

A Interferência da Dança na Qualidade de Vida de Indivíduos Portadores de Esclerose Múltipla: Relato de Caso

The Interference of Dance Therapy on Quality of Life of Patients with Multiple Sclerosis: Case Report

Fernanda Carvalho Ribeiro¹, Douglas Martins Braga²

RESUMO

Introdução. A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença neurológica, crônica, auto-imune, progressiva e incapacitante que trás consequências negativas afetando o sistema motor, sensorial, psicológico, as relações sociais e, sobretudo, a qualidade de vida (QV) de seus portadores. **Objetivo.** Avaliar a influência que a dança exerce na QV de pacientes portadores de EM. **Método.** Este estudo foi realizado no Clube dos Paraplégicos de São Paulo (CPSP), onde foram avaliados três pacientes com diagnóstico de EM. As amostras foram avaliadas pelas escalas SF-36 e DEFU antes e após a aplicação do protocolo de dança proposto. **Resultados.** Foram observadas melhora significativa nos aspectos sociais destes pacientes, principalmente nos quesitos saúde mental, estado geral de saúde e vitalidade da SF-36. No domínio limitação por aspecto físico, foi observado melhora significativa nos três casos. Já na DEFU, observamos melhoras nos domínios: pensamento e fadiga e sistema social e familiar. **Conclusão.** Neste contexto, a dança demonstrou ser um recurso eficaz na melhoria da QV e da auto-estima dos pacientes portadores de EM.

Unitermos. Esclerose Múltipla, Qualidade de vida, Dança.

Citação. Ribeiro FC, Braga DM. A Interferência da Dança na Qualidade de Vida de Indivíduos Portadores de Esclerose Múltipla: Relato de Caso.

Trabalho realizado no Clube dos Paraplégicos de São Paulo (CPSP), São Paulo-SP, Brasil.

1. Discente do Curso de Graduação em Fisioterapia UNIBAN/SP, São Paulo-SP, Brasil.
2. Especialista em hidroterapia na reabilitação de doenças neuromusculares UNIFESP-EPM, Fisioterapeuta do setor de Fisioterapia aquática da AACD e ambulatório de Neuroimunologia da UNIFESP, Fisioterapeuta responsável pelo setor artístico do Clube dos Paraplégicos de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil.

ABSTRACT

Introduction. Multiple Sclerosis (MS) is a neurological disease, chronic, autoimmune, progressive and disabling back to negative consequences affecting the motor system, sensory, psychological, social relationships, and especially the quality of life (QoL) of sufferers. **Objective.** Evaluate the influence that dancing has on the QOL of patients with MS. **Method.** This study was conducted in Paraplegic Club of São Paulo (PBPC) where were evaluated in three patients with MS. The samples were evaluated by the SF-36 scales and DEFU before and after applying the proposed protocol dance. **Results.** We observed significant improvement in the social aspects of these patients, mainly in questions mental health, general health and vitality of the SF-36. In the field by limiting physical appearance was observed significant improvement in all three cases. Already in DEFU observed improvements in the areas: thinking and fatigue, and social and family system. **Conclusion.** In this context the dance proved to be an effective remedy in improving the QOL and self-esteem of patients with MS.

Keywords. Multiple Sclerosis, Quality of Life, Dance.

Citation. Ribeiro FC, Braga DM. The Interference of Dance Therapy on Quality of Life of Patients with Multiple Sclerosis: Case Report.

Endereço para correspondência:

Douglas M Braga
Bento Vieira, 101-Bloco B apt 25
CEP 04202-030, Ipiranga-SP, Brasil.
Tel.: (11) 2548-8820
E-mail: douglasbraga78@hotmail.com

Relato de Caso
Recebido em: 19/01/10
Aceito em: 03/05/10
Conflito de interesses: não

INTRODUÇÃO

A esclerose múltipla (EM) é uma doença crônica, progressiva, de origem desconhecida, caracterizada por áreas de inflamação e desmielinização do sistema nervoso central (SNC), acomete adultos jovens, levando ao aparecimento de diversos sintomas e sinais neurológicos¹. Representa uma causa significativa de incapacidade, afetando adultos jovens com idade entre 15 e 50 anos, com um pico na terceira década de vida². Ocorre com mais frequência entre os habitantes do norte europeu e entre os americanos, canadenses, australianos e sul africano, é considerada rara nos povos asiáticos e praticamente inexistente na população negra da África. No Brasil presume-se que a incidência seja inferior a 10 casos para cada 100 mil habitantes³.

Os déficits funcionais e clínicos variam de acordo com a área de desmielinização do SNC e, devido à grande variabilidade de localizações anatômicas, as manifestações clínicas da doença variam de um indivíduo para outro. Estes indivíduos podem apresentar vários sintomas, sendo mais comuns os motores (espasticidade, espasmos reflexos, contraturas), os sensoriais (parestesia, disestesia, distorção da sensibilidade superficial), visuais (diplopia, dor ocular, neurite óptica), vesical intestinal (incontinência de urgência, aumento da frequência urinária e constipação), distúrbios sexuais (impotência, diminuição da sensibilidade e lubrificação genital)⁴.

Devido a essa ampla gama de sinais e sintomas que a doença pode provocar nos portadores, se torna necessária a reabilitação por um período prolongado, processo este, que pode se tornar cansativo e desmotivante. A reabilitação tem o objetivo de reconduzir o indivíduo portador de EM a sociedade, promovendo uma melhora na qualidade de vida através de um ambiente de socialização, favorecendo o processo de inclusão e integração social destes indivíduos.

A dança é uma atividade intrinsecamente motivante que surge em meio a diversos recursos, permitindo desenvolver os aspectos motores, psicológicos e sociais. A prática desta terapia gera benefícios que variam de movimentos adaptados, ajudando as pessoas a

aprenderem a reconhecer e a confiar nos seus próprios impulsos, além de desenvolver a auto-expressão, promover a interação do indivíduo consigo mesmo e com os outros, favorecer a inclusão social e melhorar a QV.

E uma atividade presente, em todas as épocas da história e para todos os povos, é a representação de suas manifestações, sentimentos, de seus estados de espírito, de emoção, de expressão e comunicação do ser e de suas características culturais. Ela traduz por meio de gestos e movimentos, emoções acompanhadas ou não de música. É uma forma de excitação física e liberação que atende uma necessidade humana básica, necessidade esta que não é diminuída em indivíduos portadores de EM⁵.

Dançar e se expressar é tratar de viver em plenitude, sentindo a vida em movimento. É um processo que nos leva ao conhecimento corporal, ou seja, a busca do corpo, de um corpo que os expresse e que os faça sentir melhor⁶. A dança terapêutica busca resgatar o significado do corpo, antes limitado pela deficiência, transformando-o em um instrumento de auto-aceitação e de inclusão social. Pode ser utilizada como propósito de promover a reabilitação através do reconhecimento da consciência corporal, trabalha o corpo através de movimentos que aprimoram a capacidade física e que desenvolvem outras habilidades, além de proporcionar maior independência funcional melhorando a QV⁷.

A dança inclusiva é um trabalho que inclui pessoas com deficiência física no qual o foco terapêutico não é desprezado e a ênfase se encontra em todo o processo do resultado artístico, levando em consideração a possibilidade de mudança da imagem e inclusão social dessas⁸. Exerce efeitos benéficos aos indivíduos que a praticam, promovendo melhora do equilíbrio estático e dinâmico, na coordenação neuromuscular grossa, na auto-estima e esquema corporal maximizando a relação da imagem de si próprio, tornando-se um meio facilitador da inclusão social⁹.

O objetivo da reabilitação por meio da dança é reconduzir o indivíduo novamente à sociedade com a melhor QV possível. A dança pode constituir uma intervenção terapêutica para promoção da melhora da

imagem corporal do indivíduo portador de deficiência física, visto que ela possibilita a vivência sensorial e motora necessária ao conhecimento corporal, além de contribuir para a melhora da auto-estima através da valorização das potencialidades individuais¹⁰.

A QV é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto do sistema de valores e da cultura em que vive; em relação a suas metas, expectativas e interesses”, não é somente a ausência de doença, mas sim o bem estar físico, psicológico e social do indivíduo¹¹. Está relacionada como bem estar pessoal e auto-estima, abrangendo uma série de aspectos como a capacidade funcional, nível socioeconômico e o próprio estado de saúde¹¹.

Vários fatores contribuem para o declínio da QV nos portadores de EM, são eles: o fato da EM afetar a integridade fisiológica normal (distúrbios sensoriais e motoras, alterações de esfíncter e disfunção sexual), funções neuropsiquiátricas (cognitivo e transtorno do humor), e outras áreas (por exemplo, a mobilidade e fadiga); a doença é diagnosticada principalmente em adultos jovens, o que influencia a produtividade e o desenvolvimento pessoal dos pacientes e, por último, é uma doença progressiva com um curso imprevisível com um largo aspecto de incapacidade física e social, o que torna mais difícil para os pacientes manter um sentimento de controle sobre a sua doença¹². Os portadores de EM podem sofrer forte impacto pela doença com acúmulo de incapacidades levando ao prejuízo das habilidades necessárias para a realização das AVD's (atividade de vida diária) e os efeitos colaterais dos medicamentos também podem se tornar incômodos ou até prejudiciais¹³.

Com isso buscamos neste trabalho aplicar a dança como recurso terapêutico objetivando avaliar seus efeitos na QV dos pacientes com EM.

MÉTODO

Este trabalho é um estudo de caso e foi realizado no Clube dos Paraplégicos de São Paulo. As questões éticas da pesquisa foram aprovadas conforme os parâmetros da resolução 196/96.

Os critérios de inclusão: ter diagnóstico médico fechado, participar de todas as sessões do projeto e, estar ciente e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido e o termo de autorização para uso de imagem.

Foram excluídos do trabalho os pacientes incapazes de responder aos questionários propostos, gestantes, pacientes em surto, pacientes portadores de qualquer outra doença neurológica associada que possa interferir, impedir ou prejudicar a avaliação.

Participaram do estudo 3 pacientes com diagnóstico de EM secundariamente progressiva, sendo um do sexo masculino e dois do sexo feminino, com média de 45 anos de idade e nível de incapacidade funcional EDSS 6.6.

Todos os pacientes foram submetidos a responder os instrumentos validados e reproduzíveis antes e após o período do estudo: SF-36 (avaliação de QV)¹⁴ e DEFU (avaliação de QV nos pacientes com EM)¹⁵. Os instrumentos foram aplicados por discentes do curso de fisioterapia, treinados por um profissional fisioterapeuta especializado em neurologia alheio à intervenção.

O estudo teve duração de nove meses, desenvolvido durante os meses de Fevereiro a Dezembro de 2008, realizado uma vez por semana durante o período da manhã com duração de uma hora e trinta minutos (das 8 as 9: 30 horas) cada sessão. A escolha do horário foi justificada pelo fato de que os pacientes com EM apresentam como um dos sintomas, a fadiga que se manifesta, entre outros motivos, pelo cansaço físico ou mental profundo, pela perda de energia e pelo calor, este mais intenso conforme o dia evolui.

Esses pacientes receberam sessões de terapia através da dança ministradas por profissionais qualificados. As sessões de dança foram realizadas utilizando-se CDs com variados ritmos musicais. A aula de dança foi dividida em cinco etapas a fim de adequar as necessidades do paciente para a prática da dança. Esses estágios estão descritos na sequência em que foram realizados durante as sessões de dança. A etapa um constituiu de uma sessão de alongamento de MMSS, região cervical, tronco, MMII com duas a três repetições e duração de 20 minutos. Após o alongamento foi realizado um

aquecimento corporal com músicas variadas durante 10 minutos, constituindo a etapa dois. A expressão corporal realizada como etapa três do protocolo visou à fala através do corpo e seus movimentos, enquanto a etapa quatro foi constituída pelo protocolo de dança através da criação de uma coreografia para ser apresentada em público. Nesta etapa foram utilizados movimentos nos quais os pacientes exploravam todo o meio ambiente e seu corpo pedindo pra que cada um expressasse suas emoções livremente. Por fim, realizou-se a etapa cinco constituída por trabalho de relaxamento, controle da respiração e eliminação de pontos de tensão. Os pacientes ficavam em decúbito dorsal ou na posição sentada em colchonetes e era aplicado automassagem visando relaxamento de toda a musculatura.

Foram comparados os resultados obtidos a partir da aplicação inicial e final dos questionários de QV, SF- 36 e DEFU. Os resultados obtidos por meio da aplicação das escalas serão expostos através de tabelas comparando os resultados apresentados em cada paciente antes e após a aplicação do protocolo de dança proposto.

RESULTADOS

Caso 1

Para o questionário SF- 36, o paciente 1 apresentou melhora em todos os domínios (Tabela 1) com exceção do domínio capacidade funcional (CF), onde permaneceu com o mesmo escore, de dez pontos, apresentado na primeira avaliação.

No domínio limitação por aspecto físico (LAF) o paciente apresentou, no primeiro momento, um escore de zero pontos e na segunda avaliação apresentou o escore de 100 pontos, no domínio dor (D) ele foi de 33,33 para 51 pontos, estado geral de saúde (EGS) apresentou em um primeiro momento 28 e no segundo 67, vitalidade (V) foi de 37,5 para 65 pontos, aspecto social (AS) apresentou na primeira avaliação 40 pontos e na segunda 50, aspectos emocionais (AE) apresentou na primeira avaliação 50 e na segunda avaliação 66,66 pontos e, por último, no domínio saúde mental (SM), foi de 76,66 pontos para 96.

Os valores obtidos nos domínios da DEFU (Tabela 2), o paciente apresentou os seguintes escores: no domínio modalidade (DM) apresentou na primeira avaliação 12 pontos e permaneceu com 12 na segunda avaliação; no domínio sintomas (DS) apresentou o escore de 20 pontos na primeira avaliação e de 19 na segunda avaliação; no domínio estado emocional (DEE) apresentou na primeira avaliação 24 pontos e na segunda passou a apresentar 22 pontos; no domínio satisfação pessoal (DSP) apresentou na primeira avaliação 25 pontos passando para 21 na segunda avaliação; no domínio pensamento e fadiga (DPF) apresentava 21 pontos passando para 29 pontos na segunda avaliação; no domínio situação social e familiar (DSSF) apresentou na primeira avaliação 13 pontos passando para 19 na segunda avaliação e, por último, no domínio anexo (DA) apresentou 23 pontos na primeira avaliação passando a apresentar 16 na segunda avaliação.

Caso 2

A paciente 2 na escala SF- 36 (Tabela 1) apresentou boa evolução nos domínios CF passando de 53,33 na primeira avaliação para 75 pontos na segunda avaliação, L.A.F apresentou 50 pontos na primeira avaliação para 75 pontos na segunda, no D ela apresentava 83,33 pontos e passou para 62 pontos na segunda avaliação, no EGS apresentava 49,6 pontos e passou a apresentar na segunda avaliação 62 pontos, V passou de 50 pontos para 70 na segunda avaliação, no domínio AS apresentava na primeira avaliação 80 e passou a apresentar 62,5, L.A.E apresentou os mesmos 33,33 pontos antes e após a avaliação e, por fim, no domínio SM apresentava 63,33 e passou para 84 pontos.

Na escala DEFU (Tabela 2) o paciente apresentou os seguintes escores: no DM apresentou na primeira avaliação quatro pontos passando para 21 na segunda avaliação; no DS apresentou o escore de 14 pontos na primeira avaliação e 24 na segunda; no DEE apresentou na primeira avaliação 24 pontos e na segunda passou a apresentar 28 pontos; no DSP apresentou na primeira avaliação 12 pontos passando para 28 na segunda; no DPF apresentava 20 pontos passando para 30 pontos

na segunda avaliação; no DSSF apresentou na primeira avaliação dez pontos passando para 14 na segunda e, por último, apresentava no DA 15 pontos na primeira avaliação passando a apresentar 33 na segunda avaliação.

Caso 3

A paciente 3 apresentou boa evolução nos domínios da escala SF- 36 (Tabela 1), CF passando de 13,33 na primeira avaliação para 15 pontos na segunda avaliação, no LAF apresentou 37,5 pontos na primeira avaliação para 50 pontos na segunda, no D ela apresentava 34,16 pontos e passou para 51 pontos na segunda avaliação, EGS apresentava 61,6 pontos e passou a apresentar na segunda avaliação 72 pontos, V passou de 25 pontos para 30 na segunda avaliação, AS apresentava na primeira avaliação 10 e passou a apresentar 25, no domínio LAE apresentou zero ponto (pior estado) antes e após a avaliação passou a apresentar cinco pontos e, por fim, no SM apresentava 16,6 e passou para 33,33 pontos.

Na escala DEFU (Tabela 2), o paciente apresentou os seguintes escores: no DM apresentou na primeira avaliação 12 pontos passando para 13 na segunda

avaliação; no DS apresentou o escore de 12 pontos na primeira avaliação permanecendo com o mesmo escore na segunda avaliação; DEE apresentou na primeira avaliação 23 pontos e na segunda passou a apresentar 12 pontos; no DSP apresentou na primeira avaliação 15 pontos passando para 21 na segunda avaliação; no DPF apresentava dez pontos passando para 16 pontos na segunda avaliação; no DSSF apresentou na primeira avaliação 14 pontos passando para 22 na segunda e, por último, apresentava no DA dez pontos na primeira avaliação passando a apresentar 26 na segunda avaliação.

DISCUSSÃO

Este estudo auxiliou a revelar o impacto que a dança pode provocar na QV de pacientes portadores de EM. A utilização de um instrumento de avaliação genérico de QV, o SF- 36, possibilitou uma melhor avaliação do impacto da doença, e a utilização de um instrumento específico, o DEFU, que visa abordar os sintomas, dificuldades e alterações psicossociais associadas à EM, ajudou a esclarecer qual a interferência que a dança provocou nos portadores da doença^{15,16}.

A dança terapêutica é um recurso que vem cres-

Tabela 1
Domínio da escala SF- 36

Comparação dos Resultados						
Domínios	Paciente 1		Paciente 2		Paciente 3	
	Escore inicial	Escore final	Escore inicial	Escore final	Escore inicial	Escore final
Capacidade Funcional	10	10	53,33	75	13,33	15
Limitação por Aspectos Físicos	0	100	50	75	37,5	50
Dor	33,33	51	83,33	62	34,16	51
Estado Geral de Saúde	28	67	49,6	62	61,6	72
Vitalidade	37,5	65	50	70	25	30
Aspectos Sociais	40	50	80	62,5	10	25
Aspectos Emocionais	50	66,66	33,33	33,33	33,33	50
Saúde Mental	76,66	96	63,33	84	16,66	33,33

Demonstra os valores obtidos por cada paciente em cada domínio da escala SF- 36.

Tabela 2
Domínio da escala DEFU

Comparação dos Resultados						
Domínios	Paciente 1		Paciente 2		Paciente 3	
	Escore inicial	Escore final	Escore inicial	Escore final	Escore inicial	Escore final
Modalidade	12	12	4	21	12	13
Sintomas	20	19	14	24	12	12
Estado emocional	24	22	25	28	23	12
Satisfação pessoal	25	21	12	28	15	21
Pensamento e fadiga	21	29	20	30	10	16
Sistema social e familiar	13	19	10	14	14	22
Anexo	23	16	15	33	10	26

Demonstra os valores obtidos por cada paciente em cada domínio da escala DEFU.

cendo muito nos últimos anos e está auxiliando no processo de reabilitação, sendo assim, tem-se a necessidade de se realizar pesquisas no âmbito terapêutico a fim de comprovar sua eficiência.

A dança proporciona benefícios sociais aos praticantes em cadeira de rodas, uma vez que essas pessoas passam a conviver com o mundo em que o movimento torna-se o mediador de uma possibilidade de inclusão⁸.

Diversos estudos demonstram que portadores de EM apresentaram impacto negativo em todas as dimensões da QV em relação a indivíduos saudáveis, com maior comprometimento nos domínios de função física¹⁴. No presente estudo encontramos escores maiores e mais significantes entre os domínios mentais em relação aos domínios físicos¹⁷. Outros autores observaram que pacientes com sequelas de AVC apresentaram ganhos com a dança no aspecto social e conseqüentemente da QV¹⁰. Relataram que a dança trás satisfação pessoal e ganhos psicológicos positivos, ligados ao aumento da auto-estima, da motivação e, por conseguinte da QV¹⁷.

Observamos em nosso estudo na SF-36 ganhos significantes, em todas as amostras, nos domínios: saúde mental, vitalidade, estado geral de saúde e limitação por aspecto físico e a escala DEFU nos mostrou me-

lhora significativa em todos os pacientes, nos domínios pensamento e fadiga; sistema social e familiar. Estes dados corroboram com outros trabalhos que observaram que o domínio mais comprometido foi o aspecto físico e a menos comprometida foi a vitalidade¹⁸. No presente estudo a dança propiciou ganhos nos dois domínios com maior significância no domínio vitalidade.

O paciente um manteve o mesmo escore entre as avaliações no domínio capacidade funcional da SF-36 e no domínio modalidade da DEFU. Nos demais quesitos da SF-36 apresentaram uma melhora considerável. Já na DEFU apresentou piora nos domínios sintomas, estado emocional, satisfação pessoal e anexo. Acreditamos que por ser o paciente mais limitado e aquele que apresenta um quadro progressivo de limitação funcional devido ao avanço da doença tenha apresentado este declínio entre as avaliações. A literatura trás dados que a sintomatologia associada à patologia pode desencadear no indivíduo respostas emocionais de natureza negativa, este fato pode ser originado pela forma como o paciente com EM encara as mudanças sintomatológicas e funcionais relacionadas com a doença¹⁹.

A paciente dois apresentou na SF-36 declínio

nos domínios: dor e aspectos emocionais. Já na DEFU apresentou pequena diferença entre as avaliações nos domínios estado emocional e situação social e familiar. Acreditamos que esse declínio se deva a conflitos familiares que a mesma apresentou durante o estudo. Sabe-se que os comprometimentos afetivos emocionais apresentam impacto considerável sobre o bem estar subjetivo e adaptação familiar destes indivíduos²⁰. Nos domínios da DEFU apresentou melhora em todos os quesitos.

Na escala DEFU a paciente três apresentou a mesma pontuação no domínio sintomas, pequena melhora no domínio modalidade e nos outros domínios uma melhora significativa. Na SF- 36 apresentou melhora em todos os domínios, em especial nos domínios estado geral de saúde e saúde mental, onde os ganhos foram visivelmente grandes. Atribuímos estes ganhos a melhora da imagem corporal, melhora da auto-estima e socialização²¹.

Na categoria social, os dados mostraram que a dança ajudou os pacientes a lembrar a importância do relacionamento com os outros no decorrer de suas vidas. Relações sociais são de uma importância vital para a qualidade de vida²².

Com isso entendemos que a dança possui vantagens no sentido de promover a troca de experiências, de criatividade entre os participantes, capacitando a socialização e promovendo uma melhor QV entre os portadores EM.

CONCLUSÃO

Concluimos com este estudo que para esta amostra, a dança contribuiu para a inclusão social e proporcionou melhora significativa na QV dos portadores de EM, principalmente nos domínios mentais e sociais de suas vidas. Para os domínios físicos ressaltamos a necessidade de um novo estudo com uma amostra maior associando a comparação de portadores de EM que praticam dança e fisioterapia e aqueles que realizam apenas a fisioterapia.

REFERÊNCIAS

1. Alastair C. Multiple Sclerosis. *Lancet* 2002;359:1221-31. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08220-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08220-X)
2. Sliwa JA, Cohen BA. Esclerose múltipla In: Delisa JA, Gans BM. *Tratado de medicina de reabilitação*. São Paulo: Manole, 2001, p.1307-23.
3. Minguetti G. Ressonância magnética na esclerose múltipla. *Arq Neuropsiquiatr* 2001;59:563-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2001000400015>
4. Rodrigues IF, Nielson MBP, Marinho AR. Avaliação da fisioterapia sobre o equilíbrio e a qualidade de vida em pacientes com esclerose múltipla. *Rev Neurocienc* 2008;4:269-74.
5. Hecox B, Levine E, Scott D. Dance in physical rehabilitation. *Physical Therapy* 1976; 56:919-24.
6. Fux, Maria. *Dança terapia*. 3rd ed. São Paulo: Summus, 1988, 112p.
7. Nanni D. *Dança educação: princípios, métodos e técnicas*. 4 rd ed. Rio de Janeiro: Sprint. 2002, 288p.
8. Braga DM, Melo APG, Labronici RHDD, Cunha MCB, Oliveira ASB. Benefícios da dança para pessoas com deficiência física. *Rev Neurocienc* 2002;3:153-7.
9. Guimarães EL, Santana JM. Aplicabilidade da dança terapêutica para recuperação funcional de portadores de distúrbios percepto - motores (tese). *Faculdades Integradas Fafibe, Bebedouro*, 2005, 74 p.
10. Calil SR, Santos TABP, Braga DM, Lambronice RHDD. Reabilitação por meio da dança: uma proposta fisioterapêutica em pacientes com seqüela de AVC. *Rev Neurocienc* 2007;15:195-202.
11. Organização mundial de saúde. (endereço na internet). Brasil: OMS. (atualizado em: 20/10/2010; citado em: 05/2009). Disponível em: <http://www.ufrgs.br/Psiq/whoqol1.html>.
12. Bortoli AK. Qualidade de vida em idosos de grupos de convivência: uma reflexão dialógica. *Rev Fisiobrasil* 2009;94:29-32.
13. Benito L. A review about the impact of multiple sclerosis on health. *Disability and Rehabilitation* 2003;25:1291-303. <http://dx.doi.org/10.1080/09638280310001608591>
14. Morales RR. Avaliação transversal da qualidade de vida em portadores de esclerose múltipla por meio de um instrumento genérico (SF- 36) (tese). Minas Gerais: Faculdade de medicina Universidade Federal de Uberlândia, 2005, 96p.
15. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-item short-form health survey (SF-36)" (Tese). São Paulo: UNIFESP, 1997, 143p.
16. Mendes MF, balsimelli S, Stangehaus G, Tilbery CP. Validação da escala de determinação funcional da qualidade devida na esclerose múltipla para língua portuguesa. *Arq Neuropsiquiatr* 2004;62:108-13. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2004000100019>
17. Peres M, Gonçalves CA. Dança para pessoas com lesão medular uma experiência de abordagem terapêutica. *Rev Conexões* 2001;6:54-60.
18. Nogueira LAC, Nóbrega FR, Nogueira K, Thuler LCS, Alvarenga RMP. Estudo comparativo entre duas escalas funcionais para pacientes com esclerose múltipla. *Rev Fisioter Bras* 2008;9:31-6.
19. Esclerose múltipla: conhecer para desmistificar. (endereço na internet). Portugal. Última atualização: 11/2008; citado em 10/2009). Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0453.pdf>.
20. Lima EP, Haase VG, Peixoto MAL. Heterogeneidade neuropsicológica na esclerose múltipla. *Psicol Reflex Crit* 2007;21:100-9.
21. Bernardi CL, Prado ALC. A dança como um caminho para a melhora

da imagem corporal do indivíduo portador de deficiência física. Fisiobrasil. 1999;1:20-5.

22. Moreira MA, Lana-Peixoto MA, Callegaro D, Haussen SR, Gama PD,

Gabbai AA, et al. Consenso expandido do BCTRIMS para o tratamento da esclerose múltipla. Arq Neuropsiquiatr 2002;60:875-80.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2002000500036>