doença com a morte e a dor (psicológica e física) apesar dos avanços tecnológicos e possibilidades de tratamento existentes atualmente (5). Dessa forma, receber o diagnóstico de uma doença tão temida pela sociedade gera uma série de reações emocionais e conflitos, deixando marcas profundas no indivíduo, família e rede social (6).

A mulher com câncer de mama vivencia o sofrimento de maneira peculiar, pois além da doença em si, o local onde está acometida a enfermidade gera outros sentimentos e sofrimentos. Símbolo de maternidade, sexualidade, feminilidade e estética, a mama é alvo de contemplação pelas mulheres (7). Receber o diagnóstico de câncer de mama e de uma possível cirurgia de retirada total ou parcial da mesma causa sérias conseqüências psicoemocionais e na vida social das atingidas (8). Há primeiramente o medo da morte, de metástases, acompanhada em seguida do risco de ser mutilada. É também uma zona erógena e sua retirada influencia a libido provocando angústia, diminuição na auto-estima, depressão e o medo de rejeição.

Diversas pesquisas realizadas com mulheres acometidas pelo câncer de mama demonstraram que tanto o diagnóstico como o tratamento são muito estressantes para as mesmas (9). Alterações que comprometam o corpo, em especial as partes mais

valorizadas culturalmente, levarão o sujeito a uma falta de adaptação individual e social, pois as expectativas nele investidas sejam pelo próprio indivíduo ou pelas pessoas com as quais convive necessitarão ser repensadas (10).

Refletindo sobre essas questões, fica claro como a ordem social impõe papéis sobre as pessoas, refletindo no modo como as pessoas se colocam no mundo, estabelecendo uma profunda relação entre imagem corporal, corpo, cultura, representações mentais e a contextualização de tudo isso em cada ambiente (11).

As mulheres que passam pela experiência do câncer de mama e a mastectomia podem apresentar sentimentos de inadequação da imagem corporal que alteram suas vidas no âmbito social, familiar e conjugal (6).

Algo errado e diferente acontecendo no corpo é visto com muito receio e, no momento em que essas mulheres percebem as modificações ou notam que há algo diferente, começam a se questionar: o que está ocorrendo com meu corpo?

O nosso corpo possui memória, história e identidade, e é essa representação da identidade corporal que é chamado de imagem corporal (11). Assim, o questionamento sobre o que ocorre com nosso corpo por si só já é um fator gerador de angústia que prejudica a experiência de imagem corporal (11).

Dado o diagnóstico, será necessária a escolha de algum tratamento que dependerá da extensão da doença e suas características. De forma sucinta, os tipos de tratamentos disponíveis, na rede de saúde, que podem ser usados isoladamente ou em conjunto são: quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal e cirurgia (8). Havendo necessidade de cirurgia para retirada do tumor, essa pode ser conservadora, como a quadrantectomia ou nodulectomia, e em casos mais avançados, a mastectomia total (8). A cirurgia pode provocar efeitos adversos como: linfedema, fadiga e prejudicar a mobilidade do braço do lado operado.

A quimioterapia gera elevados efeitos adversos, como: alopecia, ganho de peso, náusea, vômito, indisposição, fadiga, distúrbios eletrolíticos e má nutrição (12). Já o uso de radioterápicos costuma apresentar reações que dependem da dose do tratamento, parte do corpo afetada, extensão da área a ser irradiada, tipo de irradiação e aparelho utilizado (13). Dentre os efeitos indesejáveis mais comuns temos: fadiga, perda de apetite e radiodermites (assaduras, bolhas, secreções, febre), que podem aparecer na terceira semana de aplicação e desaparecer poucas semanas depois de encerrado o tratamento (13).

As opções de tratamento devem ser discutidas com as clientes, permitindo-lhes

decidir sobre a futura conduta. Assim, essas mulheres precisam ser tratadas de forma franca e humanizada, deixando claras as vantagens e desvantagens de cada terapêutica, e a importância da adesão por parte das mesmas (14).

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer há predominância do câncer de mama na população brasileira, e a estimativa para o ano de 2010 apontava para 49.240 casos novos, ocupando o primeiro lugar entre as neoplasias que mais atingem as mulheres brasileiras (15).

Levando-se em consideração essa predominância, muitas das mulheres acometidas pela doença poderão ser submetidas a mastectomia parcial e/ou total, com conseqüente mutilação da mama. Isso pode acontecer porque o diagnóstico da doença em um estágio mais avançado implica em possibilidades terapêuticas mais agressivas (9).

No Brasil o diagnóstico do câncer de mama é feito freqüentemente em um estágio tardio da doença, sendo que na maioria das instituições os estadiamentos III e IV chegam a corresponder a 60% dos diagnósticos iniciais (16). O câncer descoberto tardiamente aumenta as chances de metástases, e o diagnóstico de metástase gera um conflito, pois há chance da morte iminente, com o indivíduo tendo ciência de sua finitude, porém isso não significa que desistiu da própria vida, pelo contrário, está aprendendo a conviver com a dualidade da vida e morte (17).

Em alguns casos, os limites impostos pelo corpo que sofre da doença em um estágio avançado fazem com que as pessoas se sintam inúteis perante afazeres domésticos e a sociedade, mudando o modo de ser no mundo, com a família, com os outros e consigo mesmo (17).

A opção pela mastectomia como forma de tratamento pode ter influência de outros fatores, além do estadiamento avançado da doença. Um estudo americano aplicou questionários a 583 mulheres que haviam feito mastectomia contralateral profilática, e uma das perguntas era referente à razão de terem escolhido essa intervenção, obtendo-se como respostas mais freqüente: possibilidade ou medo do câncer na outra mama, história familiar da doença e conselho do médico (18).

A reconstrução mamária é uma alternativa para amenizar o sofrimento e o trauma causado pela mutilação. Há, em muitas mulheres, a necessidade da reconstrução, pois com isso irão sentir-se “normais”, sem diferenças com as outras, não necessitando preocupar-se em esconder as deficiências causadas. Pode-se explicar tal fato levando em consideração que há um amor ao próprio corpo e ao mesmo tempo vivencia-se as

imagens corporais dos outros semelhantes, estabelecendo conexões entre o próprio modelo postural e o dos outros (11).

A reconstrução também é vista como a possibilidade de recuperar a feminilidade, sensualidade, erotismo, preservar a auto-imagem da mulher e qualidade de vida (8,10). Assim, proporciona resultados satisfatórios em relação a estética, o lado psicológico e a funcionalidade, contornando a situação de assimetria corporal conseqüente da mastectomia radical, e recuperação do corpo imperfeito (7).

Segundo Oiz (19), a reconstrução mamária é um dos procedimentos cirúrgicos atualmente mais gratificantes para as pacientes, graças à disponibilidade de técnicas cirúrgicas que permitem ao cirurgião plástico criar uma mama similar em forma, textura e característica, podendo efetuar o processo imediatamente depois da mastectomia ou tardiamente.

Em um estudo realizado no Japão com uma amostragem de 102 pacientes que se submeteram aos diferentes tipos de tratamento do câncer de mama, mostrou-se uma relação entre a reconstrução mamária, imagem corporal e sexualidade (20). Desse total de mulheres, 25 (24,5%) delas realizaram mastectomia, 66 (64,7%) tratamento conservador e 11 (10,8%) mastectomia com imediata reconstrução. Observou-se que as que fizeram a reconstituição apresentaram maior importância no significado da sua imagem corporal e sexualidade (aparência física, atração sexual ao parceiro, feminilidade) do que as pacientes mastectomizadas sem reconstrução (20).

Apesar disso, algumas mulheres não consideram a reconstrução como algo que irá aliviar sua dor, e a falta de sensibilidade no local da cirurgia juntamente com a sensação de que há falta de uma parte do corpo (mutilação) podem remeter a sentimentos de rejeição, e isso se deve pela alteração da aparência ou estrutura corporal, que permite uma associação com a idéia de imagem corporal perturbada. (5,6).

Além da reconstrução mamária, há outras possibilidades para auxiliar no processo de enfrentamento da doença. Mamede (21) acrescenta que exercícios físicos são parte integrante do procedimento de reabilitação das mulheres com câncer de mama, ajudando a prevenir, eliminar ou amenizar a dor, linfedema, limitação articular, fibrose muscular e alterações posturais.

A prática de uma atividade física permite a movimentação do corpo, diminui o sedentarismo, melhora a circulação, possibilita gasto energético e sensação de bem-estar físico e psíquico, podendo diminuir a ansiedade e estresse, tornando o momento prazeroso e relaxante para quem o vivencia (22).

Também é uma forma de linguagem não verbal, ou seja, que não depende das palavras, possibilitando a expressão individual e grupal através de gestos, postura e sinais corporais (22). Auxiliam ainda no tratamento de enfermidades, como diabetes, doenças cardiovasculares, e na promoção da saúde, independente da idade (23).

2.3 - Qualidade de vida nas mulheres mastectomizadas

O interesse em estudar a qualidade de vida (QV) na área da saúde é relativamente recente, e nas últimas duas décadas houve um grande crescimento no número de pesquisas interessadas pelo tema (24).

A definição do termo QV vem sofrendo reflexões ao longo dos anos, mas a partir do início da década de 90 houve certo consenso entre os estudiosos quanto a aspectos relevantes do conceito, como a subjetividade e a multidimensionalidade (24).

No que se refere a subjetividade, a definição do termo pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1993 traz contribuições sobre o assunto e refere que a QV é “ a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”(25).

O foco fica na visão e perspectiva do sujeito sobre seu estado de saúde e condição de vida, sendo o principal protagonista na avaliação de sua QV. Assim, somente o indivíduo pode avaliar sua QV, e esta é composta por diferentes dimensões: física, social, cultural e psíquica (26).

O conceito envolve os aspectos interiores de cada pessoa e o contexto em que se insere culturalmente, permitindo uma visão multidimensional, que se associa com frequência à área da saúde. Isso se torna claro quando as pessoas para cuidarem de sua saúde e bem-estar, adicionam em seus cotidianos programas de lazer, como viagens, sair com os amigos, tornar o ambiente de trabalho mais agradável, dentre outras atividades. Desse modo fica evidente a participação dos fatores subjetivos como propulsores de atos e ações para melhorar o dia-a-dia, demonstrando a vontade de querer o cuidado com a saúde.

Porém, esse cuidado não é só atribuição da pessoa, englobam também as ações do Estado, com elaboração e financiamento de políticas públicas saudáveis, do sistema de saúde, profissionais da área e de parcerias intersetoriais (27).

Informações sobre a QV de determinado grupo ou população têm sido incluídas

como indicadores para avaliar a eficácia, eficiência e impacto de programas de saúde e intervenções (24).

Há instrumentos genéricos e específicos para avaliar a qualidade de vida: os genéricos são multidimensionais, permitindo a mensuração de vários aspectos como capacidade funcional, dor, estado de saúde, emocional e vitalidade, podendo ser aplicados em diversos tipos de doenças, intervenções e culturas; já os específicos avaliam uma percepção geral, enfatizando informações sobre os sintomas, incapacidades e limitações (28).

Seguindo esse raciocínio a avaliação da QV é importante no sentido de verificar o impacto que uma doença pode causar na vida do paciente. No caso específico de mulheres que tiveram câncer de mama e fizeram cirurgia para retirada desse tumor, haverá alterações na auto-imagem, auto-estima, convívio social e perda funcional (29).

Essas modificações terão características singulares para cada uma e a necessidade de adaptação.

Em um estudo de coorte prospectivo foi avaliada a QV de 990 mulheres que tiveram câncer de mama e foram tratadas por terapia conservadora da mama ou mastectomia, e verificaram que as mastectomizadas apresentavam piora na imagem corporal, sexualidade e limitações no trabalho (30).

Há a perda da mama, uma parte do corpo muito valorizada, e no seu lugar fica uma cicatriz, que muitas vezes se mantêm como um quelóide, de grande ou pequena extensão (6,9). Conviver com essa marca é um sofrimento para algumas, pois remete a lembrança da doença, interfere na questão estética, e tentam esconder essa marca por meio de artifícios, como o uso de sutiã durante a relação sexual (9).

Além de uma nova cicatriz, a perda do seio, naquelas que não fizeram a reconstrução, remete a sentimentos de rejeição daquele corpo, sentindo-se mutiladas e evitando olhar-se no espelho (9,31,32).

A sensação de assimetria corporal e mudanças no andar também são relatadas na literatura, e para contornar essa situação fazem uso de roupas mais largas e sutiãs com enchimentos (32). Tais atitudes também causam sofrimento, pois mudam o jeito de vestir-se visando esconder as assimetrias e cicatrizes.

As conseqüências sociais e pessoais decorrentes da mastectomia fazem com que a mulher busque uma nova posição na família, sociedade, e a necessidade de adaptar-se ao novo corpo e a falta de parte constituinte dele.

2.4- Dança Circular: origem e conceitos

O ato de dançar acompanha a história do homem desde a antiguidade, exercendo uma função de comunicação e expressão própria, por meio de movimentos corporais livres, que podem representar sentimentos, o cotidiano, algum ato de celebração, demonstrando de forma representativa vários aspectos da vida. Por exemplo, comunidades de muitas partes do mundo dançavam para celebrar as estações do ano, a chuva, o movimento do sol, o solo fértil, aos Deuses, entre outros, e isso continua acontecendo na atualidade, seja em uma tribo indígena aqui no Brasil ou em grandes centros urbanos (33).

Os movimentos da dança expressam histórias, emoções e vivências, são cheios de intencionalidade e seus gestos vão desde movimentos livres, simples e espontâneos, até coreografias mais elaboradas, com rigidez na execução. Há coreografias que são passadas de geração em geração, como as presentes nas cantigas das brincadeiras de criança, contando a história de um povo, ou o próprio movimento que simboliza o conteúdo de uma música (33).

No contexto histórico da dança fica difícil delimitar o momento específico de sua criação, mas em relação às danças circulares, houve um bailarino e coreógrafo alemão marcante para sua concretização e expansão internacional no século XX, chamado Bernhard Wosien (1908-1986).

Desde jovem ingressou no mundo da arte, do balé, desenvolvendo seu lado crítico e criativo. No ano de 1960, despediu-se das danças nos palcos, e formou um grupo na Escola Superior Popular de Munique, com o qual viajou pelo interior do leste Europeu para conhecer as antigas danças de roda europeias e folclóricas (33,34). Encantando-se com a riqueza dos grupos étnicos, a arte regional e a espontaneidade da dança popular, decidiu dedicar atenção às danças de roda, concentrando-se no aprendizado e no domínio dos passos e movimentos não compassados, registrando suas vivências e observações.

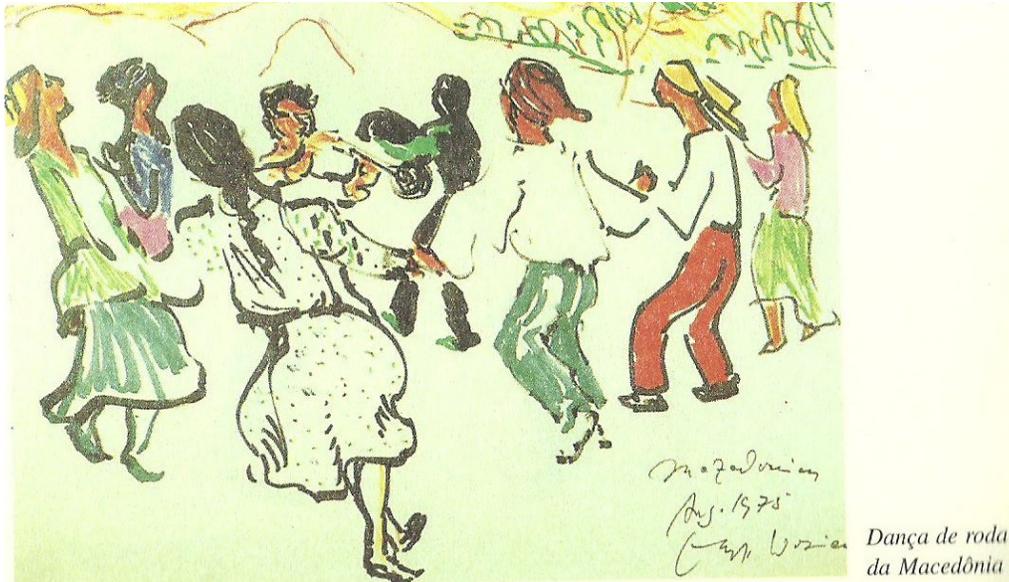


Figura 1: Dança de roda da Macedônia (Wosien, 2000, p.98)

Essa imagem é uma das ilustrações que Bernhard Wosien realizou para demonstrar as rodas de dança dos lugares que havia conhecido, no caso a Macedônia, mas também há gravuras de danças da Polônia, França, Rússia, etc.

No ano de 1976, recebeu um convite de um amigo para implementar e ensinar as danças circulares na Fundação Findhorn, que é um centro de ensino reconhecido mundialmente, localizado no norte da Escócia, tem o foco na educação, e oferece cursos para o desenvolvimento humano (34,35).

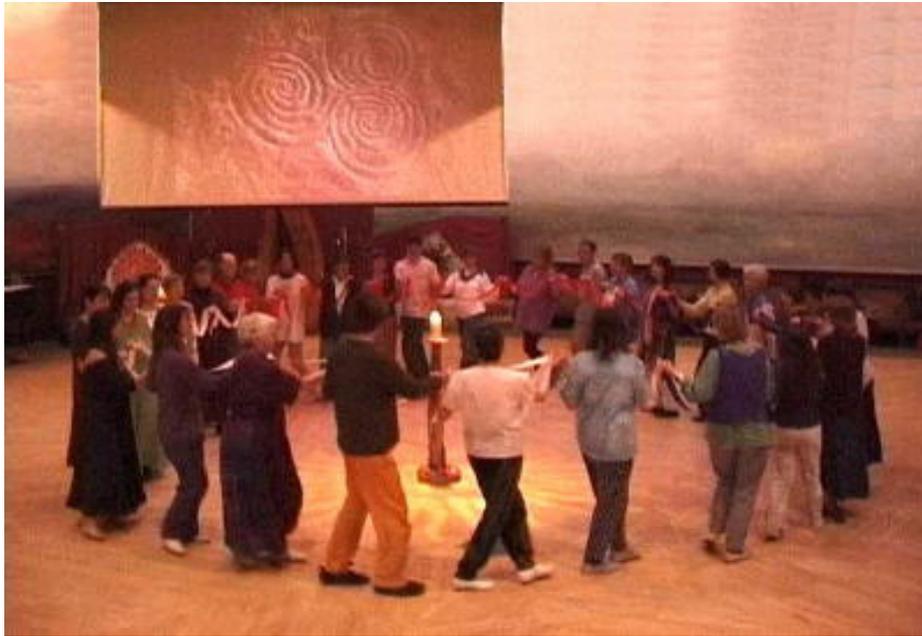


Figura 2: Foto de Findhorn: Símbolos em Movimento - Dança do Vento, 2001.
Disponível:http://www.sacreddance-wosien.net/Album/Album_GW/album_gw_11.html

Com esse trabalho, Bernhard Wosien obteve grande êxito nos seus ensinamentos e criações, garantindo repercussões no país, na Europa, e depois no mundo. Chamou essas danças que ensinava de “Danças Circulares Sagradas” (33,34).

O termo “sagrado” deve-se ao fato de considerar que o homem vivencia na dança uma transformação transcendente de seu interior. As formas corporais corresponderiam às rezas interiores, mantendo-se aberto para o novo e para mudanças na alma, encontrando-se com: ele mesmo, o Tu, o mundo ao redor, o grupo e a alteridade (34,36). Assim, enquanto dança, o homem abre-se para o acesso ao religioso, no sentido de uma recondução ao criativo original.

Nas palavras de Berhand Wosien:

É preciso dançar essas danças, para descobrir isso; é preciso se tornar muito presente para nos apropriarmos delas, para sentir e vivenciar seu efeito curativo e terapêutico. Então se abre, para o bailarino, a sua origem religiosa, o caminho para a unidade e a solução da passagem do singular para o comunitário, para um estar junto em vibração. E fluem, então, energias aos dançarinos, vindas de uma fonte que continuamente se regenera (34).

Ressalta também que na dança é possível meditar e orar proporcionando uma aproximação com Deus. O uso do termo sagrado muitas vezes une-se a questão da religião, porém essa associação não é obrigatória. Por exemplo, algum pensamento, atitude pode ser considerado “sagrado” por ter a importância de celebração para determinado grupo ou ser (33).

Além de sagrada, a dança também acompanha a palavra circular, e há um significado sobre o poder que um círculo efetua. As danças circulares retomam antigas formas de expressão de diversas culturas, povos e acrescenta também inovações inerentes a realidade atual. Portanto, não praticam movimentos automáticos e vazios de conteúdo (33).

Aliado a isso, há a formação de um círculo/roda, e este tem um significado especial na análise de sua distribuição, pois todos os pontos de um círculo são pontos de retorno, ou seja, percorrendo o círculo gira-se 360 graus sem perder a relação com o centro, e cada ponto tem a mesma distância em relação ao centro (34). Assim, não há hierarquia, o círculo representa o todo, e os seus pontos a identidade e individualidade de cada participante (33).

É comumente usado algo pra definir o centro do círculo na roda, que ajuda a delimitar melhor o espaço a ser percorrido durante a dança, e também pode ter um significado. É livre para criações e manifestações, não segue regras, quem o define são os focalizadores e participantes, sendo também um momento para expressão da criatividade. Na foto a seguir, como exemplo, o centro da roda é uma árvore.



Figura 3: foto de uma roda tendo como “centro” uma árvore. Disponível em: http://www.sacreddance-wosien.net/Album/Album_GW/album_gw_26.html

Os passos da dança são em geral muito simples feitos de mãos dadas na roda, e o fato de errar não é um problema, mesmo porque é trabalhada a questão da cooperação e respeito.

Mais importante do que acertar o passo é a integração, a essência de grupo, onde todos ficam em sintonia, harmonia, entram no ritmo daquele momento.

Existe um simbolismo no modo como as mãos dos participantes se unem. Elas devem ser dadas no mesmo sentido, de maneira que uma fique voltada para cima e outra para baixo, isso permite que a energia circule no mesmo sentido. Uma maneira que ajuda nesse posicionamento é pedir aos participantes que juntem as palmas das mãos, virem os polegares para o lado direito ou esquerdo, e então separam as mãos para encontrar com as dos companheiros (33).

2.5- Trabalhos relatados na literatura que utilizaram a dança circular

Há uma escassez de estudos na literatura nacional e internacional que utilizaram a prática da dança circular no processo de reabilitação de mulheres mastectomizadas. No entanto, existem trabalhos acadêmicos que descrevem detalhadamente as vantagens do uso da dança circular, tanto nos processos terapêuticos na saúde como na área da educação, para públicos-alvo diferentes. Será ressaltado nesse tópico três trabalhos (duas teses e uma dissertação) que utilizaram a dança circular, a fim de exemplificar como a dança tem sido abordada.

Em uma tese de doutorado desenvolveu-se um trabalho que versou sobre a prática da dança circular correlacionada a possíveis alterações na imagem corporal, qualidade de vida e religiosidade das pessoas que participaram da pesquisa, no caso dez alunas (amostra de conveniência) do curso de especialização em arte-terapia (2). Houve nove aulas de danças, uma vez por semana, com duração em média de 50 minutos, e as voluntárias comprometeram-se a registrar e relatar as experiências vividas e o que significou para elas cada encontro. Esses registros foram interpretados na pesquisa dentro de uma abordagem fenomenológica, e considerando a dança circular como uma expressão de símbolos arquetípicos (concepção junguiana) e da religiosidade. Para avaliar a qualidade de vida e comparar os momentos antes e depois das rodas, além de uma análise qualitativa, utilizou-se do instrumento WHOQOL-100; para avaliação da religiosidade o instrumento Inventário de Religiosidade MOSCHELLA-LARSON, e

para observar a inferência da dança na modificação da imagem corporal foi aplicado o desenho da figura humana segundo critérios de FURTH.

Na conclusão, pode-se observar uma melhora na qualidade de vida das participantes, que relataram alterações no estado emocional (humor), melhor interação com o outro, disposição física e ligação com um sentimento religioso, espiritual. A imagem corporal também melhorou, e isso foi visto de maneira clara comparando-se os desenhos feitos pelas participantes, antes e depois das rodas de dança, em que ilustravam elas mesmas. A modificação e alteração da religiosidade também foi verificada, com o relato das participantes sobre terem sentido o sagrado/divino próximo a elas enquanto dançavam, e como ser integrante do universo (conexão com a natureza), possibilitando uma maior expressão da espiritualidade (2).

Em outra tese buscou-se discutir, analisar e compreender outras dimensões na formação de professores, a partir da experiência com as danças circulares sagradas (manifestação artística) e os mistérios da mesma (4). Há reflexões sobre as práticas educacionais vigentes, em que privilegiam os estudos teóricos, conceituais, o racionalismo, e como seria positivo uma modificação nesse quadro, com estímulos a criatividade, sensibilidade, mudando as salas de aulas, tornando-as um campo aberto às experimentações, incentivando os alunos e professores a reinventarem os cotidianos (4).

Nas danças circulares sagradas há formação de um espaço fluido, intuitivo, contrário aos modelos acadêmicos rígidos relatados pela autora da pesquisa, e esta compartilha sua paixão pelas danças de roda e o acréscimo profissional, pessoal advindos de sua prática. Percebeu que as rodas constituíam-se em um espaço de trocas e descobertas, e promovê-las em encontros de educadores era propício ao rompimento com o medo, rigidez e inseguranças, abrindo-se para o novo, descobrindo novas linguagens, expressões, trazendo a arte para conversar com a educação (4).

Finalizando o relato dos trabalhos expostos nesse capítulo, destaca-se também uma dissertação que utilizou, em um programa de intervenção, as danças circulares e o processo musicoterapêutico ao longo de 4 meses, com 16 encontros de 2 horas cada, aplicados em um grupo de estudo composto por dez usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, portadores de transtornos mentais graves (3). Por meio de entrevistas individuais com os participantes (roteiro montado pelos pesquisadores) e registro dos depoimentos, pode-se perceber o significado e o valor da intervenção no processo terapêutico dos usuários, com destaque para promoção da integração com o coletivo, nas relações interpessoais, sentindo-se menos sós, e acolhidos (3).

3- Objetivos

3.1- Objetivo geral

Avaliar a qualidade de vida das mulheres mastectomizadas do grupo de estudo e do grupo controle antes e após três meses de intervenção.

3.2- Objetivos específicos

Comparar a qualidade de vida entre os grupos controle e de estudo.

Comparar a qualidade de vida intragrupos.

4- Hipótese

A prática da dança circular costuma propiciar benefícios aos seus participantes, assim, as mulheres mastectomizadas que participassem de um programa de intervenção com a dança circular poderiam apresentar melhora na qualidade de vida de uma maneira geral.

5- Percurso Metodológico

5.1- Tipo de estudo

Optou-se por um estudo de intervenção com desenho quase-experimental, de abordagem quantitativa.

Os trabalhos de intervenção consistem na introdução de algum elemento para transformação do estado de saúde dos indivíduos ou grupos participantes (nesse estudo, a dança circular), visando testar hipóteses ou avaliar a eficácia e efetividade de procedimentos preventivos, terapêuticos ou diagnósticos (37).

Muitas vezes introduz-se uma estratégia para a avaliação dos efeitos de uma intervenção, que consiste na comparação entre um grupo de sujeitos expostos à intervenção (grupo experimental ou de estudo) e outro formado por sujeitos não-expostos (grupo controle). Utilizou-se dessa estratégia, com a formação dos dois grupos.

Não se realizou a randomização ou encaminhamento aleatório das participantes para os respectivos grupos e o controle dos efeitos de qualquer variável extrínseca, porque caso tivesse aleatoriedade para o encaminhamento entre os grupos, poder-se-ia perder sujeitos que sabidamente gostariam de participar da roda de dança circular, portanto, foi deixado para cada participante escolher por vontade própria em qual grupo ficariam.

A natureza do estudo, enquanto piloto, deve-se por se tratar de uma iniciativa que apontará uma tendência nos resultados preliminares, uma familiarização com o tema, que poderão subsidiar próximos trabalhos na área, de maior escala e com uma amostragem mais significativa. São necessários trabalhos futuros para proporcionar uma validade externa aos achados.

5.2- Cenário do estudo

No início do desenvolvimento da pesquisa surgiram algumas dificuldades em definir o local das atividades, pois são poucos os lugares que permitem a utilização do espaço sem custos, acrescidos do fato de que esses deveriam apresentar condições de infra-estrutura adequadas para desenvolver a atividade de dança.

Buscou-se ajuda em uma paróquia da religião católica, chamada de Paróquia São Benedito, localizada na Vila Costa e Silva, na cidade de Campinas-SP. Ela possui um excelente salão para festas, com boa iluminação, arejado, piso antiderrapante, banheiros,

grande espaço físico, e foi nesse salão que se realizou a intervenção durante três meses. O projeto recebeu apoio total da Paróquia e o espaço foi cedido sem nenhum empecilho.

Além das vantagens citadas acima sobre o salão, a Paróquia é considerada de fácil acesso, perto de pontos de referências conhecidos na cidade, como um shopping Center, e os principais terminais urbanos possuem ônibus que passam pelo local ou próximo a ele.

Nenhuma atividade destinada especificamente às mulheres mastectomizadas era desenvolvida nessa Paróquia, na época do estudo.

O fato de a intervenção ter ocorrido em um espaço de uma paróquia católica não significou que as práticas da dança circular são vinculadas a essa religião, e as participantes eram esclarecidas nesse aspecto, principalmente as que demonstraram resistência ao local por serem praticantes de outra religião. Isso aconteceu uma única vez, com uma mulher que se considerava evangélica, e que acabou recusando o convite.

5.3- Amostra

A formação dos grupos, controle e de estudo, dependeu do atendimento aos seguintes critérios de inclusão:

- Submetidas à mastectomia parcial e/ou total;
- Mastectomizadas sem reconstrução mamária;
- Possuir período maior que três meses de pós-operatório;
- Possuir período igual ou menor que um ano da cirurgia;
- Conseguir comunicar-se verbalmente;
- Ter idade maior ou igual a dezoito anos;
- Não ter metástases diagnosticada
- Não apresentar alguma dificuldade de compreensão para responder ao instrumento

A escolha de um período maior que três meses de pós-operatório foi baseado na literatura, que descreve que até esse período as mulheres estão mais preocupadas com a sobrevivência, sendo as questões ligadas à imagem corporal e desempenho ocupacional são posteriormente vivenciadas (9). Além disso, nos primeiros meses após a cirurgia há uma limitação das atividades física e funcional (dirigir, escrever, lavar/passar roupa, cozinhar, carregar peso) do dia-a-dia, representada por: dor, latejamento, formigamento, sensações de choques, indisposição física, fadiga, dentre outros (10).

Em relação ao período igual ou menor que um ano da cirurgia foi embasado na literatura. Um estudo mostrou uma melhora na qualidade de vida das mulheres que tiveram câncer após o primeiro ano de tratamento de forma global, ou seja, tanto as pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico quanto farmacológico (38). Assim, se há uma melhora geral após um ano, independente de alguma intervenção, então o estudo deveria ocorrer antes desse tempo.

Segundo Murat e Cordioli (39) as mulheres mastectomizadas costumam vivenciar o impacto da doença e da cirurgia até um ano após o ato cirúrgico.

Existe um trabalho na literatura que investigou mudanças na qualidade de vida e ansiedade de pacientes com câncer de mama ao longo do tempo (longitudinal). Reuniu-se um grupo de 236 mulheres que preencheram os questionários aplicados em três tempos (T1, T2, T3): T1- paciente após o tratamento cirúrgico; T2- 6 meses de pós-operatório e T3- 12 meses pós-operatório. No conjunto dos resultados verificaram que a qualidade de vida das pacientes melhorou ao longo de tempo, mas ainda havia deficiências quanto à ansiedade, imagem corporal e sexualidade (40).

Vale ressaltar que a literatura aponta sobre a presença de alterações na qualidade de vida das sobreviventes do câncer de mama mesmo depois de muitos anos, com alterações psicossociais e sexuais (29), porém, é mais freqüente uma piora na qualidade de vida no primeiro ano, fato que motivou o critério de inclusão.

Foi observado em relação ao público-alvo da intervenção que o processo desde o diagnóstico do câncer, realização da cirurgia e os tratamentos com radioterapia e/ou quimioterapia demoravam quase um ano para se completar. Durante esse percurso, muitas mulheres ficam em afastamento do trabalho pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), o que possibilitou uma maior flexibilidade quanto à escolha do dia e horário da intervenção proposta, já que apresentavam uma maior disponibilidade de tempo quando comparadas àquelas que trabalhavam.

O fato das mulheres estarem em tratamento quimioterápico ou radioterápico não é considerado como impedimento para prática da dança, mas é preciso respeitar a capacidade individual de cada uma e suas limitações.

Não se excluiu da amostra quem estava realizando os tratamentos adjuvantes porque estudos recentes apontam que a prática do exercício físico é benéfica nas pacientes com câncer de mama, com efeitos psicológicos positivos, redução dos sintomas de fadiga, melhor funcionamento físico, eficiência metabólica e aptidão

cardiorrespiratória (41, 42).

No entanto, sabe-se os efeitos adversos que os tratamentos podem gerar, repercutindo nos domínios físicos, meio ambiente, psicológicos e relações sociais das pessoas, havendo chances de afetar os escores do instrumento de qualidade de vida. Por essa razão, considerou-se tanto a quimioterapia como a radioterapia uma variável do estudo, e juntas foram chamadas de tratamentos adjuvantes.

No grupo de dança que se formou, as mulheres mastectomizadas em tratamentos adjuvantes ou não ficaram juntas, sem distinções no grupo, e eram identificadas por meio da resposta ao instrumento de caracterização da amostra (Apêndice 1). Essa identificação auxiliou para posterior análise estatística, visando identificar os efeitos dessas variáveis, quando presentes, sobre os domínios do instrumento de qualidade de vida.

As mulheres com metástases foram excluídas porque vivenciam outro momento, tanto em relação aos tratamentos e localização do câncer, como nas questões relacionadas com a morte, convívio social, dentre outras.

As mulheres que atenderam aos critérios de inclusão e não concordaram em participar da roda de dança foram convidadas para compor o grupo controle. Portanto, os grupos não eram selecionados aleatoriamente.

Há algumas barreiras na formação de um grupo de dança que podem dificultar a adesão nas atividades, dentre elas: características pessoais de introversão, vergonha, fobia social, mal-estar devido aos tratamentos de quimioterapia /radioterapia, não gostar de dançar, medo e inseguranças. Levando-se em consideração essas limitações hipotéticas e as peculiaridades do estudo (iniciativa piloto), não foi possível determinar um número amostral prévio antes da formação dos grupos.

Abrangeram-se os sujeitos que se mostraram de fácil acesso e convenientes a pesquisadora, e por esse motivo, optou-se pela amostragem de conveniência.

Esse tipo de amostragem não probabilística é mais viável aos pesquisadores, porém limita a capacidade de fazer generalizações sobre as descobertas, já que o trabalho acaba obtendo somente informações dos sujeitos que se apresentaram como voluntários para participar, comprometendo, portanto, a validade externa da pesquisa (37).

Após o término da coleta de dados obteve-se uma amostra de 24 mulheres no grupo controle e 11 no grupo de dança, totalizando 35 mulheres no estudo. Não houve pareamento entre os grupos.

5.4- Critérios de descontinuação

Consideraram-se válidas somente as respostas das mulheres do grupo experimental que tiverem 50% de presença, ou seja, estiveram presentes no mínimo em 6 encontros. Esse critério foi sugerido pela focalizadora para que as atividades de dança circular promovessem efeitos mais perceptíveis nas participantes, ao mesmo tempo em que proporcionaria um estímulo maior para que continuassem freqüentando, não sendo aconselhável faltas consecutivas, pois isso poderia desestimulá-las.

5.5- Variáveis

Para avaliar o efeito da intervenção sobre a qualidade de vida, foram estudadas outras variáveis, além da dança, que poderiam influenciar nos resultados e domínios do WHOQOL-bref, como o fato de estar em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico, e o tipo de cirurgia realizada (mastectomia total ou quadrantectomia).

A prática da atividade física seria uma variável a ser considerada, porém, devido ao pequeno número de participantes que praticavam algum exercício, não foi possível fazer uma análise estatística que pudesse correlacionar essa variável com a qualidade de vida.

5.6 - Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados: o World Health Organization Quality of Life, versão Bref (WHOQOL-bref), e um questionário sócio-demográfico. Antes da aplicação do WHOQOL-bref (Anexo 1), os dados de identificação, de aspectos sociais e cirúrgicos para caracterização da amostra do estudo eram colhidos em um instrumento construído pela pesquisadora especificamente para essa finalidade (Apêndice 1), e aplicado na forma de entrevista.

O WHOQOL-bref é um questionário auto-administrável para as pessoas que sabem ler e interpretar, e a pesquisadora colocava-se à disposição dos sujeitos para qualquer esclarecimento durante o processo. A coleta dos dados foi realizada pela própria pesquisadora, no primeiro encontro, de ambos os grupos (controle e de estudo) e após três meses somente no grupo controle. No grupo controle tinham duas mulheres

consideradas analfabetas, e por isso, a pesquisadora realizou a leitura do questionário e assinalou as respostas indicadas por elas. Para evitar vieses na pesquisa, optou-se por convidar outra pessoa, devidamente treinada, para acompanhar a aplicação do instrumento no grupo de estudo após os três meses de intervenção, colocando-se a disposição caso as mulheres tivessem alguma dúvida no questionário.

O instrumento WHOQOL-bref constitui-se da versão abreviada em português do instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100), foi validado para população brasileira e desenvolvido no Centro WHOQOL para o Brasil, localizado no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O questionário constitui-se de vinte e seis questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente (43). As perguntas são feitas e os interrogados as respondem com base nas últimas duas semanas.

Das 26 questões do WHOQOL-bref, duas são gerais de qualidade de vida, as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original WHOQOL-100, e cada faceta é avaliada por uma questão (43).

A descrição de cada domínio e faceta do WHOQOL-bref são apresentados a seguir no Quadro 1:

Quadro 1. Domínios e Facetas do WHOQOL-bref. Campinas-SP.2010

Domínio I- Físico	1. Dor e desconforto 2. Energia e Fadiga 3. Sono e Repouso 4. Mobilidade 5. Atividades da vida cotidiana 6. Dependência de medicação ou de tratamentos 7. Capacidade de trabalho
Domínio II- Psicológico	8. Sentimentos positivos 9. Pensar, aprender, memória e concentração 10. Auto-estima 11. Imagem corporal e aparência 12. Sentimentos negativos 13. Espiritualidade, religião, crenças pessoais
Domínio III- Relações Sociais	14. Relações pessoais 15. Suporte (apoio) social 16. Atividade Sexual

Domínio Ambiente	IV- Domínio Meio-	Meio-
		17. Segurança física e proteção
		18. Ambiente no lar
		19. Recursos financeiros
		20. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
		21. Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades
		22. Participação em, e oportunidades de recreação/ lazer
		23. Ambiente físico: (poluição, ruído, trânsito, clima)
		24. Transporte

Tomou-se cuidado durante a entrevista para que uma situação de privacidade fosse garantida, portanto, na medida do possível foi evitada a presença de amigos, familiares da entrevistada, e o questionário para cada momento da pesquisa (antes e após a intervenção) foi respondido em um único encontro.

Optou-se por um instrumento genérico como o WHOQOL-bref porque ele avalia a qualidade de vida de maneira mais ampla, não pontuando ações e nem focando em demasia suas atenções nas incapacidades físicas decorrentes das seqüelas da mastectomia, ao contrário de instrumentos específicos.

5.7- Coleta de dados

Inicialmente, o plano era convidar as mulheres mastectomizadas em Centros oncológicos especializados presentes na cidade de Campinas-SP. Houve contatos (pessoal, telefonema, e-mail) com quatro clínicas particulares, mas somente uma se mostrou disponível para esclarecimentos sobre o projeto. Esta mesma clínica respondeu informalmente que o convite às pacientes que freqüentavam o local seria feito pelos médicos, e se elas tivessem interesse, entrariam em contato.

A pesquisadora percebeu que os serviços privados de maneira geral não facilitaram o estabelecimento de contato com as clientes, dificultando o acesso a elas. O interesse nesses locais era convidar o máximo de pessoas que se encaixassem na amostra pretendida, dando oportunidade para vivenciarem a intervenção.

Como essa aproximação não foi permitida, o convite às mulheres restringiu-se à alguns serviços públicos, dentre eles dois Centros de Saúde (CS): Costa e Silva e Barão Geraldo. A escolha desses CS deu-se pela proximidade deles com a Paróquia São

Benedito.

A divulgação da pesquisa também contou com o apoio da secretária e do padre responsável pela Paróquia, que permitiu efetuar os convites durante suas missas nos finais de semana. No presente estudo não se utilizou o termo Dança Circular Sagrada para não causar estranhamento às participantes, que poderiam deixar de participar por associar à prática com determinada religião.

Outra instituição que muito contribuiu para o recrutamento das voluntárias foi o Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti/Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), um dos principais centros de referência do município de Campinas e região, e que possui vínculo com a UNICAMP. A pesquisadora frequentou o local no período de agosto de 2010 a janeiro de 2011, deslocando-se até os setores de quimioterapia, radioterapia, ambulatório de mama, e demais locais, onde pudesse encontrar a população a ser estudada.

A abordagem às clientes para convidá-las a participarem da pesquisa aconteceu na maioria das vezes nas salas de espera, sendo raras as oportunidades em que havia consultórios vagos e pudesse convidá-las com mais privacidade.

O contato inicial dava-se por meio de uma conversa informal, pouco sistematizada, com questões espontâneas, adaptando-as aos indivíduos e as situações que surgiam. Em algumas ocasiões o fato de estar sentada na sala de espera, com jaleco, despertava curiosidade, e me perguntavam o que estava fazendo ali, começando uma interação para “quebrar” o gelo.

Como estratégia para aproximação e se apresentar, discorria-se sobre a formação de enfermeira da pesquisadora, os objetivos do trabalho, e quando mostravam interesse, acontecia o convite para participarem da pesquisa, focando inicialmente no grupo de dança. Algumas pessoas que gostariam de participar não o fizeram devido a empecilhos como o fato de morarem em outras cidades e a dependência de condução. Nesses casos realizava um convite mais direto para colaboração no grupo controle. O anonimato e o sigilo eram assegurados desde o início da conversa, do mesmo modo que o poder de livre escolha de cada uma.

Existindo interesse foi solicitado dados como telefone, endereço, e-mail, para manter contatos e facilitar a localização futura (após três meses). Entre as mulheres que mostraram interesse em compor o grupo de estudo, além dos dados de contato, foi solicitado o dia da semana e o período (manhã ou tarde) de preferência para as atividades de dança. A intervenção ocorreu no período da tarde, que era o de preferência

da maioria.

Quando era possível uma situação de privacidade, aplicava-se o questionário, ficha de caracterização da amostra e o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 2). As mulheres participantes, em sua maioria, responderam as questões sem grandes dificuldades e levavam em média de 10 a 15 minutos para finalizar o preenchimento.

A segunda aplicação do instrumento foi feita após três meses de intervenção, no caso do grupo controle, em um local de preferência das participantes, sendo geralmente no mesmo local do primeiro encontro.

No grupo de dança a segunda aplicação do instrumento foi realizada por uma pessoa devidamente treinada e ocorreu após um número mínimo de presença (6 encontros) nas atividades para as que não poderiam ir até o final da intervenção (3 mulheres), atentando-se para não aplicar caso houvesse faltado da roda na semana anterior. E para as que frequentaram até o final da intervenção (8 mulheres), o questionário foi aplicado no momento de encerramento, por uma pessoa devidamente treinada.

Apesar de existir um dia e horário fixo em que ocorriam as rodas de dança (segundas-feiras às 15h), a pesquisadora realizava contato telefônico com antecedência de dois a três dias para as interessadas e participantes, com a finalidade de lembrá-las do próximo encontro.

A inclusão de familiares nos encontros poderia ocorrer caso fosse feito esse pedido por alguém, evitando-se inseguranças ou medo de ir sozinha até o local da intervenção, porém, ninguém fez essa solicitação.

5.8- Descrição da intervenção

A atividade de intervenção consistiu na utilização da dança circular com música nos encontros. Contou-se com o apoio voluntário de uma focalizadora em dança circular e arte-terapeuta.

Quanto à duração das atividades de dança, foram de três meses, com encontros semanais de uma hora, uma vez por semana, totalizando 12 encontros, período considerado viável à proposta.

A dança circular foi trabalhada nos encontros de uma forma educativa, lúdica e criativa. Não havia apenas a reprodução de movimentos, pois esses tinham, em sua

maioria, algum significado, compreensão em cada gesto.

No processo de ensino dos passos de cada coreografia existiu a preocupação em respeitar os limites de cada uma, suas limitações, e ao mesmo tempo, propiciar que todas participassem daquela vivência, mesmo sem ter conseguido efetuar determinado passo naquele momento.

Aspectos da dança como acertar o passo, entrar no ritmo, eram estimulados entre todas da roda, com ajuda mútua, não limitando essa função de cooperação e ensino à focalizadora. As danças circulares têm como ponto importante de destaque a experiência da individualidade combinada com a experiência de coletividade, participação, colaboração (44).

Durante toda a intervenção, logo no início do encontro, acontecia a recepção às mulheres, com apresentação das mesmas, e uma técnica de relaxamento era aplicada, com duração máxima de 10 minutos, antes de começar a dança.

O relaxamento consistia, basicamente, com todas as participantes em roda, de mãos dadas, olhos fechados, ouvindo uma música calma, e a focalizadora guiando a técnica. Atentava-se para a respiração, na percepção dos movimentos de inspiração e expiração, que deveriam ser lentos e profundos, como uma maneira de interiorização e relaxamento.

Trabalhou-se com a imaginação solicitando que sentissem o ar que inspiravam entrando pelos pulmões, percorrendo todo o corpo, nutrindo as células de oxigênio, e aliviando tensões nas regiões de incômodo. Pedia-se, ainda, em alguns momentos, para mentalizarem a cor azul, e uma luz de cura passando no interior de cada uma, retirando inquietações.

Depois do relaxamento, iniciavam-se as danças, em sua maioria realizadas em círculos, outras em dupla (quando o grupo ficou maior), utilizando-se principalmente de músicas folclóricas, com um ritmo animado e alegre. Músicas nacionais conhecidas, como a do cantor Lulu Santos, também foram usadas, e ainda canções que lembravam brincadeiras na infância, por exemplo, a do alecrim: “alecrim, alecrim dourado, que nasceu no campo, sem ser semeado...”.

No decorrer das atividades as mulheres podiam se comunicar e expressar de forma livre, por meio de palavras, gestos, cantando as músicas, possibilitando uma liberação das emoções que estavam sentindo e uma resposta aos estímulos visuais, auditivos e táteis.

O objeto que representou o centro das rodas variou, sendo no início uma caixa

com figuras de anjos que continham palavras como cura, coragem, alegria, e depois uma mandala (figura 04). Mandala é uma palavra sânscrita que significa círculo, e sua forma e representação modifica-se de acordo com a cultura e criatividade de quem a simboliza (44).



Figura 4: Foto Mandala utilizada no centro da roda de dança.

No final das rodas acontecia outro momento de introspecção parecido com a técnica de relaxamento inicial, com a finalidade de acalmar alguma agitação, e um abraço coletivo encerrava as rodas de dança.

O encerramento da intervenção teve uma elaboração especial, com o centro da roda sendo representado por uma flor de lótus em forma de vela, acesa, dentro de um recipiente com água, e as participantes foram presenteadas com uma flor de cristal, que havia na cor amarela e vermelha.

Em todos os encontros foi oferecido lanche, com sucos, alguns doces e salgados. Os gastos com transporte para o deslocamento das participantes até o local (Paróquia São Benedito) foi custeado pela pesquisadora. Essa decisão foi tomada para auxiliar aquelas que não tinham condições financeiras e evitar desistências por questões financeiras, além de ser uma questão da ética na pesquisa.

O dinheiro era fornecido a cada encontro, e para controle do seu recebimento, a pesquisadora tinha um caderno com os nomes das participantes, cada uma representada por uma folha, e elas assinavam embaixo do valor recebido e do dia correspondente a presença. Essa maneira utilizada foi escolhida por ser menos formal e permitia o controle da presença e o recebimento do dinheiro ao mesmo tempo.

As mulheres que mostraram interesse em continuar com a prática da dança e com a mesma professora, foram orientadas sobre a realização de encontros mensais gratuitos promovidos na cidade. Se quisessem continuar, com outra profissional,

também existia a possibilidade, com encontros uma vez por semana, também gratuitos, promovidos por um Centro de Saúde próximo a Paróquia São Benedito.

5.9 - Análise dos dados

A análise dos dados obtidos pelos instrumentos aconteceu sob orientação do Serviço de Estatística do Departamento de Enfermagem/FCM/UNICAMP. Utilizou-se do software SAS versão 9.1.3 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA, 2002-2003).

Os escores de qualidade de vida do questionário Whoqol-bref foram comparados intragrupos utilizando o teste t pareado e entre os grupos o teste t de Student. Este último também foi utilizado para comparação intragrupos, no momento pós sessão, nos domínios do Whoqol-bref segundo o tipo de cirurgia (mastectomia ou quadrantectomia).

Para avaliar o efeito da intervenção sobre a qualidade de vida, foi utilizada a análise de Modelos Lineares Generalizados, com estimativa através das Equações de Estimção Generalizada (EEG) (45). Os modelos EEG são utilizados para analisar dados de medidas repetidas. Este método é uma extensão dos Modelos Lineares Generalizados e foi desenvolvido para produzir estimativas mais eficientes e não viciadas para os parâmetros do modelo de regressão, quando se lida com dados correlacionados, pois considera a estrutura de correlação entre as observações (45).

Além do efeito do grupo de tratamento, foram considerados também os efeitos de tratamentos adjuvantes (quimioterapia/radioterapia) e as interações do período da intervenção com o grupo e tratamento adjuvantes. Análises de contrastes também foram realizadas para avaliar o efeito de cada grupo entre os períodos. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%.

As análises dos dados em sua maioria foram feitas dentro de uma abordagem quantitativa, porém vale ressaltar que houve acréscimo de novos dados além dos coletados nos questionários, por meio da observação feita pela pesquisadora e os relatos colhidos sobre a vivência das mulheres na roda de dança.

5.10 - Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (CEP/FCM/UNICAMP) em 24/11/2009, CAAE: 0861.0.146.000-09, Parecer CEP: Nº 1098/2009 (Anexo 2). Após a aprovação do projeto as mulheres mastectomizada foram convidadas para participarem do programa, informando-as sobre a pesquisa, seus objetivos, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o sigilo da identidade dos envolvidos e outros esclarecimentos necessários.

Devido às dificuldades em encontrar candidatas para o estudo sentiu-se a necessidade de incluir um novo serviço para aumentar o n amostral, assim foi enviado ao CEP um novo documento solicitando a inclusão do CAISM para recrutamento de mais participantes. Não foi necessário que o projeto tramitasse na comissão de pesquisa do CAISM, sendo solicitada apenas a autorização do chefe de oncologia da instituição. Essa autorização devidamente assinada foi enviada ao CEP como um adendo, e este aprovou a inclusão do CAISM como local de recrutamento de voluntárias (Anexo 3).

6- Resultados e Discussões

Antes de iniciar a apresentação dos resultados e discussões considera-se válido expor a trajetória e incluir algumas dificuldades encontradas durante o trabalho, visando detalhar os caminhos e escolhas, que poderão auxiliar futuras iniciativas que envolvam projetos de intervenção com abordagem semelhante.

Pretendia-se no início desse projeto a elaboração de mais de um grupo de dança, com a finalidade de obter maior casuística, mas devido ao tempo para realização da pesquisa, da intervenção, e a disponibilidade da focalizadora para essas novas rodas, optou-se pela formação de somente um grupo.

O convite para a roda de dança foi feito para as mulheres que se encaixavam nos critérios de inclusão, porém, apesar dos esforços envolvendo idas à instituição, três vezes na semana (dias com maior número de consultas), em período integral, durante quatro meses, conseguiu-se formar apenas uma amostra de vinte e quatro mulheres para o grupo controle, e onze para o grupo de dança.

Quando se atingiu o número de dezessete interessadas para a roda de dança, decidiu-se por iniciar a intervenção, no final de setembro de 2010. No primeiro encontro compareceram seis mulheres dessas dezessete, porém, houve quem justificasse a ausência e depois comparecesse posteriormente. Devido a essa pequena adesão no início, continuou-se convidando outras, além da possibilidade de divulgação por parte das que já faziam as atividades.

Essa estratégia de manter a divulgação da intervenção deu-se até o começo de novembro de 2010, depois de passados seis encontros, ou seja, 50% das práticas, portanto, pelos critérios de descontinuação elaborados, não seria mais possível a entrada de novas mulheres na roda, pois a frequência mínima proposta para elas comporem a amostra do estudo era de 50% de presença.

A intenção de discorrer sobre essa trajetória foi demonstrar que inicialmente conseguiu-se um número de mulheres dispostas a participar, porém houve quem desistisse antes mesmo de conhecer a intervenção. Algumas chegaram a ir a pelo menos um encontro, mas não deram seguimento. Era freqüente por parte de algumas mulheres confirmarem a presença para o encontro seguinte, e depois não comparecerem.

Investigou-se o porquê dessa falta de interesse com a finalidade de auxiliar na remoção dos possíveis obstáculos impostos pelas mulheres. Dentre os fatores que alegavam tem-se: falta de ânimo, mal-estar, indisposição física, cansaço, sono e efeitos colaterais da quimioterapia, preguiça, falta de vontade e comodismo.

A literatura relata que as mulheres mastectomizadas que não aderem a prática de

alguma atividade física, mesmo sabendo dos benefícios que proporcionam na qualidade de vida e no processo de reabilitação, não o fazem porque é um hábito a ser desenvolvido, além de um conjunto de razões pessoais, dentre elas depressão, a falta de força de vontade, apoio social e de tempo para dedicação delas mesmas (46,47).

Com o desenrolar da intervenção, e tendo uma maior dimensão do tamanho amostral do grupo de dança, optou-se por um grupo controle com o dobro de mulheres em relação ao grupo de estudo (2:1), seguindo orientações do estatístico. No primeiro momento, conseguiu-se trinta voluntárias, mas houve a perda de seis delas porque não foi possível localizá-las após os três meses.

A seguir estão expostos os resultados obtidos e as discussões de modo conjunto.

6.1- Análise Descritiva

6.1.1- Caracterização da amostra segundo dados sócio-demográficos, cirúrgicos, tipo de cirurgia e tratamento

Os dados foram analisados descritivamente por frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis categóricas, e para as variáveis contínuas usou-se a média, desvio-padrão, mediana, primeiro e terceiro quartil, valores máximos e mínimos. Os testes exato de Fisher e t de Student foram empregados para comparar os grupos segundo características demográficas e clínicas.

A caracterização da amostra (n=35) em relação ao estado civil, nível educacional, tipo de cirurgia realizada, prática de atividade física, idade em anos e atividade laboral encontram-se nas Tabelas de 1 a 3. Esses dados foram coletados por meio do questionário criado para essa finalidade (Apêndice 1), no período entre agosto de 2010 e janeiro de 2011.

Tabela 1. Distribuição das mulheres mastectomizadas (n=35) segundo faixa etária Campinas-SP, 2010

Idade	Grupo controle		Grupo Estudo		Geral	
	n	%	n	%	n	%
30-39	1	2,9	2	5,7	3	8,6
40-49	8	22,9	3	8,5	11	31,4
50-59	8	22,9	4	11,4	12	34,3
> ou = a 60	7	20	2	5,7	9	25,7
Total	24	68,7	11	31,3	35	100

Observa-se uma maior concentração na faixa entre 40 e 59 anos (65,7%) e poucas mulheres na faixa etária menor que 40 anos (8,6%). Confirmando dados da literatura sobre o aumento da incidência do câncer de mama na faixa etária acima dos 35 anos, sendo relativamente raro desenvolver a doença antes desta idade (48).

Na Tabela 2 é apresentada a média, mediana e desvio padrão das idades do grupo controle e de estudo:

Tabela 2. Idades dos grupos (C e E) segundo os valores máximos, mínimos, média, desvio padrão, mediana, primeiro quartil e terceiro quartil. Campinas-SP, 2010

Grupo	n	Média	Desvio padrão	Mediana	1º Quartil	3º Quartil	Mínimo	Máximo	Valor p [£]
C	24	53,5	9,2	51,5	45,5	62	39	72	0,3786
E	11	50,1	10,8	52	41	58	34	67	
C + E	35	52,4	9,7	52	44	62	34	72	

[£]Teste t de Student, C= controle, E= estudo.

Pode-se verificar que a idade média das mulheres do estudo foi de 52,4 anos, com variação entre 34 e 72 anos (valores mínimo e máximo). Quando os dois grupos foram comparados, não houve diferenças estatisticamente significativas entre eles ($p > 0,05$), o que significa que os dois grupos podem ser considerados homogêneos quanto a variável idade.

Tabela 3. Caracterização geral da amostra segundo estado civil, nível educacional, trabalho remunerado/lar, tipo de cirurgia e prática de atividade física. Campinas-SP, 2010

Características	n	%
Estado civil		
Solteira	2	5,7
Casada	20	57,1
Desquitada/divorciada/separada	8	22,9
Viúva	4	11,4
Vivendo como casada	1	2,9
Nível Educacional		
Analfabeto	2	5,7
I Grau incompleto	14	40,0
I Grau completo	10	28,6
II Grau completo	4	11,4
III Grau incompleto	1	2,9
III Grau completo	4	11,4
Trabalho remunerado/lar		
Não	12	34,3
Sim	23	65,7
Tipo cirurgia		
Mastectomia unilateral	14	40,0
Quadrantectomia unilateral	21	60,0
Atividade física		
Não	30	85,7
Sim	5	14,3

A maioria da amostra foi composta por mulheres casadas ou vivendo em união estável, correspondendo a 60% do total.

Em relação ao grau de instrução, os dados revelam que mais da metade das mulheres (74,3%) tinham pouco ou nenhum ano de estudo (até o I grau completo), com 5,7% (2) sendo analfabetas e 68,6% (24) tinham menos que oito anos de estudo. Somente 25,7% (9) possuíam oito ou mais anos de estudo.

As consideradas analfabetas sabiam assinar o nome com dificuldade, mas não conseguiam ler uma palavra, sendo necessário ler em voz alta os instrumentos que aplicamos e assinalar as repostas indicadas.

A fim de identificar atividade laboral e ocupação entre as participantes perguntou-se qual atividade de trabalho exerciam ou estavam exercendo. As que

responderam terem como ocupação “do lar” correspondeu a 34,3% (12) da amostra. O restante, 65,7% (23) exercia alguma profissão, sendo que dez delas (28,6%) estavam afastadas do trabalho naquele momento e recebendo pelo INSS (licença saúde). As que continuavam trabalhando, 37,1% (13), tinham, segundo relato, liberação médica para tal. Dentre as profissões/ocupações citadas: doméstica, inspetora de alunos, promotora de vendas, distribuidora de produtos de beleza, comerciante, consultora de negócios, trabalhadora rural (extração de látex de seringueira), artesã, analista financeira.

Quanto ao tipo de tratamento cirúrgico a que foram submetidas às mulheres não houve nenhuma participante que tivesse feito mastectomia bilateral ou quadrantectomia bilateral. A maioria (60%) fez quadrantectomia, ou seja, um tratamento cirúrgico conservador, o que poderia contribuir para uma melhor qualidade de vida e aceitação da imagem corporal (49). Considerou-se, portanto, o tipo de cirurgia uma variável do estudo, e posteriormente será apresentada uma correlação dessa variável com os domínios do Whoqol-bref.

Sabe-se que a prática de atividade/exercício físico proporciona benefícios como bem-estar físico e emocional, assim sendo, perguntou-se às mulheres se praticavam atividade física para verificar possível associação com a qualidade de vida. No entanto, não foi possível estabelecer essa correlação, pois a maioria da amostra (85,7%) considerava-se sedentária.

A vigência de tratamento quimioterápico ou radioterápico durante o período da intervenção foi considerado importante, portanto questionado, e foi uma das variáveis do estudo, para identificar se afetavam os domínios do Whoqol-bref. As distribuições do tipo de tratamento que as mulheres estavam sendo submetidas, antes e após a intervenção encontram-se nas Tabela 4 e 5.

Tabela 4. Distribuição das mulheres mastectomizadas segundo modalidade de tratamento quimioterápico, nos momentos antes e depois da intervenção. Campinas-SP, 2010

Tratamento quimioterápico	antes				após			
	controle		estudo		controle		estudo	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	6	25	6	54,5	5	20,8	3	27,3
Não	18	75	5	45,5	19	79,2	8	72,7
Total	24	100	11	100	24	100	11	100

Tabela 5. Distribuição das mulheres mastectomizadas segundo modalidade de tratamento radioterápico, nos momentos antes e depois da intervenção. Campinas-SP, 2010

Tratamento radioterápico	antes				após			
	controle		estudo		controle		estudo	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	2	8,3	2	18,2	9	37,5	6	54,5
Não	22	91,7	9	81,8	15	62,5	5	45,5
Total	24	100	11	100	24	100	11	100

No período pré-intervenção, considerando a amostra total (n=35), 12 mulheres (34,3%) realizavam quimioterapia e 4 mulheres (11,4%) realizavam radioterapia. No segundo momento, ou seja, pós-intervenção (após os três meses) ocorreu um aumento no número de mulheres que estavam em radioterapia para 15 (42,8%) e diminuição das que estavam em quimioterapia para 8 (22,8%).

O acréscimo de pessoas em radioterapia no período pós-intervenção deve-se, em parte, pelo fato de algumas mulheres, após terem encerrado os ciclos de quimioterapia, começarem a radioterapia. Outras, na primeira entrevista, não haviam iniciado o tratamento, classificadas como casos novos na instituição, e após avaliação médica, em um momento posterior, começaram com a radioterapia. Não é protocolo da

instituição a radioterapia vir depois de encerrada a quimioterapia, sendo cada caso clínico analisado separadamente, e verificado a necessidade dos tratamentos, em conjunto ou não, assim como a ordem dos mesmos.

Para verificar se existia uma diferença significativa entre os dois grupos quanto a caracterização da amostra em relação às variáveis estado civil, anos de estudo, tipo de cirurgia, tratamento, e atividade física, utilizou-se do teste exato de Fisher. O resultado dessa análise mostrou que os grupos eram homogêneos quanto a essas variáveis ($p>0,05$) (Tabela 6).

Tabela 6. Número e porcentagem de mulheres, por grupo, segundo características sócio-demográficas, tipo de cirurgia e tratamento, no momento inicial. Campinas-SP, 2010

Características	Grupo				Valor p ^{&}
	C		E		
	n	%	n	%	
Situação conjugal					0,7210
Em união	15	62,5	6	54,5	
Outra	9	37,5	5	45,5	
Anos de estudo					0,0809
Até 4	14	58,3	2	18,2	
5 a 8	5	20,8	5	45,5	
Acima de 8	5	20,8	4	36,4	
Tipo cirurgia					1,0000
Mastectomia em uma mama	10	41,7	4	36,4	
Quadrantectomia em uma mama	14	58,3	7	63,6	
Trat_Quimio					0,1297
Não	18	75	5	45,5	
Sim	6	25	6	54,5	
Trat_Radio					0,5748
Não	22	91,7	9	81,8	
Sim	2	8,3	2	18,2	
Atividade física					0,2970
Não	22	91,7	8	72,7	
Sim	2	8,3	3	27,3	

[&]Teste Exato de Fisher.

6.2- Análise Comparativa

Os escores do instrumento de qualidade de vida Whoqol-bref foram comparados intragrupos utilizando-se do teste t pareado, e entre os grupos segundo o teste t de Student.

A comparação intragrupos e entre os grupos controle e de estudo dentro dos domínios (físico, psicológico, social e meio-ambiente) do instrumento de qualidade de vida encontra-se na Tabela 7.

Tabela 7. Comparação dos domínios do instrumento Whoqol-Bref, entre e intragrupos , antes e depois da intervenção. Campinas-SP, 2010

Domínio	Grupo	Antes			Depois			Valor p [‡]
		Média(DP)	Mediana(Q1:Q3)	(Mín: Máx)	Média(DP)	Mediana(Q1:Q3)	(Mín: Máx)	
Físico	C	55,2 (20,9)	58,9 (35,7 ; 69,6)	(21,4 - 92,9)	54,9 (15,2)	53,6 (42,9 ; 64,3)	(28,6 - 78,6)	0,9097
	E	50,3 (12,4)	53,6 (39,3 ; 60,7)	(32,1 - 71,4)	60,7 (10,2)	64,3 (50 ; 71,4)	(42,9 - 71,4)	0,0006
Valor p [£]		0,4793			0,2587			
Psicológico	C	61,3 (15,2)	62,5 (47,9 ; 70,8)	(41,7 - 95,8)	57,8 (13,4)	58,3 (50 ; 64,6)	(29,2 - 91,7)	0,1932
	E	50,4 (13,2)	54,2 (33,3 ; 62,5)	(29,2 - 66,7)	62,9 (9,2)	62,5 (54,2 ; 66,7)	(50 - 79,2)	0,0018
Valor p [£]		0,0484			0,2644			
Social	C	68,4 (17,5)	66,7 (60,4 ; 75)	(33,3 - 100)	67 (20,4)	70,8 (60,4 ; 75)	(12,5 - 100)	0,6204
	E	62,1 (10,8)	66,7 (50 ; 75)	(50 - 75)	64,4 (11,2)	66,7 (50 ; 75)	(50 - 75)	0,3911
Valor p [£]		0,2829			0,6944			
Meio ambiente	C	55,7 (12,6)	54,7 (46,9 ; 67,2)	(31,3 - 78,1)	56,9 (11,8)	56,3 (48,4 ; 64,1)	(25 - 81,3)	0,4398
	E	51,4 (10,3)	50 (40,6 ; 59,4)	(37,5 - 68,8)	58 (10,3)	59,4 (53,1 ; 62,5)	(34,4 - 71,9)	0,0297
Valor p [£]		0,329			0,8007			

[‡]Teste t pareado; [£]Teste t de Student; DP- desvio padrão; Q1- primeiro quartil; Q3- terceiro quartil.

É possível verificar na Tabela 7 uma comparação dos domínios intragrupo (controle ou estudo) seguindo os valores das linhas e encontrando o valor do p[‡], e entre os grupos, seguindo os valores das colunas e o valor do p[£]. Dessa forma, pode-se correlacionar os valores antes e depois da intervenção. Vale lembrar que nessa análise não está sendo considerada outras variáveis, como quimioterapia, radioterapia e o fator tempo, somente os escores obtidos dos domínios antes e depois da intervenção.

No grupo de estudo, por meio da análise das médias relacionadas aos domínios

físico, psicológico e meio ambiente, apresentados na Tabela 7, pode-se dizer que houve uma melhora e aumento dos escores, quando se compara os momentos antes e depois da intervenção. Esse aumento das médias não aconteceu no grupo controle.

Os resultados acrescentam ainda que houve uma diferença significativa nos domínios físico ($p=0,0006$), psicológico ($p=0,0018$) e meio ambiente ($p=0,0297$) do grupo de estudo, dentro dessa comparação intragrupo. Este dado demonstra que a intervenção (dança circular) provocou uma melhora significativa na qualidade de vida para esse grupo. Esperava-se também uma diferença no domínio social do grupo de estudo, pois a atividade de dança estimula o vínculo entre as participantes e é uma forma de convívio social.

Em relação ao grupo controle, não ocorreu nenhuma mudança significativa nos domínios, o que significa que mesmo com o decorrer do tempo (fator tempo) ou outra variável extrínseca não foi capaz de provocar efeitos nos domínios.

Estudos longitudinais sobre a qualidade de vida e prejuízos persistentes nas mulheres que tiveram câncer de mama apresentam resultados conflitantes e poucos dados, havendo necessidade de mais estudos (40).

Quando se compara na Tabela 7 os grupos (entre grupos), nos dois períodos, não se verificam mudanças significativas nos domínios, exceto no momento antes do domínio psicológico ($p=0,0484$). Essa diferença, no entanto, não se mantém depois da intervenção.

Em uma nova abordagem, para avaliar o efeito da intervenção sobre a qualidade de vida, além do efeito do grupo de tratamento, foram considerados também os efeitos dos tratamentos adjuvantes (quimioterapia e/ou radioterapia) e as interações do período da intervenção com os grupos e tratamento adjuvantes. Para isso utilizou-se análise de Modelos Lineares Generalizados, com estimativa através das Equações de Estimção Generalizada (EEG) (45).

As análises de Modelos Lineares Generalizados permitem estudar a influência das variáveis de interesse na qualidade de vida ao longo dos três meses de coleta dos dados.

Os efeitos da variável grupo (dança/controle), tratamento adjuvante (S/N), tempo (pré/pós) e suas interações sobre os domínios do Whoqol-bref são apresentados nas tabelas 8 a 11. Não se detectou efeitos significativos ($p>0,05$) destas variáveis sobre os domínios nos dois grupos.

Tabela 8. Análise de equações de estimação generalizadas para o domínio Físico. Campinas-SP, 2010

Efeitos	Estimativa	Erro padrão	Z	p
Intercepto	58,9	4,2	14,01	<0,0001
Grupo	-0,5	6,5	-0,08	0,9382
TA	-11,1	5,9	-1,88	0,0607
Tempo	-5,5	4,7	-1,16	0,2452
TA x tempo	13,7	9,5	1,44	0,1490
Grupo x tempo	5,9	4,2	1,4	0,1617

TA=tratamento adjuvante

Análise de contraste: Grupo intervenção p=0,2540; Grupo controle p=0,8230

Tabela 9. Análise de equações de estimação generalizadas para o domínio Psicológico. Campinas-SP, 2010

Efeitos	Estimativa	Erro padrão	Z	p
Intercepto	63,8	3,2	20,03	<0,0001
Grupo	-8,0	5,2	-1,52	0,1280
TA	-7,4	4,9	-1,52	0,1285
Tempo	-8,1	5,0	-1,61	0,1078
TA x tempo	11,1	6,8	1,63	0,1034
Grupo x tempo	12,5	7,2	1,74	0,0817

TA=tratamento adjuvante

Análise de contraste: Grupo intervenção p=0,0001; Grupo controle p=0,2070

Tabela 10. Análise de equações de estimação generalizadas para o domínio Relações Sociais. Campinas-SP, 2010

Efeitos	Estimativa	Erro padrão	Z	p
Intercepto	70,4	4,1	17,27	<0,0001
Grupo	-4,0	6,7	-0,59	0,5547
TA	-5,9	6,3	-0,94	0,3472
Tempo	-4,6	6,4	-0,72	0,4723
TA x tempo	8,1	8,7	0,93	0,3545
Grupo x tempo	1,0	9,2	0,11	0,9109

TA=tratamento adjuvante

Análise de contraste: Grupo intervenção p=0,7000; Grupo controle p=0,5232

Tabela 11. Análise de equações de estimação generalizadas para o domínio Meio Ambiente. Campinas-SP, 2010

Efeitos	Estimativa	Erro padrão	Z	p
Intercepto	53,3	2,7	19,39	<0,0001
Grupo	-7,2	4,5	-1,59	0,1114
TA	7,4	4,2	1,74	0,0812
Tempo	3,9	4,3	0,9	0,3665
TA x tempo	-7,9	5,9	-1,34	0,1809
Grupo x tempo	8,3	6,2	1,34	0,1798

TA=tratamento adjuvante

Análise de contraste: Grupo intervenção p=0,0753; Grupo controle p=0,2712

Análises de contrastes também foram realizadas para avaliar o efeito de cada grupo entre os períodos, analisando-os separadamente, e revelaram diferenças significativas dentro do grupo de intervenção, apenas no domínio psicológico (p=0,0001). Já no grupo controle não se observou mudanças significativas em nenhum domínio.

Assim, houve um efeito da variável dança no domínio psicológico do grupo de estudo, e isso entra em consonância com trabalhos da literatura que referem que a prática da dança circular pode estimular um bem-estar psicológico e a promoção da saúde mental (2,3,4,44).

Há outros estilos de dança relatados na literatura que também trouxeram benefícios as participantes dos estudos. Por exemplo, um estudo piloto realizado em Hong Kong elaborou um programa de intervenção destinado para pacientes com câncer (maioria com câncer de mama) e utilizaram a chamada dança terapia de movimento, que se baseia na crença de que o movimento do corpo afeta e reflete os estados psicológicos (50). Foi avaliado entre os participantes (n=22) o efeito do programa de dança sobre o estresse percebido e auto-estima, aplicando-se instrumentos de medida antes e após a intervenção, e um formulário de avaliação do programa no final da última sessão. Os resultados obtidos mostraram uma redução significativa no estresse percebido, mudanças positivas na auto-estima e relatos das participantes sobre o prazer que sentiram em perceberem seus corpos, e expressarem os sentimentos e emoções mais abertamente (50).

Há ainda outro estudo piloto americano que foi realizado em dois centros oncológicos com a finalidade de determinar o efeito de um programa de dança e movimento (método Lebed) sobre a qualidade de vida em sobreviventes do câncer de mama (51). O programa teve duração de 12 semanas, com 2 sessões por semana para as

primeiras 6 semanas, e uma sessão por semana nas demais 6 semanas, totalizando 18 sessões. O desenho do estudo foi um ensaio clínico aleatório, com um grupo controle e de intervenção. O instrumento que avaliou a qualidade de vida era específico para quem teve câncer de mama, e obtiveram como resultados uma melhora significativa no grupo de intervenção em comparação com o grupo controle (51).

A literatura traz que o tipo de cirurgia (mastectomia ou quadrantectomia) que as mulheres com câncer de mama são submetidas pode alterar negativamente a imagem corporal, qualidade de vida, auto-estima, dentre outros fatores. Um artigo demonstrou uma pior qualidade de vida nas mulheres mastectomizadas quando comparadas com as que fizeram cirurgia conservadora (52).

Desta forma, com a finalidade de identificar se há diferenças significativas nos escores dos domínios do WHOQOL-bref de quem realizou quadrantectomia ou mastectomia, elaborou-se a tabela abaixo:

Tabela 12. Comparação dos domínios do instrumento WHOQOL-Bref, intra-grupos, por tipo de cirurgia, após os três meses. Campinas-SP, 2010

Domínios	Grupo	Tipo cirurgia	n	Média	Desvio padrão	Mediana	1º Quartil	3º Quartil	Mínimo	Máximo	Valor χ^2 p
Físico	C	2	10	62,1	13,5	62,5	50	75	42,9	78,6	0,0459
		4	14	49,7	14,6	53,6	35,7	60,7	28,6	75	
	E	2	4	56,3	9,4	57,1	48,2	64,3	46,4	64,3	0,2972
		4	7	63,3	10,5	64,3	57,1	71,4	42,9	71,4	
Psicológico	C	2	10	62,5	14,3	60,4	50	66,7	45,8	91,7	0,1504
		4	14	54,5	12,1	58,3	50	62,5	29,2	75	
	E	2	4	56,3	7,2	56,3	50	62,5	50	62,5	0,0669
		4	7	66,7	8,3	66,7	62,5	75	54,2	79,2	
Social	C	2	10	72,1	25,9	75	66,7	91,7	12,5	100	0,3152
		4	14	63,4	15,5	66,7	58,3	75	25	83,3	
	E	2	4	60,4	12,5	58,3	50	70,8	50	75	0,4032
		4	7	66,7	10,8	75	58,3	75	50	75	
Meio ambiente	C	2	10	58,8	10,6	57,8	50	65,6	46,9	81,3	0,5285
		4	14	55,6	12,8	56,3	46,9	62,5	25	81,3	
	E	2	4	50,8	12,9	53,1	40,6	60,9	34,4	62,5	0,0784
		4	7	62,1	6,4	59,4	59,4	68,8	53,1	71,9	

[†]Teste t de Student; 2- mastectomia em uma mama; 4- quadrantectomia em uma mama.

De uma maneira geral, não ocorreram diferenças nos domínios correlacionadas com os tipos de cirurgia. Somente no grupo controle, no domínio físico, houve uma discreta diferença estatística, $p=0,0459$.

6.3- Contribuições das participantes da roda de dança

Durante a intervenção o que mais chamou a nossa atenção foi à maneira como ocorreu a interação entre as participantes. Ao encontrarem-se falavam de imediato sobre a doença, como descobriram o câncer, tipo de tratamento, mostravam as marcas das cirurgias, e em todos os encontros abordavam o tema da doença e o percurso até ali. Partilhavam suas dores, medos, inseguranças, e também como conseguiram seguir em frente, o apoio que obtiveram de amigos, família, religião, etc.

Essa abertura trouxe uma experiência sobre como conviver em grupo, escutando o que o outro tem a dizer, respeitando as opiniões, acrescentando vivências, trocando informações e compartilhando-as.

Não houve um registro minucioso sobre o que as mulheres falavam dos benefícios que o grupo proporcionou, porém, observou-se a gratidão delas em poder participar daquelas atividades e ressaltavam como foi importante não se sentirem sozinhas, estarem com outras pessoas que passavam pelo mesmo problema, procurando melhorar e “nascer” a cada dia.

Percebeu-se também que com o passar do tempo da intervenção as que tinham mais afinidades quiseram aprofundar os laços de coleguismo por meio da troca de telefones e combinando encontros futuros. E até nas rodas de dança sentiam-se mais a vontade depois de um tempo, retiravam os sapatos, os lenços da cabeça e chapéus.

Teve um fato interessante em relação a essa questão do uso de lenços. Uma participante, que entrou na metade da intervenção, tinha muita vergonha de retirar o lenço da cabeça, mas era estimulada a fazê-lo pelas outras mulheres, tudo com respeito e sem pressão. No último encontro ela resolveu tirar, sentiu-se mais confiante, disse que o cabelo tinha crescido mais, e recebeu total apoio do grupo.

O fato de aprender a dançar despertou entusiasmo em algumas, que contavam terem ido a bailes e ensinado alguns passos das coreografias a familiares, amigos. Verifica-se, assim, o poder que a dança de roda tem na experiência de enraizamento e união dos seus membros, trabalhando um constante equilíbrio entre o individual, o coletivo e o estímulo a esta integração (3).

A última roda foi uma experiência marcante para as participantes, pesquisadora e focalizadora, e no final da atividade um abraço coletivo encerrou o encontro, com todas muito emocionadas, agradecendo a oportunidade de estarem ali. Houve ainda algumas mulheres que trouxeram presentes para a pesquisadora e focalizadora, além de

lanches feitos por elas para a confraternização.

7- Conclusão

Pode-se concluir que na análise entre os grupos (controle e de estudo) não se verificou diferenças significativas entre eles. Mas, ao analisar somente o grupo de intervenção, percebe-se que o mesmo melhorou a qualidade de vida quando se compara os momentos antes e depois da intervenção, com destaque para o domínio psicológico do instrumento WHOQOL-bref. Tal achado confirma a hipótese inicial da pesquisa que era sobre a possibilidade das pessoas que participassem da vivência com as danças circulares apresentarem uma melhora na qualidade de vida, favorecendo uma relação mais harmoniosa consigo mesmo e o coletivo.

Os comentários espontaneamente feitos pelas participantes do grupo de dança em relação ao programa desenvolvido também apontam para esse resultado.

Esperava-se, porém, uma maior diferença entre os grupos depois da intervenção. A ausência desse resultado pode ser devido ao curto prazo da intervenção, necessitando de mais tempo para provocar mudanças significativas nos outros domínios, além do psicológico, pelo fato das mulheres não terem freqüentado assiduamente os encontros, com faltas periódicas, e limitações do estudo.

Algumas limitações do nosso modelo de estudo devem ser consideradas, como o pequeno tamanho amostral, a falta de randomização e pareamento, e a incapacidade de generalizações dos achados, o que estimula novos estudos.

Assim, o presente estudo poderá também servir como base para futuros trabalhos que não tenham uma iniciativa piloto, e estes poderão utilizar-se de um cálculo amostral representativo da cidade/região em que for realizada a pesquisa, por exemplo, levando-se em consideração o número de casos de mulheres com câncer de mama naquele município, randomizando a amostra e pareando os grupo. Isso possibilitará maior chance de generalização dos achados.

Não houve uma associação estaticamente significativa entre os tratamentos adjuvantes e os domínios do WHOQOL-bref em nenhum dos grupos. Vale ressaltar que para uma avaliação da influência desses tratamentos nos domínios da qualidade de vida, faz-se necessário um número amostral adequado, com grupos homogêneos em relação à presença ou não dessa variável, permitindo realizar comparações.

8- Referências Bibliográficas

- 1- Peto AC. Terapia através da dança com laringectomizados: relato de experiência. Rev. Latino-Am Enfermagem, Ribeirão Preto. Dezembro 2000;8(6):35-9.
- 2- Almeida LHH. Danças circulares sagradas: imagem corporal, qualidade de vida e religiosidade segundo uma abordagem Junguiana [Tese- Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2005.
- 3- Leonardi J. O Caminho Noético: o canto e as danças circulares como veículos da saúde existencial no cuidar [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2007.
- 4- Ostetto LE. Educadores na roda da dança: formação-transformação [Tese- Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2006.
- 5- Santos MC. Mastectomia e feminilidade: uma questão perante o câncer [Dissertação]. Cuiabá (MT): Universidade Federal de Mato Grosso; 2007.
- 6- Amorim C. Doença Oncológica da mama: vivências de mulheres mastectomizadas. Rev de Ciências da Saúde de Macau. Junho 2006;6(2):108-13.
- 7- Ferreira MLSM, Mamede MV. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. Rev. Latino-Am Enfermagem. Maio-junho 2003;11(3):299-304.
- 8- Almeida RA. Impacto da mastectomia na vida da mulher [Trabalho de Conclusão de Curso]. Rio de Janeiro (RJ): Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro; 2006.
- 9- Duarte TP, Andrade AN. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. Estudos de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Janeiro-abril 2003;8(1):155-63.
- 10- Kebbe LM. Desempenho de atividades e imagem corporal: representações sociais de um grupo de mulheres com câncer de mama [Tese- Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2006.

- 11- Tavares MCGCF. Imagem Corporal: conceito e desenvolvimento. Barueri (SP): Editora Manole Ltda; 2003. 147p.
- 12- Ballatori E, Roila F. Impact of nausea and vomiting on quality of life in cancer patients during chemotherapy. Health and Quality of life outcomes [on-line] Setembro 2003 completo [Acesso em 05 de janeiro de 2010]; 1(1). Disponível em: URL: <http://www.hqlo.com/content/1/1/46>.
- 13- Instituto Nacional do Câncer [on-line]. [Acesso em 20/05/2010]. Disponível em: URL: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=100.
- 14- Barreto RAS, Suzuki K, Lima MA, Moreira AA. As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem. Rev. Eletrônica de Enfermagem [on-line]. 2008 [Acesso em 21 de maio de 2009]; 10(1). Disponível em: URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a10.htm>.
- 15- Instituto Nacional de Câncer [on-line]. [Acesso em 26/04/2010]. Disponível em: URL: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama.
- 16- Abreu E, Koifman S. Fatores prognósticos no câncer da mama feminina. Rev. Bras de Cancerologia. 2002;48(1):113-31.
- 17- Trincaus MR, Corrêa AK. A dualidade vida-morte na vivência dos pacientes com metástase. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(1):44-51.
- 18- Frost MH, Slezak JM, Tran NV, Williams CI, Johnson JL, Woods JE et al. Satisfaction after contralateral prophylactic mastectomy: the significance of mastectomy type, reconstructive complications, and body appearance. J Clin Oncol. 2005 November,23(31):7849-56.
- 19- Oiz B. Reconstrucción mamaria y beneficio psicológico. An Sist Sanit Navar. 2005;28(2):19-26.

- 20- Adachi K, Ueno T, Fujioka T, Fujitomi Y, Ueo H. Psychosocial factors affecting the therapeutic decision-making and postoperative mood states in Japanese breast cancer patients who underwent various types of surgery: body image and sexuality. *J Clin Oncol.* 2007;37(6):412-8.
- 21- Mamede MV. Reabilitação de mastectomizadas: um novo enfoque assistencial [Tese-Livre Docência]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 1991.
- 22- Takeda OH. Contribuição da atividade física no tratamento do portador de transtorno mental grave e prolongado em Hospital-Dia [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2005.
- 23- Prado MAS. Aderência à atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2001.
- 24- Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. Março-abril 2004,20(2):580-8.
- 25- World Health Organization. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Rev. Qual Life.* 1993;2(2): 153-9.
- 26- Almeida MAB, Gutierrez GL. Qualidade de vida: discussões contemporâneas. In: Vilarta R, Gutierrez GL, Monteiro MI. *Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI.* Campinas (SP): Ipes;2010. 151-60p.
- 27- Silva TTR. Considerações sobre os aspectos relacionados à promoção à saúde e bem estar no local de trabalho nos últimos 20 anos. In: Vilarta R, Gutierrez GL, Monteiro MI. *Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI.* Campinas (SP): Ipes;2010. 179-85p.
- 28- Masson VA, Monteiro MI, Vedovato TG. Qualidade de vida e instrumentos para avaliação de doenças crônicas- revisão de literatura. In: Vilarta R, Gutierrez GL,

- Monteiro MI. Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI. Campinas (SP): Ipes;2010. 45-54p.
- 29- Makluf ASD, Dias RC, Barra AA. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. Rev Bras de Cancerologia. Agosto 2006;52(1):49-58.
- 30- Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Holzel D. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. Breast J. 2004;10(3):223-31.
- 31- Pinto AC, Gióia-Martins DF. Qualidade de vida subsequente à mastectomia: subsídios para intervenção psicológica. Rev. da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar. Dezembro 2006;9(2):3-27.
- 32- Barbosa JRG. A sexualidade nas mulheres mastectomizadas [Monografia]. Porto (Portugal): Universidade Fernando Pessoa; 2008.
- 33- Costa ALB, Lorthiois C, Rodrigues GHCB, Berni LE, Arad LN, Sampaio MIS et al. Danças Circulares Sagradas: uma proposta de educação e cura. 2ª. Edição. São Paulo: Editora TRIOM; 2002. 196p.
- 34- Wosien B, Wosien MG (org). Dança: um caminho para a totalidade. 2000. 2ª. Edição. São Paulo: Editora TRIOM; 2006. 157p.
- 35- Findhorn Foundation. [online] 2011. [Acesso em 15 de fevereiro de 2011]. Disponível em: URL: <http://www.findhorn.org/>.
- 36- Bolen JS. O milionésimo Círculo: como transformar a nós mesmas e ao mundo. Um guia para círculos de mulheres. São Paulo: Editora TRIOM e TAYGETA; 2003. 118p.
- 37- Grey M. Desenhos experimentais e quase-experimentais. In: LoBiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª. Edição. Rio de Janeiro (RJ): Editora Guanabara KOOGAN S.A; 2001.98-109p.

- 38- Ganz PA, Desmond KA, Leedham B, Rowland JH, Meyerowitz BE, Belin TR. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute* [on-line] Janeiro 2002 completo. [Acesso em 10 de setembro de 2009]; 94(1). Disponível em: URL: <http://jnci.oxfordjournals.org/cgi/content/full/94/1/39>.
- 39- Murat MD, Cordioli AV. A paciente mastectomizada. *Rev. Médica ATM*. 1984;11(1):161-3.
- 40- Hartl K, Schennach R, Muller M, Engel J, Reinecker H, Sommer H et al. Quality of life, anxiety, and oncological factors: a follow-up study of breast cancer patients. *Psychosomatics*. 2010 march/april;51(2):112-3.
- 41- Pedroso W, Araújo MB, Stevanato E. Atividade física na prevenção e na reabilitação do câncer. *Motriz Rio Claro*. Setembro/dezembro 2005;11(3):155-60.
- 42- McNelly ML, Campbell KL, Rowe BH, Klassen TP, Mackey JR, Courneya KS. Effects of exercise on breast cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *Research CMAJ*. 2006 July;175(1):34-41.
- 43- Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83.
- 44- Pereira DF. O processo de criação sob a perspectiva da psicologia analítica: danças circulares sagradas coligadas ao processo de criação em dança [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2010.
- 45- Liang KY, Zeger SL. Longitudinal data analysis using generalized linear models. *Biometrika*. 1986;73:13-22.
- 46- Prado MAS, Mamede MV, Almeida AM, Clapis MJ. A prática da atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama: percepção de barreiras e benefícios. *Rev Latino-am Enfermagem*. Maio/junho 2004;12(3):494-502.

- 47- Emery CF, Yang HC, Frierson GM, Peterson LJ, Suh S. Determinants of physical activity among women treated for breast cancer in a 5-year longitudinal follow-up investigation. *Psycho- Oncology*. 2009 february;18:377-86.
- 48- Instituto Nacional de Câncer [on-line]. [Acesso em 15/03/2011]. Disponível em: URL: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>.
- 49- Kraus PL. Body image, decision markin, and breast cancer treatment. *Cancer Nursing*. 1999;6(22):421-7.
- 50- Rainbow TH. Effects of dance movement therapy on Chinese cancer patients : a pilot study in Hong Kong. *The Arts in Psychoterapy*. 2005;32:337-45.
- 51- Sandel SL, Judge JM, Landry N, Faria L, Ouellette R, Majczak M. Dance and movement program improves quality-of-life measures in breast cancer survivors. *Cancer Nursing*. 2005;28(4):301-9.
- 52- Veiga DF, Campos FSM, Ribeiro LM, Junior IA, Filho JV, Juliano Y et al. Mastectomia versus tratamento cirúrgico conservador: impacto na qualidade de vida de mulheres com câncer mamário. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil*, Recife. Jan/março 2010;10(1):51-7.

ANEXOS

ANEXO 1

Instrumento para avaliação da Qualidade de Vida versão abreviada (WHOQOL-bref)

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 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 quanto completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

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

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

ANEXO 2

Aprovação do comitê de ética em pesquisa da FCM/UNICAMP



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 09/12/09.
(Grupo III)

PARECER CEP: N° 1098/2009 (Este n° deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0861.0.146.000-09

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “DANÇA CIRCULAR: IMAGEM CORPORAL E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES MASTECTOMIZADAS”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Fernanda Sucasas Frison.

INSTITUIÇÃO: Paróquia São Benedito

APRESENTAÇÃO AO CEP: 11/11/2009

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 09/12/10 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Verificar as influências da dança circular na imagem corporal e qualidade de vida das mulheres mastectomizadas e se ocorre mudanças na imagem corporal, após as atividades de dança circular, nas pessoas que participarem do estudo.

III - SUMÁRIO

Será feitos uma abordagem quali-quantitativa, com caráter descritivo explicativo e experimental. Os critérios de inclusão serão: mulheres maiores de 18 anos submetidas a mastectomia total ou parcial, com mutilação da mama não estarem em tratamento quimioterápico. Apresentarem mais de três meses de pós-operatório com período igual ou menor de um ano de tratamento. Dois questionários validados e traduzidos serão aplicados as participantes antes e após as atividades de dança. A abordagem qualitativa do projeto envolverá a observação participante da pesquisadora, orientadora e focalizadora de dança circular.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Após respostas às pendências, o projeto encontra-se adequadamente redigido e de acordo com a Resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas - SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br



O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII- DATA DA REUNIÃO

Homologado na XI Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 24 de novembro de 2009.


Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
VICE-PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM/UNICAMP

ANEXO 3

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa sobre inclusão do CAISM no recrutamento de voluntárias



CEP, 21/12/10.
(PARECER CEP: N° 1098/2009)

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

PARECER

I – IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: ~~“DANÇA CIRCULAR: IMAGEM CORPORAL E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES MASTECTOMIZADAS”.~~

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Fernanda Sucasas Frison

II – PARECER DO CEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprovou o adendo que inclui o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) como local de recrutamento de voluntárias, referente ao protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

III – DATA DA REUNIÃO.

Homologado na XII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 21 de dezembro de 2010.


Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

APÊNDICES

Apêndice 1

Ficha de caracterização da amostra

Data do preenchimento: / /

Idade em anos:

Estado civil:

- 1- Solteira ()
- 2- Casada ()
- 3- Desquitada/divorciada/separada ()
- 4- Viúva ()
- 5- Vivendo como casada ()

Nível Educacional/ Até qual série estudou? :

- 1- Analfabeto ()
- 2- I Grau incompleto ()
- 3- I Grau completo ()
- 4- II Grau incompleto ()
- 5- II Grau completo ()
- 6- III Grau incompleto ()
- 7- III Grau completo ()
- 8- Pós-Graduação incompleta ()
- 9- Pós-Graduação completa ()

Você trabalha fora de casa/lar?

- 1- () Não 2- () sim . **O que faz?**.....

.....
Em que data/mês ocorreu a cirurgia:

Está em tratamento quimioterápico? 1- () Não 2- () Sim

Está em tratamento com radioterapia? 1- () Não 2- () Sim

Tipo de cirurgia:

- 1- () Mastectomia nas duas mamas
- 2- () Mastectomia em uma mama
- 3- () Quadrantectomia nas duas mamas
- 4- () Quadrantectomia em uma mama

Pratica alguma atividade física? 1-() Não 2-() Sim

Apêndice 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Dança circular: qualidade de vida em mulheres mastectomizadas

Eu, _____

RG _____, fui convidada a participar da pesquisa “ Dança circular: qualidade de vida em mulheres mastectomizadas”, desenvolvida por Fernanda Sucasas Frison, cujo objetivo é avaliar o impacto da dança circular sobre a qualidade de vida em mulheres mastectomizadas após participarem dessa atividade.

Haverá um grupo para as atividades de dança, e outro (controle) que não irá realizá-las, devendo apenas responder aos questionários.

Caso aceite participar, estou ciente que:

- A pesquisa envolve aplicação de um questionário pela pesquisadora, antes do começo das atividades de dança, e após o término de todos os encontros. Devo responder às perguntas.
- Meu nome será mantido em sigilo (segredo)
- Poderei deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo
- As atividades de dança serão realizadas durante dois meses, com encontro semanais de uma hora.
- O início do grupo terá data, hora e local previamente definidos
- Ficarei com uma cópia do TCLE
- Estou disposta a participar do grupo controle ou do grupo de dança
- Se tiver qualquer dúvida sobre o trabalho, antes, durante e após o mesmo, poderei entrar em contato com a pesquisadora, pelo telefone: (19)88480479
- Caso aceite participar do grupo de dança, os custos com o transporte até o local serão reembolsados com o pagamento de até R\$10,00, valor máximo fornecido, a cada encontro
- Se persistirem minhas dúvidas, ou quiser reclamar de algo, posso entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, situado na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 - Caixa Postal 6111 13083-887 . Campinas – SP. Fone (019) 3521-8936. Fax (019) 3521-7187. E-mail: cep@fcm.unicamp.br.

Campinas, de

Assinatura: