



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
CURSO DE PSICOLOGIA

**FRANCISLANE BONFIM FREITAS**

**BENEFÍCIOS PSICOLÓGICOS DA PRÁTICA DE DANÇA EM PESSOAS COM  
DIAGNÓSTICOS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO: uma revisão bibliográfica**

SÃO LUÍS – MA  
2019

**FRANCISLANE BONFIM FREITAS**

**BENEFÍCIOS PSICOLÓGICOS DA PRÁTICA DE DANÇA EM PESSOAS COM  
DIAGNÓSTICOS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO: uma revisão bibliográfica**

Monografia apresentada ao curso de Psicologia da  
Universidade Federal do Maranhão para obtenção  
do título de Psicólogo.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Maria de Nazaré Pereira da  
Costa.

SÃO LUÍS – MA  
2019

Freitas, Francislane Bonfim.

Benefícios psicológicos da prática de dança em pessoas com diagnósticos de ansiedade e depressão: uma revisão bibliográfica / Francislane Bonfim Freitas. - 2019.

80 p.

Orientador(a): Maria de Nazaré Pereira da Costa.

Monografia (Graduação) - Curso de Psicologia,  
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

1. Dança. 2. Depressão. 3. Ansiedade. 4. Psicologia.

I. Costa, Maria de Nazaré Pereira da. II. Título.

**Francislane Bonfim Freitas**

**BENEFÍCIOS PSICOLÓGICOS DA PRÁTICA DE DANÇA EM PESSOAS COM  
DIAGNÓSTICOS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO: uma revisão bibliográfica**

Monografia apresentada ao curso de Psicologia da  
Universidade Federal do Maranhão para obtenção  
do título de Psicólogo.

**Aprovação:** São Luís-MA, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria de Nazaré Pereira da Costa (Orientadora) – UFMA

---

Prof. Dr. Raimundo Nonato Assunção Viana - UFMA

---

Prof<sup>ª</sup>. Ma. Wanderlea Nazaré Bandeira Ferreira – UFMA

---

Prof<sup>ª</sup>. Ma. Larissa Gomes Lacerda (Suplente)

Com muita saudade, amor e gratidão, dedico este trabalho ao meu pai querido, Francisco das Chagas Freitas, que se foi cedo demais. Sem ele, nada disso teria sido possível.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha amada mãe, Maria Lúcia, a pessoa que mais acompanhou e incentivou os meus primeiros passos na vida e na dança e que sempre está comigo em todos os momentos da minha vida. Aos meus irmãos, Franciesle e Franciel, em quem posso confiar, contar e me sentir segura. Agradeço imensamente ao meu amor, meu companheiro de todas as horas, Rafael Ribeiro, a pessoa que me ajuda a ser melhor e mais forte todos os dias, com quem venho trilhando uma caminhada de amor, respeito, companheirismo e compreensão.

Sou muito grata à minha orientadora, Nazaré Costa, que foi extremamente atenciosa, prestativa, disponível e interessada na construção deste trabalho, confiando em mim e contribuindo com o meu crescimento nessa etapa tão importante da minha vida. À minha grande amiga, Mayla de Aguiar, com quem posso contar em momentos bons e ruins, que contribuiu significativamente em nossas conversas para a exploração do tema deste trabalho e com quem aprendo coisas preciosas sobre a vida. À Cláudia Aline Monteiro, mulher em que me inspira e me proporciona oportunidades valiosas de crescimento. Agradeço também às pessoas maravilhosas que tive o privilégio de conhecer graças ao Plantão Psicológico Centrado na Pessoa e com quem compartilho experiências tão significativas: Carla Lago, Darice Veras, David Moniz, Edson Bezerra (obrigada pelos livros e pelas inspirações de estudo!), Karoline Andrade, Rebeca Carneiro e especialmente às amigas queridas Mariana Nascimento e Sarah Duarte, com quem pude compartilhar muitas angústias nesse processo de escrita, e Adriana Benvinda, com quem construí um vínculo incrível.

Agradeço à minha companheira de jornada, Ana Maria Araújo, por quem tenho muita admiração e estima e com quem desenvolvi uma parceria fantástica, de muito compromisso, durante o curso. Agradeço à minha amiga Leanne Maria Dias, por toda a dedicação e disponibilidade, por ter se mostrado uma pessoa tão valiosa e por ter me ajudado muitíssimo na construção do meu trabalho! Às pessoas queridas que conheci nesse curso, especialmente Luís Sousa, Rafael dos Anjos, Ray Anderson e Yarla Mahmud, por todo o cuidado e carinho. Agradeço também ao professor Lucas Sá, que foi muito prestativo, cuidadoso e contribuiu bastante na construção do meu trabalho com segurança e clareza.

Agradeço aos meus familiares que me deram apoio em diferentes momentos da minha formação, especialmente à tia Leuza, que me recebeu com muito cuidado e preocupação nos meus primeiros passos cursando Psicologia. Agradeço também a Maria Luiza, por quem desenvolvi um carinho enorme, com quem compartilhei muitas conversas ricas e quem me ajudou bastante nos meus momentos finais do curso.

Agradeço à minha linda e criativa professora de balé, Denise dos Anjos, com quem amo dançar e que me ajuda a crescer e florescer todo dia um pouco mais: obrigada por toda sua dedicação, compromisso, cuidado, carinho e, principalmente, pela sua amizade! Agradeço ainda à minha primeira professora de balé, Márcia de Aquino, com quem tive as primeiras inspirações no mundo do balé clássico e quem me ajudou a reconhecer por quais caminhos eu poderia seguir na temática deste trabalho, com a preocupação de me dar acesso aos primeiros materiais de estudo sobre o tema. Obrigada!

“Descubra em seu movimento  
forças não sabidas, contatos.  
O prazer de estender-se;  
o de enrolar-se, ficar inerte.  
Prazer de balanço, prazer de voo.”

(Carlos Drummond de Andrade. **Os últimos dias**)

“Mais do que uma maneira de exprimir-se por meio do movimento, a dança é um modo de existir – e é também a realização da comunhão entre os homens.”

(Klaus Vianna. **A dança**, p. 105)

## RESUMO

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, atualmente, mais de 300 milhões de pessoas vivem com depressão no mundo, sendo ela considerada a maior responsável por incapacitação para o trabalho e por mortes por suicídio. Já os quadros de ansiedade estão na 6ª posição mundial em relação a incapacitação para o trabalho, com mais de 260 milhões de pessoas com algum diagnóstico. A dança, como uma modalidade de exercício físico e como uma forma de expressão artística e pessoal, pode oferecer muitos benefícios para quem a pratica. Sua história acompanha a própria história do homem, modificando-se em suas funções e características juntamente com a cultura à qual pertence, e desde o século XX tem sido, de maneira sistemática, utilizada como uma forma de terapia. Desse modo, o presente trabalho é uma revisão bibliográfica que teve como objetivo geral identificar os efeitos de intervenções ou prática de dança sobre padrões de depressão e ansiedade, encontrados em estudos empíricos nacionais e internacionais. Como objetivos específicos buscou-se caracterizar os estudos encontrados; identificar os tipos ou práticas de dança utilizadas; categorizar os efeitos identificados; relacionar as intervenções e tipos de dança com os efeitos encontrados e identificar se há diferença nos resultados a depender do quadro psiquiátrico (ansiedade e depressão). A busca foi realizada nas bases de dados Scielo, Pepsic, PubMed, Portal de Periódicos CAPES e Google Acadêmico, com os descritores: “dança” AND “terapia” AND “depressão” e “dança” AND “terapia” AND “ansiedade”, nos idiomas português, inglês e espanhol. Como critérios de inclusão, os estudos deveriam ter sido publicados entre 2000 e 2018; ser resultado de trabalhos empíricos, com descrição detalhada do método utilizado (participantes e procedimento) e dos resultados obtidos; utilizar alguma intervenção sistematizada com uso da dança ou apenas estilos de dança, tais como dança de salão, tango, dança do ventre etc. Os critérios de exclusão adotados foram: o estudo descrever uma intervenção com pessoas que apresentassem sintomas de depressão e/ou de ansiedade como manifestações de outro diagnóstico principal; depressão e/ou ansiedade não serem as principais variáveis avaliadas no estudo; não utilizar instrumento ou técnica de avaliação. A partir das 15 publicações analisadas, identificou-se que os tipos de intervenções e estilos de dança utilizados nas pesquisas foram *Dance Movement Therapy*, dança circular, programa de treinamento de dança, *EXDASE dance therapy (Exercise Dance for Seniors)*, Biodança, aulas de dança de salão, dança do ventre, tango, *square dance* e um tipo não especificado. Os efeitos encontrados foram divididos em cinco categorias: redução/regulação de sintomas ou sinais psicológicos, bem-estar, aumento de medidas psicológicas positivas, redução de sintomas físicos e regulação neuro-hormonal. Pode-se afirmar que os efeitos mostraram-se significativos e benéficos para pessoas com quadro de depressão e/ou ansiedade.

Palavras-chave: Dança. Depressão. Ansiedade. Psicologia.

## ABSTRACT

According to World Health Organization, nowadays, depression is the largest contributor to disability and suicide deaths and more than 300 million people live with this diagnosis worldwide. Also anxiety disorders are ranked 6th related to disability and the number of people who live with some anxiety diagnosis is higher than 260 million. Dance, as a physical exercise and as an artistic and individual form of expression, can offer many benefits to those who practice it. Dance's history follows the very history of man, changing in its functions and characteristics along with the culture which belongs, and since the twentieth century it has been systematically used as a form of therapy. Therefore, the present study is a bibliographic review that aimed to identify the interventions or dance practice's effects on depression and anxiety patterns found in national and international empirical studies. Specific objectives of this review were: to characterize the found studies; to identify the types or practices of dance used; to categorize the identified effects; to relate the interventions and types of dance with the effects found and to identify if there is difference in the results depending on the psychiatric condition (anxiety and depression). The survey was performed in Scielo, Pepsic, PubMed, Portal de Periódicos CAPES and Google Scholar databases, using the index terms: "*dance*" AND "*therapy*" AND "*depression*" and "*dance*" AND "*therapy*" AND "*anxiety*", in Portuguese, English and Spanish. The inclusion criteria were: studies should have been published between 2000 and 2018; to be resulting of empirical work, with a detailed description of its method (participants and procedure) and of its results; use some systemized intervention with the use of dance or just dance modalities, such as ballroom dance, tango, belly dance etc. The inclusion criteria adopted were: to describe an intervention with people who present symptoms of depression and/or anxiety as manifestations of another major diagnosis; if depression and/or anxiety are not the main variables evaluated in the study; if the study do not use assessment instrument or technique. Fifteen studies were analyzed and the dance styles and dance interventions used in the researches were Dance Movement Therapy, circular dance, dance training program, EXDASE dance therapy (Exercise Dance for Seniors), Biodanza, classes of ballroom dance, belly dance, tango, square dance and an unspecified type. The effects found were related to reduction/regulation of psychological symptoms or signs, well-being, increase of positive psychological measures, reduction of physical symptoms and neuro-hormonal regulation. Thus, the effects found in the studies were significant and beneficial for people with depression and/or anxiety.

Keywords: Dance. Depression. Anxiety. Psychology.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de artigos selecionados .....	38
Figura 2 – Tamanho das amostras dos estudos.....	44
Figura 3 – Média de idade dos participantes dos estudos.....	44
Figura 4 – Distribuição das publicações por área de conhecimento.....	45
Figura 5 – Tipos de controle utilizados .....	52
Figura 6 – Duração das intervenções em semanas .....	52
Figura 7 – Frequência e duração das sessões de intervenção .....	53

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização das publicações analisadas.....	42
Quadro 2 – Principais características das intervenções.....	46
Quadro 3 – Principais resultados dos estudos.....	54

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACP: Abordagem Centrada na Pessoa
- APA: *American Psychiatric Association*
- BDI: Inventário de Depressão de Beck
- BDI-II: Inventário de Depressão de Beck-II
- BHS: *Beck Hopelessness Scale*
- CAPS: Centros de Atenção Psicossocial
- CES-D: *Center for Epidemiological Studies Depression Scale*
- CORE-OM: *Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure*
- DASS-21: *Depression, Anxiety and Stress Scale*
- DMT: *Dance Movement Therapy*
- DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição
- EADMT: *European Association Dance Movement Therapy*
- EBES: Escala de Bem-Estar Subjetivo
- EDG-15: Escala Geriátrica de Depressão de Yesavage – Versão abreviada
- FSS: *Fatigue Severity Scale*
- GDS: *Geriatric Depression Scale*
- GSE: *General Self-Efficacy Scale*
- HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*
- HRSD: *Hamilton Rating Scale for Depression*
- HTP: *House Tree Person* (desenho da figura humana)
- ISI: *Insomnia Severity Index*
- MAAS: *Mindful Attention Awareness Scale*
- MEEM: Mini exame do Estado Mental
- OMS: Organização Mundial da Saúde
- PAR-Q: Questionário de Prontidão para a Atividade Física
- PSQI: *Pittsburgh Sleep Quality Index*
- PSS: *Perceived Stress Scale*
- RQ: *Relationship Questionnaire*
- SCL-90-R: *Symptom Checklist 90 – Revised*
- SDS: *Self-Rating Depression Scale*
- SWLS: *Satisfaction With Life Scale*
- TAS-20: *Toronto Alexithymia Scale*

TIPI: *Ten Item Personality Inventory*

TRS: *Therapeutic Reactance Scale*

WHO: *World Health Organization*

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	16
2.1    Geral: .....	16
2.2    Específicos: .....	16
<b>3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	17
3.1    Breve histórico sobre a dança .....	17
3.2    Benefícios da dança .....	18
3.3    Caracterização e contextualização da depressão e da ansiedade .....	20
3.4    Aproximações entre Dança/Movimento e Psicologia.....	27
3.4.1    Psicoterapia Corporal .....	28
3.4.2 <i>Dance Movement Therapy (DMT)</i> .....	32
3.4.3    Terapia Expressiva Centrada na Pessoa .....	34
<b>4. MÉTODO</b> .....	37
4.1    Procedimento .....	37
4.1.1    Etapa 1 – Formulação do Problema de Pesquisa.....	37
4.1.2    Etapa 2 – Busca na literatura .....	37
4.1.2.1    Bases de dados e estratégias de buscas .....	37
4.1.2.2    Critérios de inclusão e de exclusão .....	39
4.1.3    Etapa 3 – Extração das informações.....	39
4.1.4    Etapa 4 – Procedimento de Análise .....	39
4.1.5    Etapa 5 – Interpretação dos Resultados.....	40
<b>5. RESULTADOS</b> .....	41
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	60
6.1    Quanto às principais características das intervenções e publicações.....	60
6.2    Quanto aos principais efeitos encontrados.....	61
6.3    Quanto às limitações dos estudos .....	64
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	66
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	69
<b>APÊNDICES</b> .....	77

## 1. INTRODUÇÃO

A escolha do tema desta monografia surgiu a partir do interesse e experiência pessoais da autora em relação à dança. Apesar de nunca ter tido experiência profissional com a área nem aulas de dança antes da idade adulta, dançar sempre foi uma experiência de autoconhecimento e conhecimento do outro, na qual podia estar em interações dinâmicas com outras pessoas, superando limites corporais e afetivos. Precisamente durante os primeiros anos cursando Psicologia, a vivência da dança esteve ausente e decidir retomar um contato mais próximo com essa prática foi motivo de uma substancial mudança. Dessa experiência surgiu o interesse de pesquisar sobre dança a partir da Psicologia, levantando o questionamento sobre quais benefícios psicológicos a prática de dança produz em pessoas com diagnósticos psiquiátricos, especialmente ansiedade e depressão.

Os prejuízos pessoais e sociais relacionados a um diagnóstico psiquiátrico são inegáveis. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde – OMS (*World Health Organization* – WHO), a depressão está classificada como a maior responsável por incapacitação no mundo e os quadros de ansiedade estão colocados na 6ª posição mundial. Além disso, a depressão é também a maior responsável por mortes por suicídio, cujo número aproximado é de 800.000 por ano. O número total de pessoas vivendo com depressão no mundo é de 322 milhões e com algum diagnóstico de ansiedade é de 264 milhões (WHO, 2017a).

Segundo dados da OMS de 2015, proporcionalmente ao índice populacional, o Brasil é o país com maiores taxas de diagnósticos de ansiedade no mundo, com 18.657.943 de casos, o equivalente a 9,3% da população do país, e é o 5º país com maiores taxas de quadros depressivos, com 11.548.577 de casos, o equivalente a 5,8% da população, ficando atrás apenas da Ucrânia (6,3%), Estados Unidos, Austrália e Estônia (5,9% cada um). A estimativa é que esses diagnósticos continuem crescendo, especialmente em países pouco desenvolvidos devido, principalmente, ao aumento populacional (WHO, 2017a).

As formas mais usuais de tratamento desses “transtornos”<sup>1</sup> são através de psicofármacos e acompanhamento psicoterapêutico. No entanto, apesar de o tratamento farmacológico ser o mais utilizado, a ele estão associados problemas como a frequente ocorrência de efeitos adversos, a quantidade de pacientes que não respondem adequadamente ao tratamento e a

---

<sup>1</sup> De acordo com a Análise do Comportamento, abordagem que fundamenta a prática profissional da orientadora deste trabalho, não existem comportamentos transtornados ou disfuncionais, todo comportamento é funcional considerando as contingências passadas e atuais. Além disso, o termo “transtorno” remete a uma noção internalista do problema, o que é contrário ao modelo selecionista da Análise do Comportamento (COSTA, 2013).

possibilidade de não incentivar a busca por outras intervenções terapêuticas (MARTIN et al., 2012).

A dança, como uma modalidade de exercício físico e também como expressão artística e pessoal, pode trazer muitos benefícios para quem a pratica. Alguns dos benefícios de exercícios físicos são desenvolvimento de força, de resistência, da mecânica corporal e, possivelmente, alteração de estados de humor. A dança possui além desses benefícios, a possibilidade de favorecer a interação social e o prazer a partir do próprio movimento (MALA et al., 2012). Nas ações de saúde mental e psiquiatria, a dança, as abordagens corporais e as atividades artísticas propiciam a criação de novas possibilidades e finalidades, proporcionando formas múltiplas de expressão e conhecimento, bem como atuando na promoção de trocas sociais e de rompimento com a cultura do isolamento e da invalidação dos sujeitos (CASTRO, 2004). Mostra-se, assim, com grande potencial na melhora da qualidade de vida.

No Brasil, há poucos estudos sobre intervenções usando dança realizadas com pessoas com diagnósticos psiquiátricos, no entanto, existem algumas publicações que relatam experiências de intervenções terapêuticas usando dança em Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, dentre elas pode-se citar Liberato (2007), Lima e Guimarães (2014), Reis (2014) e Reis, Liberman e Carvalho (2017). Publicações de pesquisas empíricas de intervenções terapêuticas com dança em pacientes com algum diagnóstico psiquiátrico são mais abundantes no cenário internacional (JEONG et al., 2005; BARTON, 2011; ANDERSON et al., 2014; PUNKANEN et al., 2014; MARICH; HOWELL, 2015; PYLVÄNÄINEN et al., 2015 etc.)<sup>2</sup> o que aponta para uma carência no cenário científico brasileiro de estudos e práticas de intervenções baseadas em dança para esse público específico.

Esta monografia justifica-se, portanto, por poder servir como fonte de pesquisa no meio acadêmico sobre intervenções baseadas em dança ou prática de dança e seus benefícios para pessoas com diagnóstico de ansiedade e/ou depressão. Além disso, por contribuir para o fomento de debates interdisciplinares, especialmente a partir da Psicologia, no âmbito de São Luís e do Maranhão sobre outras modalidades de intervenções que podem ser indicadas como propostas de cuidado para pessoas com quadros de depressão e/ou ansiedade, pois a utilização da dança como uma prática terapêutica, ainda que complementar, é um assunto pouco discutido na esfera acadêmica e profissional desse Estado.

---

<sup>2</sup> Base de dados consultadas: Google Acadêmico e Portal de Periódicos CAPES.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral:**

Identificar os efeitos de intervenções ou prática de dança sobre padrões de depressão e ansiedade, encontrados em estudos empíricos nacionais e internacionais.

### **2.2 Específicos:**

2.2.1. Caracterizar os estudos encontrados;

2.2.2. Identificar os tipos ou práticas de dança utilizadas;

2.2.3. Categorizar os efeitos identificados;

2.2.4. Relacionar as intervenções e tipos de dança utilizadas com os efeitos encontrados;

2.2.5. Identificar se há diferença nos resultados a depender do quadro psiquiátrico (ansiedade e depressão).

### **3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

#### **3.1 Breve histórico sobre a dança**

A dança tanto é considerada uma modalidade de exercício físico quanto é uma prática artística por ser uma forma de expressão corporal, na qual aspectos psicológicos e sociais estão envolvidos (NEUMANN, 2005).

A primeira representação existente de um ser humano em ação de dança é uma figura da época paleolítica, gravada numa parede da gruta de Gabillou (França) 12.000 anos antes desta era. Nessa época, o homem era um predador, vivendo da caça, pesca e colheita, portanto, o ecossistema paleolítico baseava-se primordialmente nos animais, motivo pelo qual as danças também se referiam a eles. A partir do período neolítico, o homem passou de predador a produtor, descobrindo as práticas da agricultura e criação de animais, o que resultou na organização dos homens em grupos maiores, com características próprias, como divindades protetoras, ritos e também danças de caráter cerimonial (BOURCIER, 2001).

Com a evolução dos grupos humanos, grandes civilizações começaram a se formar e as culturas a se diferenciar, desenvolvendo costumes e danças específicas de cada contexto. No entanto, alguns aspectos semelhantes estavam presentes em civilizações antigas, como a acentuação da prática da dança com caráter religioso, sob responsabilidade principalmente de sacerdotes ou sacerdotisas (como no Egito, Índia, Japão e Roma). Foi também na Antiguidade que a dança passou a ser uma prática de divertimento/recreação e surgiu o seu caráter de espetáculo, a serviço da arte dramática, com profissionais pacientemente preparados para essa atuação (OSSONA, 1988; BOURCIER, 2001).

Na Idade Média, a dança continuou tendo espaço privilegiado em cultos durante a expansão do cristianismo e em algumas catedrais os fiéis dançavam para honrar a Deus. Os ritos pagãos exerciam cada vez mais influência nas cerimônias cristãs e sobreviviam mesmo com as condenações dos concílios. Por outro lado, o pressuposto doutrinário de salvação da alma implicava na distinção entre alma e corpo, sendo o corpo um obstáculo para a salvação da alma. Desse modo, a dança, sendo uma atividade de ordem física e também geradora de prazer, foi proibida nas cerimônias religiosas. A distinção entre dança ritual e dança como entretenimento existe desde a Antiguidade e com o banimento da dança na tradição ritual na Idade Média, restaram as formas de entretenimento pela dança, com distinções entre as das classes altas e do povo (OSSONA, 1988).

No Renascimento, com o desenvolvimento da corte renascentista e suas festividades pomposas, o caráter estético passou a ser o elemento central da dança, que ocorria em frequentes e valorizados bailes, levando os nobres a contratarem mestres de bailes, que eram responsáveis

pelas coreografias, pelas lições de como se portar nas cerimônias e também por desenvolver técnicas de dança. Desse modo, a dança passou a ser considerada uma atividade moral e educativa, essencial na educação de damas e cortesãos desde a mais tenra idade. É nesse cenário que começou a surgir e se desenvolver o balé (OSSONA, 1988; PRINA; PADOVAN, 1995).

A dança clássica, isto é, o balé, continuou se desenvolvendo e sendo tradição na maior parte do continente europeu por três séculos. A partir do século XIX novas experiências com dança e movimento começaram a ser realizadas e novos conhecimentos sistematizados, indo de encontro aos preceitos e posturas até então estabelecidos pela dança clássica. Os principais precursores desse movimento, na Europa, foram François Delsarte (1811-1871), Émile Jacques-Dalcroze (1865-1950) e Rudolf Laban (1889-1958), que influenciaram os trabalhos de outros dançarinos e estudiosos como Isadora Duncan (1877-1927) e Ruth Saint-Denis (1879-1968), pioneiras da dança moderna nos Estados Unidos no século XX (OSSONA, 1988; GARCIA; HAAS, 2006). O movimento da dança moderna surgiu como uma reação ao clima intelectual e social da época, bem como às rígidas formas de arte estabelecidas, propondo movimentos mais naturais e expressivos, com ênfase na espontaneidade e criatividade (LEVY, 1988). No Brasil, pode-se destacar o trabalho do bailarino, coreógrafo e professor de dança Klauss Vianna (1928-1992) como um importante marco de mudanças no cenário da dança brasileira. Klauss Vianna foi de encontro ao ensino tradicional do balé clássico, criando uma proposta de conhecimento do corpo próprio (estruturas musculares, articulações, ossos) através da experimentação e atenção aos movimentos, principalmente na vida cotidiana, e dando especial enfoque à expressão de cada pessoa através de sua própria dança e seu movimento particular (VIANNA, 2005).

A dança, enquanto atividade ou comportamento humano, se modifica à medida em que as necessidades e realidades sociais vão se reconfigurando, pois ela além de ser uma prática individual é o produto de uma cultura e da história de um povo (PRINA; PADOVAN, 1995). O conceito de dança reúne em si definições que se relacionam com a época, contexto histórico, político e social no qual ela acontece, tendo um potencial tão amplo de modificação e multiplicação que em um mesmo período da história da humanidade e, inclusive, em um mesmo território geográfico, existem várias formas possíveis dessa manifestação humana (CASTRO, 2004).

### **3.2 Benefícios da dança**

A prática da dança propõe o conhecimento do próprio corpo e de suas potencialidades em relação à percepção e expressão do que é sentido na interação com o meio, possibilitando a

verificação de limitações, a constatação de emoções e sensações e a descoberta de novos caminhos para o bem-estar (FERNANDES, 2015).

Os benefícios da prática de atividades físicas para a saúde são amplamente conhecidos, com dados gerais de pesquisas que indicam efeitos físicos como redução da pressão sanguínea, elevação da capacidade cardiovascular, perda de peso e prevenção de doenças crônicas como diabetes, hipertensão, obesidade, osteoporose etc. (MIKKELSEN et al., 2017). A relação entre exercícios físicos e bem estar psicológico também tem sido assumida em muitas pesquisas, que apontam sua prática regular como um fator preventivo em saúde psicológica e também com potenciais terapêuticos sobre estados de humor, autoestima e sintomas de ansiedade e depressão (ROT et al., 2009; MIKKELSEN et al., 2017). No entanto, estudos que se propõem investigar essa relação específica têm obtido resultados inconclusivos devido a diversos problemas metodológicos (BYRNE; BYRNE, 1993), como é atestado pela revisão sistemática de Cooney et al. (2013) com protocolo da biblioteca Cochrane, na qual foi evidenciado que exercício físico pode ter efeito moderado sobre depressão, mas devido aos vieses metodológicos em muitos dos estudos (por exemplo, McCANN et al., 1984; KLEIN et al., 1985; DOYNE et al., 1987), o efeito clínico de exercício físico pode ser apenas pequeno. Além disso, apesar das evidências desses estudos sugerirem que exercício físico pode ser tão efetivo quanto os tratamentos psicológico e farmacológico, os números de ensaios clínicos analisados e o número de participantes randomizados foram ambos pequenos, tornando os resultados dessas comparações inconclusivas (COONEY et al., 2013).

Enquanto exercício físico, a prática da dança costuma ser buscada com finalidades diversas: como uma forma de sair do sedentarismo ou de perda de gordura corporal; como uma possibilidade de prevenção de doenças (por exemplo, diabetes, hipertensão, colesterol alto) ou simplesmente como lazer. Alguns dos benefícios físicos e psicológicos apontados como associados à prática da dança são benefícios cardiovasculares, otimização da capacidade respiratória, redução do estresse e da ansiedade, redução do sedentarismo, melhoria da consciência e expressão corporais, autoconhecimento, melhoria da autoestima e das relações interpessoais, estimulação da espontaneidade e criatividade (GARCIA et al., 2009). Ajuda no desenvolvimento da musicalidade, das habilidades artísticas e de aspectos psicomotores de quem a pratica (PRINA; PADOVAN, 1995).

Garcia e Haas (2006) identificaram como objetivos da dança a melhoria de qualidades físicas como coordenação, equilíbrio, agilidade, flexibilidade, ritmo, velocidade etc.; o desenvolvimento socioemocional e afetivo do ser humano, potencializando a cooperação, socialização e compreensão; a melhoria do raciocínio, concentração, atenção, senso estético,

criatividade, consciência corporal e espaço-temporal, autoestima e autonomia. Além disso, acrescentam que a prática da dança possibilita a experimentação e observação de diferentes formas e qualidades de movimentos, bem como diferentes sensações e percepções relacionadas a si mesmo, aos outros e ao mundo.

Alpert (2011) destaca que dançar eleva o fluxo sanguíneo no cérebro, proporciona um meio para expressão emocional e a elevação do humor. A autora ressalta que o aspecto de socialização da dança diminui o estresse, a solidão e a depressão, havendo também a possibilidade de a redução do estresse estar relacionada com o fato de a atenção do dançarino estar concentrada no momento da dança.

Ela amplia os cuidados corporais, favorece crescimento pessoal, lida com comunicações incomuns e facilita a integração de experiências de vida, estimulando o organismo ou energizando-o de maneira especial [...]. Muitas vezes, ela ativa e intensifica a vivência de situações e, a partir de um acompanhamento atento e cuidadoso, potencializa a resolução de conflitos (CASTRO, 2004, p. 274).

Estudos empíricos sobre dança e sobre terapias artísticas (arteterapia, dramaterapia, dançaterapia e musicoterapia), enquanto opções menos comuns de tratamento para pessoas com depressão e outros quadros, ainda possuem evidências científicas limitadas sobre sua efetividade (STRASSEL et al., 2011; MEEKUMS et al., 2015). Quanto a isso, a revisão sistemática de Meekums, Karkou e Nelson (2015) que analisou três ensaios clínicos randomizados sobre *Dance Movement Therapy* para depressão, publicados desde 1950, identificou como baixa ou muito baixa a qualidade das evidências dos estudos analisados e apenas um estudo foi identificado como possuindo qualidade metodológica moderada (RÖHRICHT et al., 2013)<sup>3</sup>, indicando a necessidade de realização de estudos empíricos que se empenhem em garantir melhor qualidade metodológica às evidências alcançadas, inclusive em relação a padrões de ansiedade e depressão.

### **3.3 Caracterização e contextualização da depressão e da ansiedade**

De acordo com a OMS (2017a), quadros depressivos e ansiosos são os diagnósticos mais prevalentes na população mundial. Ambos têm impacto no humor e sentimentos das pessoas afetadas e diferem dos sentimentos de tristeza, estresse ou medo que são experienciados comumente durante a vida. Os sintomas variam em termos de grau de severidade (de leve a grave) e duração (de meses a anos).

A depressão pode ser de longa duração ou se manifestar em episódios, comprometendo substancialmente o desempenho da pessoa no trabalho, na escola ou ao lidar com atividades cotidianas. Não existe um fator causador da depressão, ela é, na verdade, consequência de uma

---

<sup>3</sup> O trabalho de Röhricht et al. (2013) tinha a Psicoterapia Corporal como abordagem de atuação.

complexa interação de fatores sociais, psicológicos e fisiológicos e por esse motivo o quadro de uma pessoa com depressão nunca é igual ao outro. No entanto, alguns sinais ou sintomas comuns são perda de interesse ou prazer, sono ou apetite perturbados, sentimento de culpa ou baixa autoestima, baixa concentração, sensação de cansaço (WHO, 2017a), apatia, lentificação psicomotora, diminuição da resposta sexual, tristeza, irritabilidade aumentada etc. (DALGALARRONDO, 2008).

Segundo a OMS (2017a), existem duas principais subcategorias diagnósticas na depressão: “*transtorno*” *depressivo maior/episódio depressivo* e *distimia*. A primeira é caracterizada por humor deprimido, perda de interesse e prazer e diminuição da energia e, dependendo do número e severidade dos sintomas, pode ser categorizada como leve, moderada ou grave. A *distimia*, por sua vez, é uma forma persistente ou crônica de depressão, com sintomas similares aos do episódio depressivo, mas tendem a ser menos intensos e manter-se por mais tempo.

De acordo com a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)<sup>4</sup> elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), os quadros depressivos incluem: *transtorno disruptivo da desregulação do humor*, cuja característica central é a irritabilidade crônica grave; *transtorno depressivo maior* (incluindo episódio depressivo maior), no qual sintomas como perda de interesse ou prazer, humor deprimido, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor ocorrem todos os dias por pelo menos duas semanas consecutivas; *transtorno depressivo persistente (distimia)*, caracterizado por humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, em um período de pelo menos dois anos; *transtorno disfórico pré-menstrual*, caracterizado por acentuadas alterações de humor no período pré-menstrual e que cessam na semana pós-menstrual; *transtorno depressivo induzido por substância/medicamento*, no qual os sintomas de humor deprimido e perda de interesse/prazer desenvolvem-se durante ou logo após intoxicação ou abstinência de substância ou após exposição a medicamento; *transtorno depressivo devido a outra condição médica*, no qual há a ocorrência dos mesmos sintomas do quadro anterior, mas sendo consequência fisiopatológica direta de outras condições médicas; *transtorno depressivo especificado* e *transtorno depressivo não especificado*, nesses casos, os episódios depressivos não se encaixam nas características diagnósticas dos outros “transtornos” depressivos: no primeiro caso, são especificadas as razões

---

<sup>4</sup> Pelo fato de diagnósticos psiquiátricos fazerem parte da temática desta monografia, optou-se por incluir a caracterização da depressão e da ansiedade de acordo com o DSM-V.

pelas quais o episódio depressivo não atende aos critérios diagnósticos dos demais, no segundo caso, as razões não são especificadas pelo clínico (APA, 2014).

Em relação à sua prevalência e ocorrência, casos de depressão são mais comuns em mulheres (5,1%) do que em homens (3,6%) e alguns fatores sociodemográficos como abuso físico, sexual ou emocional, situação de desemprego, convivência com membros da família que tenham depressão, perda de ente querido, desigualdade social etc. têm correlação com um risco aumentado de desenvolver depressão (NICO et al., 2015; WHO, 2017a).

Hidaka (2012) aponta correlações entre o aumento da prevalência de depressão com componentes específicos da cultura moderna ocidental. Dentre eles, destaca como primordial o declínio no bem-estar físico, relacionado a inatividade física, dieta pobre, exacerbados índices de obesidade, disfunções endócrinas ocasionadas por sono e exposição ao sol inadequados etc. Além disso, o ambiente social nos países modernos industrializados tem se tornado cada vez mais ameaçador, competitivo, desigual, com baixo suporte social e com acentuada característica de isolamento social e solidão.

Nico et al. (2015) também identificam a produção de depressão como um fenômeno cultural nas sociedades pós-modernas, traçando o histórico de mudanças de práticas culturais ocorridas nessas sociedades. Destacam que nas sociedades pré-modernas a organização da vida social ocorria de maneira que levava em conta as necessidades coletivas, estando a sobrevivência de um indivíduo diretamente atrelada à sobrevivência dos demais. Nas sociedades feudais, mais especificamente, não havia dissociação entre vida profissional, social e privada e as funções exercidas por cada um eram definidas a partir do grupo social no qual esta pessoa estivesse inserida, sendo praticamente inexistente a possibilidade de mudança de nível social. O final da Idade Média, entre o século XI e XIII, foi marcado por transformações em tecnologias agrícolas e de transporte, aumento da produtividade e crescimento populacional e urbano. A partir da monetarização das atividades produtivas começou a ocorrer a formação dos primeiros burgos e o surgimento de uma nova classe social composta por comerciantes, a burguesia. No Renascimento, as relações sociais passaram a ser tema de normas de conduta e etiqueta, modificando fundamentalmente o modo de os indivíduos se relacionarem entre si e com o próprio corpo, “promovendo um pudor até então inexistente em relação a partes e funções do corpo, estrito controle das emoções e autocontrole, ao invés de espontaneidade nas relações”. (p. 48).

Novas condições materiais de existência foram surgindo, baseadas no fortalecimento das relações de mercado e busca crescente por lucros. No período de transição do feudalismo para o capitalismo é possível identificar o surgimento do processo de escolarização, com o

objetivo socializador de transmissão de conhecimentos e também de domesticação de impulsos. O período de consolidação do modelo capitalista de produção em substituição ao modo feudal dá início à época moderna, que tem a Revolução Industrial no século XVIII como seu marco. Diante das novas bases econômicas, a mudança de funções e *status* social tornou-se possível, dependendo do empenho individual. É possível identificar, portanto, uma nova maneira de o homem ver, sentir e pensar sobre si próprio, como um ser autônomo, independente dos demais (NICO et al., 2015).

Os indivíduos são requisitados a tomar suas decisões e fazer suas escolhas de modo independente e autônomo e lhes é ofertada, no mundo moderno industrializado, uma gama cada vez mais ampla de possibilidades de consumo e de cursos de vida. Eles passam a ter de lidar, portanto, com o “peso” das renúncias feitas, das possibilidades perdidas, das vidas não vividas. (NICO et al., 2015, p. 53).

Ferreira e Tourinho (2011) destacam que, enquanto prática cultural da modernidade, ao mesmo tempo em que se é exigida uma tomada de decisão individual e autônoma, também passa a ser atribuída a cada um a responsabilidade pelo próprio “fracasso”. Acrescentam ainda que essa concepção do homem moderno baseada em um “eu” interior isolado do mundo externo fortificou “a noção de sentimentos e emoções intrínsecos à natureza do indivíduo, deixando à margem o fato de que constituem componentes estabelecidos nas relações dos indivíduos uns com os outros.” (p. 32).

De acordo com Nico et al. (2015), a passagem da modernidade para a pós-modernidade é marcada, em relação ao aspecto socioeconômico, “pelo surgimento e fortalecimento de multinacionais, intensificação da aproximação dos mercados financeiros de diferentes países, estreitamento das interações econômicas, sociais, políticas e culturais.” (p. 65). Novas tecnologias são desenvolvidas, de forma cada vez mais veloz, aumentando consideravelmente o fluxo de informações circulantes, bem como acelerando ainda mais a execução de tarefas cotidianas pelos indivíduos. Dessa forma, na sociedade pós-moderna o tempo “livre” ao invés de ser gasto com ócio é preenchido com mais tarefas; parar e ter um tempo para “fazer nada” passou a tornar frequentes sentimentos de inferioridade, culpa e inadequação social, todos constituintes do quadro de depressão. Os autores acima destacam também que a exposição crônica a estressores brandos cada vez mais frequente na vida cotidiana pode produzir anedonia, também presente no referido quadro psiquiátrico.

Nesse contexto de rapidez de desenvolvimento de novas tecnologias, meios de comunicação, redes sociais e circulação de informações e propagandas, obter os produtos mais novos, mais bonitos etc. passou a ser altamente estimulado e relacionado com a ideia de prosperidade, de vida bem-sucedida. Assim, “ter”, ‘possuir’ tornou-se o modo como os indivíduos identificam quem são; consumir virou uma questão da identidade e da subjetividade

do sujeito pós-moderno.” (NICO et al., 2015, p. 75). O modelo de relações sociais predominante da sociedade pós-moderna se tornou o de comparações ininterruptas, por parte dos indivíduos, de sua própria imagem com relação aos demais, isto é, comparações de seus bens, suas possibilidades de consumo com as dos outros indivíduos. Esse modelo relacional, no entanto, gera constantes insatisfações, visto que o modelo culturalmente estabelecido de felicidade e sucesso nunca pode ser alcançado, resultando na sensação de perda de valor individual. Dessa forma, sensações de inferioridade, incapacidade, baixa autoestima, desânimo, apatia e baixa inclinação a agir são decorrências previsíveis desse contexto de relações e são, também, características do quadro depressivo (NICO et al., 2015).

Nico et al. (2015) também chamam atenção para a maior dedicação de tempo que o indivíduo pós-moderno passou a ter com a finalidade de produzir riquezas materiais, diminuindo a dedicação dada a momentos de prazer através de contato com familiares, amigos, relações amorosas ou com outras atividades não relacionadas a *status* social. Esse fator, bem como um forte ambiente de relações competitivas, podem contribuir para um isolamento social afetivo, também presente na depressão. Murrock e Graor (2014) destacam que fatores como *status* de minoria, baixo nível socioeconômico e viver em bairros desfavorecidos também contribuem para depressão.

Na literatura atual a respeito da relação entre práticas culturais contemporâneas e produção de depressão, Nico et al. (2015) identificam a existência de duas frentes de investigação: uma que busca identificar as mudanças sociais e impactos produzidos pelo atual capitalismo na vida cotidiana dos indivíduos, como a descrição feita acima sobre a sociedade pós-moderna, e outra que discute mudanças nas práticas de diagnóstico e tratamento da depressão como importantes para se entender a alta prevalência desse diagnóstico na atualidade. Nos debates relacionados a este último aspecto existe uma ampla discussão sobre: depressão enquanto uma entidade biológica ou enquanto uma construção social e histórica; definição de normalidade e anormalidade; a atuação da mídia e da indústria farmacológica na construção e divulgação de uma concepção biologizante de depressão etc.

Em relação à ansiedade, apesar de atualmente existirem em manuais diagnósticos classificações e definições sobre ela, nenhum dos sintomas descritos nesses manuais são novos para a humanidade. Ao longo da história, concepções a respeito deles se modificaram e diversas categorizações foram propostas, utilizando critérios bastante distintos de acordo com as correntes de pensamento e o grau de conhecimento da época e hoje esses sintomas são agrupados para melhor caracterização e diagnóstico, bem como desenvolvimento de tratamentos efetivos (FIGUEIREDO, 2004; COUTINHO et al., 2013).

Desde a Grécia Antiga, mesmo não existindo uma palavra que descrevesse ansiedade, termos como melancolia, mania, histeria e paranoia já eram usados para definir sentimentos pouco conhecidos. Mesmo em escritos bíblicos sinais de medo excessivo também se manifestavam, sendo atribuídos ao relacionamento do homem com Deus e de seu distanciamento em relação a este. O início do uso do termo ansiedade na escrita médica se deu apenas no século XVII (COUTINHO et al., 2013). Figueiredo (2004) destaca que a classificação dos “transtornos” de ansiedade surgiu de forma tardia em comparação com outros “transtornos” psicológicos, primeiramente porque esses quadros não eram reconhecidos como entidades clínicas distintas das demais e também porque as primeiras classificações oficiais conhecidas se detiveram em registrar somente os pacientes internados em instituições psiquiátricas, nas quais os sintomas ansiosos, quando descritos, apareciam associados à depressão grave.

No século XVIII a ansiedade era compreendida estritamente sob o enfoque biológico e comumente associada com algum tipo de “doença do nervo”, dando origem ao termo “neurose”. A partir dos primeiros anos do século XIX começou a ocorrer uma progressiva mudança nas concepções médicas relacionadas a saúde mental e a partir de 1850, as causas somáticas relacionadas a ansiedade, até então completamente aceitas, passaram a dividir espaço com a consideração de possíveis causas psicológicas. No fim do século XIX os sintomas de ansiedade foram agrupados em um novo conceito nosológico com embasamento nos trabalhos de psiquiatras franceses e de Sigmund Freud, tornando-se responsabilidade da especialidade psiquiátrica. No início do século XX, o foco relacionado ao quadro de ansiedade deixou de ser somente o aspecto biológico, buscando também compreender o ambiente como um fator de influência, mudança de paradigma que contou com o importante papel do behaviorismo radical (COUTINHO et al., 2013).

O quadro de ansiedade, de acordo com a OMS (2017a), refere-se a um grupo de padrões caracterizados por sentimentos de ansiedade e medo, sendo eles: *transtorno de ansiedade generalizada*, *transtorno do pânico*, *fobias*, *transtorno de ansiedade social*, *transtorno obsessivo-compulsivo* e *transtorno de estresse pós-traumático*. A duração dos sintomas comumente experienciados pelas pessoas com ansiedade a caracterizam mais como um quadro crônico do que episódico.

Conforme o DSM-V (APA, 2014), os quadros de ansiedade compartilham características de medo e ansiedade excessivos, diferindo entre si nos tipos de objetos ou situações que provocam essas respostas de esquiva. “Medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto *ansiedade* é a antecipação de ameaça futura” (p. 189) e

no caso dos quadros de ansiedade as respostas de medo e ansiedade são excessivas ou persistem além do período considerado apropriado para a idade da pessoa. No *transtorno de ansiedade de separação*, existe medo ou ansiedade persistentes em relação à separação e perda das pessoas de apego; o *mutismo seletivo* é caracterizado pelo fracasso persistente de falar em situações sociais específicas na qual existe a expectativa que se fale; nas *fobias específicas* as respostas de medo, ansiedade ou esquiva são quase sempre imediatamente provocadas por situações ou objetos fóbicos específicos (por exemplo, animais, ambientes naturais etc.); no *transtorno de ansiedade social*, existem respostas de esquiva, ansiedade ou apreensão em relação a interações ou situações sociais que envolvam a possibilidade de ser avaliado; no *transtorno de pânico* há a ocorrência de ataques de pânico inesperados e recorrentes e apreensão ou preocupação persistentes de que outros ataques aconteçam; indivíduos com *agorafobia* sentem-se apreensivos ou ansiosos em situações nas quais acreditam que não poderão escapar com facilidade ou ter ajuda disponível caso sofram de algum sintoma de pânico ou incapacitante (por exemplo, transportes públicos, espaços abertos, multidões etc.); no *transtorno de ansiedade generalizada*, os principais sintomas são ansiedade e preocupação excessivas e persistentes em relação a vários aspectos (por exemplo, desempenho profissional e escolar), ocorrendo também sintomas físicos como fadigabilidade, dificuldade de concentração etc.; no *transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento* são experienciados sintomas excessivos de ansiedade em decorrência da intoxicação ou abstinência de substância ou a algum tratamento medicamentoso; no *transtorno de ansiedade devido a outra condição médica*, os sintomas de ansiedade são consequência fisiológica de alguma outra condição médica.

De forma geral, a ansiedade pode ser

[...] caracterizada por uma difusa, desprazerosa, vaga sensação de medo ou angústia acompanhada por sintomas autonômicos como dor de cabeça, suor, palpitações, taquicardia, desconforto gástrico etc. Portanto, ela inclui tanto um componente fisiológico quanto psicológico, sendo indivíduos ansiosos usualmente cientes dos dois. Ansiedade pode afetar o pensamento, percepção e aprendizagem, pode gerar distorção da percepção, prejuízo na concentração, recordação e associações. (PODEA; RATOI, 2011, p. 1, tradução nossa).

A ansiedade é uma função natural do organismo que tem o objetivo de prepará-lo para responder, da forma mais rápida e efetiva possível, a uma situação nova e desconhecida ou a uma situação já conhecida e interpretada como potencialmente perigosa. Quando atinge graus muito elevados e contínuos, no entanto, a ansiedade pode ser considerada prejudicial ao organismo, pois manterá este em constante estado de alerta e de esgotamento, configurando-se, assim, como um quadro clínico (SILVA, 2010).

Segundo Zamignani e Banaco (2005), a ansiedade é considerada enquanto fenômeno clínico

(1) quando implica em um comprometimento ocupacional do indivíduo, impedindo o andamento de suas atividades profissionais, sociais e acadêmicas, (2) quando envolve um grau de sofrimento considerado pelo indivíduo como significativo e (3) quando as respostas de evitação e eliminação ocuparem um tempo considerável do dia. (ZAMIGNANI; BANACO, 2005, p. 78-79).

Alguns dos sinais e sintomas mais frequentemente descritos em casos clínicos de ansiedade são medo sem uma causa ou medo excessivo de um perigo desconhecido, preocupações excessivas e irrealistas, insônia, perda da habilidade de relaxar, comportamento compulsivo (rituais) como uma forma de minimizar a ansiedade, tensão, fadiga, palpitações, boca seca, sudorese, dor muscular, tremores, desconforto digestório, sensação de asfixia, aperto no peito, vertigem, desejo de escapar de certas situações, nervosismo, irritabilidade, sensação de desassossego, mal estar etc. (HETEM, 2004; PODEA; RATOI, 2011).

Assim como a depressão, quadros de ansiedade também são mais comuns em mulheres (4,6%) do que em homens (2,6%) a nível global, sendo o continente americano a região com maiores taxas na população feminina (7,7% contra 3,6% na população masculina) (WHO, 2017a). Ainda como na depressão, não se pode atribuir aos quadros clínicos de ansiedade uma causa única pois, como visto anteriormente no percurso histórico das concepções sobre ansiedade, cada vez mais percebe-se a influência mútua de fatores biológicos, somáticos, psicológicos, ambientais e sociais nesses quadros que, na atualidade, possuem notoriamente manifestações diversas (COUTINHO et al., 2013; WHO, 2017a).

Como destacado anteriormente, os quadros de depressão e de ansiedade frequentemente são tratados através de psicofármacos e psicoterapia (CASTILLO et al., 2000; MOCHCOVITCH et al., 2010; WHO, 2017b), no entanto outras atividades ou intervenções também buscam formas de contribuir para melhora desses quadros, como é o caso da dança (BARTON, 2011; PUNKANEN et al., 2014).

### **3.4 Aproximações entre Dança/Movimento e Psicologia**

Nesta seção são descritas três modalidades terapêuticas que utilizam teorias, técnicas e/ou métodos da Psicologia em uma aproximação ou uso do movimento e da dança: Psicoterapia Corporal, *Dance Movement Therapy* (DMT) e Terapia Expressiva Centrada na Pessoa. Partindo da constatação de um diálogo ainda incipiente entre dança e Psicologia, a motivação para a construção deste tópico pela autora foi conhecer e descrever métodos e práticas nas quais ambas se aproximem. Vale ressaltar que algumas dessas atuações não são específicas da prática psicológica, sendo necessária uma formação específica, nos casos da Psicoterapia Corporal e da *Dance Movement Therapy*, que pode ser feita por profissionais de qualquer área.

### 3.4.1 Psicoterapia Corporal

A Psicoterapia Corporal (*Body Psychotherapy*, como é mais conhecida internacionalmente, ou *Body-Psychotherapy*, *Bodypsychotherapy*, *BodyPsychotherapy* ou *Body-Oriented Psychotherapy*) é um nome comumente usado para indicar um conjunto livremente definido de diferentes métodos que têm uma perspectiva comum de que o corpo executa um importante papel na prática psicoterapêutica (YOUNG, c2009). As raízes da fundamentação teórico-metodológica da Psicoterapia Corporal estão na abordagem originalmente criada por Wilhelm Reich (1897-1957), um médico austríaco que por muitos anos trabalhou a partir da Psicanálise como discípulo de Freud (VOLPI, 2004; NÚCLEO DE PSICOTERAPIA REICHIANA, c2017). Em sua trajetória de pesquisas científicas, é possível destacar três fases de elaboração teórica, cada uma delas relativa a uma técnica específica descoberta por ele: a análise do caráter, a vegetoterapia caracterológico-analítica e a orgonoterapia (WEIGAND, 2005). Diante de sua percepção das dificuldades enfrentadas por muitos pacientes de se curarem através do método tradicional de análise, Reich passou a analisar, além do conteúdo verbal dos pacientes, outros aspectos relacionados ao modo como o paciente se expressava, como tom de voz, expressões faciais, gestos, posturas etc., concluindo que esses aspectos, como o conteúdo da fala, também representavam resistências provindas do que ele denominou de “caráter” de cada paciente. Denominou essa técnica, com conceituações teóricas específicas, de análise de caráter (VOLPI; VOLPI, 2003; NÚCLEO DE PSICOTERAPIA REICHIANA, c2017).

A partir do seu trabalho com análise de caráter, Reich percebeu que “distúrbios” emocionais ou psicológicos em seus pacientes estavam sempre associados a alterações corporais que afetavam principalmente o tônus muscular, em forma de tensões crônicas ou flacidez. Reich denominou essas alterações musculares de “courageiras”, pois considerou que eram um tipo de defesa muscular formada ao longo da vida do indivíduo, atuando em sua proteção contra ações externas desagradáveis e experiências traumatizantes. A vegetoterapia configurou-se, portanto, como o trabalho de desbloqueio dessas “courageiras” através de movimentos específicos, exercícios de mudanças posturais, toques em determinados pontos musculares, massagens etc., com o objetivo de restabelecer o fluxo energético do organismo como um todo. Em pesquisas posteriores, Reich elaborou o conceito de “orgone”, que seria uma energia existente tanto dentro do organismo quanto em todo o espaço cósmico, expressando-se em diferentes formas, movimentos e concentrações. Ampliou, assim, o termo vegetoterapia para orgonoterapia, que teria o objetivo de auxiliar o organismo a reencontrar sua capacidade de autorregulação (VOLPI; VOLPI, 2003; NÚCLEO DE PSICOTERAPIA

REICHIANA, c2017; DEL GOBO; VOLPI, 2017). Reich desenvolveu em seu trabalho diferentes métodos de intervenção corporal “incluindo a respiração profunda, movimentos oculares, sonorização, expressão facial e respiratória de emoções, movimentos dos membros e diversos outros.” (NÚCLEO DE PSICOTERAPIA REICHIANA, c2017, p. 3).

Essas foram algumas das construções teórico-metodológicas originais de Wilhelm Reich, que ao longo do tempo foram sendo desenvolvidas, ampliadas e modificadas por alguns de seus seguidores, na Europa e nos Estados Unidos, originando modalidades psicoterapêuticas que ganharam outras denominações (NÚCLEO DE PSICOTERAPIA REICHIANA, c2017). Dessa forma, atualmente o termo Psicoterapia Corporal engloba todas essas modalidades, como a “Análise Bioenergética” de Alexander Lowen; “*Core Energetics*” de John Pierrakos; “Biossíntese” de David Boadella; “Psicologia e Psicoterapia Biodinâmica” de Gerda Boyesen; “Vegetoterapia Carácter-Analítica” de Wilhelm Reich; “*Hakomi*” de Ron Kurtz; “Psicoterapia Neo-Reichiana” de Nick Totton e William West; “Terapia Psicomotora” psicanalítica de Ajuriaguerra; “*Radix*” de Chuck Kelley; “Psicoterapia Unitiva” de Jay Stattman; “*Bodydynamic Analysis*” de Lisbeth Marcher; “*Rubinfeld Synergy*” de Ilana Rubinfeld; “Psicoterapia Organísmica” de Malcolm Brown; “Sistema Psicomotor Pesso-Boyden” de Al Pesso; “Orgonomistas” Reichianos tradicionais; “*Focusing*” de Eugene Gendlin (YOUNG, c2009), “Psicologia Corporal” de José Henrique Volpi e Sandra Volpi (VOLPI; VOLPI, 2003) e muitas outras. Vale ressaltar que dentro dessas modalidades, por vezes, existem diferentes escolas e variações, e cada escola de psicoterapia corporal combina uma variedade de filosofias, modelos e métodos psicoterapêuticos em função de seu próprio processo criativo (EUROPEAN ASSOCIATION FOR BODY PSYCHOTHERAPY, c2009; HELLER, 2016).

Pode-se perceber, dessa forma, que existe atualmente uma ampla variedade de práticas de psicoterapia corporal, que utilizam uma diversidade de métodos, técnicas, visões e conceitos, tornando, por vezes, difícil encontrar elementos comuns que abarquem todas elas, existindo também algumas divergências entre elas (YOUNG, c2009; BUTLER et al., 2016). No entanto, alguns conceitos e objetivos gerais podem ser identificados, bem como algumas técnicas utilizadas podem ser destacadas. De acordo com Young (c2009) “O foco principal da prática de Psicoterapia Corporal não é a mente sozinha, nem o corpo sozinho, nem mesmo os dois juntos, ligados ou paralelos, mas sim o inseparável, interativo ‘corpo-mente’” (p. 7, tradução nossa). O mesmo autor arrisca apontar que a suposição comum referente às muitas modalidades de psicoterapia corporal é que

[...] o corpo é a pessoa inteira e há uma unidade funcional entre mente e corpo. O corpo não significa meramente a “soma” e que essa é separada da mente, a “psique”.

Muitas outras abordagens em Psicoterapia tocam nessa área. Psicoterapia Corporal considera isso como fundamental. (YOUNG, c2009, p. 8, tradução nossa).

Pode-se apontar que a Psicoterapia Corporal pretende, em termos gerais, incentivar o crescimento e consciência; ajudar uma pessoa em sofrimento a abrir os diferentes canais de experiência: sensações, sentimentos, fantasias, movimentos ou impulsos motores, pensamentos etc.; contribuir para que o ser humano tenha uma vida mais saudável através da capacidade de regular sua própria energia e, conseqüentemente, seus pensamentos e emoções (VOLPI; VOLPI, 2003; YOUNG, c2009). Para isso, vários são os meios e recursos possíveis de serem utilizados, como explorando movimentos, expressando emoções, aplicação de toques, trabalhos de expressão sonora, massagem, arte, imaginação, trabalho cênico, exercício físico, técnicas posturais e de equilíbrio, alongamento ou relaxamento etc. (CHIRON ASSOCIATION FOR BODY PSYCHOTHERAPISTS, c2010; GEUTER, 2016; NÚCLEO DE PSICOTERAPIA REICHIANA, c2017).

Dentre as várias modalidades de Psicoterapia Corporal citadas, este estudo destacará alguns aspectos de uma delas, a Análise Bioenergética, pelo motivo de seu principal fundador, Alexander Lowen, ter conquistado notoriedade pela publicação de vários livros, ajudando a popularizar a abordagem da Psicoterapia Corporal (NÚCLEO DE PSICOTERAPIA REICHIANA, c2017). Vale destacar ainda que durante a realização desta pesquisa, a autora pôde constatar que, principalmente no contexto brasileiro, as publicações e informações relacionadas à Análise Bioenergética, incluindo livros do autor (LOWEN, 1977, 1979, 1982, 1983, 1984), artigos (RABINOWITZ, 1992; VOLPI; VOLPI, 2003; WEIGAND, 2005; SANTANA, 2006; CÂNDIDO; GOOD; MONTEIRO, 2007; MATTOS, 2009; CORREIA, 2014) e textos em páginas na internet de Centros ou Núcleos (CENTRO REICHIANO & VOLPI<sup>5</sup>; INSTITUTO DE ANÁLISE BIOENERGÉTICA DE SÃO PAULO<sup>6</sup>; INTERNATIONAL INSTITUTE FOR BIOENERGETIC ANALYSIS<sup>7</sup>; LIBERTAS<sup>8</sup>), foram as mais encontradas e acessíveis em relação às demais modalidades de Psicoterapia Corporal.

A Análise Bioenergética foi inicialmente desenvolvida a partir do trabalho conjunto de dois alunos de Reich, Alexander Lowen (1910-2008) e John Pierrakos (1921-2001), nos Estados Unidos nos anos 50 (VOLPI; VOLPI, 2003; WEIGAND, 2005). Eles trabalharam juntos por anos desenvolvendo técnicas e ampliando a teoria da Análise de Caráter formulada por Reich. Exploravam em trabalho conjunto novas “técnicas corporais que ajudassem a

---

<sup>5</sup> [www.centroreichiano.com.br](http://www.centroreichiano.com.br)

<sup>6</sup> [www.bioenergetica.com.br](http://www.bioenergetica.com.br)

<sup>7</sup> <http://bioenergetic-therapy.com>

<sup>8</sup> [www.libertas.com.br](http://www.libertas.com.br)

melhorar a respiração e liberar as tensões e emoções que bloqueavam o livre fluxo da energia no organismo.” (WEIGAND, 2005, p. 7). Observaram que trabalhar com o corpo na posição vertical (e não apenas deitado como Reich fazia) contribuía para um melhor restabelecimento do fluxo energético no organismo e desenvolveram, assim, a técnica chamada de *grounding*, que consiste, em termos gerais, em “estabelecer um contato adequado com o chão, no local onde se pisa” (LOWEN, 1982, p. 169), instigando no indivíduo não apenas sensações físicas, como também percepções a respeito de si e contato com as realidades básicas de sua existência (WEIGAND, 2005; SANTANA, 2006). “*Grounding*, ou seja, fazer com que o paciente tenha contato com a realidade, com o solo onde pisa, com seu corpo e sua sexualidade, tornou-se uma das pedras fundamentais da bioenergética.” (LOWEN, 1982, p. 35). Ainda que possivelmente com modificações, *grounding* é um conceito e uma técnica muito utilizada em outras abordagens com trabalhos corporais, para além da Psicoterapia Corporal, como na *Dance Movement Therapy* e na arteterapia, de acordo com o que foi identificado pelas leituras da autora deste trabalho (LEVY, 1988; GUERTZENSTEIN, 2004; LEE, 2014; PYLVÄNÄINEN et al., 2015). A parceria entre Lowen e Pierrakos se desfez no momento em que o último tomou a decisão de fundar sua própria escola juntamente com sua esposa, Eva Pierrakos. A *Core Energetics*, como foi chamada, incluía o aspecto espiritual na psicoterapia e, como anteriormente citado, é uma das abordagens neorreichianas de Psicoterapia Corporal existentes (WEIGAND, 2005).

Uma das práticas surgidas a partir da Análise Bioenergética foram grupos de exercícios criados pela esposa de Lowen, Leslie, onde “clientes e alunos de Lowen reuniam-se, sob a condução de Leslie Lowen, para praticar e experimentar trabalhos corporais.” (WEIGAND, 2005, p. 7). Muitas das técnicas bioenergéticas foram desenvolvidas a partir dos trabalhos nesses grupos. Corroborando com o ponto de vista de Young (c2009), a Análise Bioenergética se baseia na proposta de identidade funcional corpo-mente, segundo a qual “nós somos os nossos corpos e também nossos pensamentos, emoções, sensações e ações.” (WEIGAND, 2005, p. 8).

De acordo com Lowen (1982) a Bioenergética “é o estudo da personalidade humana em termos dos processos energéticos do corpo” (p. 40) e se apoia na proposição de que nenhuma pessoa existe fora do corpo vivo e que é através deste que ela pode se expressar e se relacionar com o mundo a sua volta.

A bioenergética é uma técnica terapêutica que ajuda o indivíduo a reencontrar-se com o seu corpo, e a tirar o mais alto grau de proveito possível da vida que há nele. Essa ênfase dada ao corpo inclui a sexualidade, que é uma das suas funções básicas. Mas inclui também as mais elementares funções de respiração, movimento, sentimento e auto-expressão. (LOWEN, 1982, p. 38).

O trabalho corporal dessa abordagem inclui tanto procedimentos manipulativos quanto exercícios especiais (GOOD; RABINOWITZ, 1992). No *setting* de análise bioenergética, terapeuta e cliente podem trabalhar de pé, bem como podem utilizar o chamado *stool* ou “cadeirinha para respirar” onde o cliente encosta-se no assento, conseguindo o efeito de estimular a respiração sem a necessidade do uso de exercícios específicos. Pode também ser utilizado o divã, onde o paciente deita-se, ficando braços e pernas livres para a execução de movimentos (LOWEN, 1982; MONTEIRO, 2007).

Os exercícios bioenergéticos podem ser realizados individualmente ou em grupos, com o objetivo tanto de dissolver tensões quanto com finalidade de reeducação. Em sua criação, sua aplicação era eminentemente clínica, através da psicoterapia. No entanto, atualmente sua atuação envolve campos e contextos diversos como hospitais, educação, organizações, facilitação da aprendizagem em grupos de treinamento profissional, políticas públicas, comunidades carentes, psicopedagogia, aconselhamento, treinamento e desenvolvimento de recursos humanos, aulas de educação física etc. (WEIGAND, 2005; CORREIA, 2014).

### **3.4.2 *Dance Movement Therapy (DMT)***

As primeiras raízes da prática da dançaterapia estão vinculadas à dança moderna no começo do século XX e quase todos os seus pioneiros começaram suas carreiras como famosos dançarinos modernos que, em sua experiência enquanto artistas e professores, deram-se conta do potencial de usar o movimento e a dança como uma forma de psicoterapia. Rituais primitivos e o ressurgimento do antigo conceito de dança como uma expressão de magia, religião e espiritualidade tornaram-se inspirações para a dança moderna. As características de movimento autêntico, autoexpressão e exploração presentes nessa dança exerceram influência no que seria a dançaterapia (LEVY, 1988).

Foi nos anos 40 que a dança começou a ser usada em psiquiatria e depois foi inserida em outras áreas como de educação especial, trabalho com pessoas idosas, com famílias etc. A partir de então, a dançaterapia desenvolveu-se com a atuação e intercâmbio de saberes de vários pioneiros tanto da Europa quanto dos Estados Unidos (LEVY, 1988; PAYNE, 1992), culminando na construção da *Dance Movement Therapy*, atualmente o mais conhecido método de uso terapêutico da dança e do movimento. De acordo com a Associação Europeia de *Dance Movement Therapy* (EADMT, em inglês), a DMT (também conhecida como *Dance Movement Psychotherapy* ou *Movement Psychotherapy* no Reino Unido) é

[...] o uso terapêutico do movimento para favorecer a integração emocional, cognitiva, física, espiritual e social do indivíduo. Dança enquanto movimento corporal, expressão criativa e comunicação é o principal componente da *Dance Movement Therapy*. Baseada no fato que a mente, o corpo, o estado emocional e os relacionamentos são inter-relacionados, o movimento corporal simultaneamente

proporciona os meios de avaliação e o modo de intervenção para a *dance movement therapy*. (EADMT, 2010, p. 1, tradução nossa).

A DMT é um campo interdisciplinar que utiliza as características criativas e expressivas da dança, bem como o conhecimento e métodos da psicoterapia (LEE, 2014) e de outros campos, como a abordagem junguiana, psicodrama, Gestalt terapia, terapias de artes criativas (música, drama, arte, poesia). Em sua história, a DMT teve influências de diferentes teóricos e abordagens da Psicologia como Sigmund Freud, Wilhelm Reich, Carl Jung, Alfred Adler, Jacob L. Moreno, Frederick Perls, Carl Rogers, Abraham Maslow, dentre outros, resultando em uma diversidade de metodologias na atualidade. No entanto, diferentemente dos outros tipos de abordagens terapêuticas orientadas para a ação ou que utilizam recursos expressivos, a *Dance Movement Therapy* enfatiza o uso da dança e do movimento, integrados com verbalização, como modalidade expressiva primária (LEVY, 1988).

Não é necessário que os clientes possuam habilidades ou treinamento em dança e o objetivo não é produzir uma dança ou criar movimentos para uma performance, o propósito é engajar a pessoa espontaneamente em seus movimentos (PAYNE, 1992). A DMT pode ser realizada com pessoas de todas as idades, em grupos pequenos ou de forma individual, com a atuação de terapeutas qualificados e registrados (EADMT, 2013). Terapeutas de *Dance Movement* podem trabalhar em uma variedade de espaços, como enfermarias, escolas, centros de tratamento de abuso de drogas, instalações psiquiátricas, médicas e de reabilitação, prática privada etc. (AMERICAN DANCE THERAPY ASSOCIATION, 2016).

Alguns dos objetivos e benefícios da DMT são a melhoria da imagem corporal e da autoestima, ampliação do repertório de movimentos, desenvolvimento de habilidades de comunicação efetiva, ganho de discernimento de padrões de comportamento e criação de novas opções de lidar com problemas (AMERICAN DANCE THERAPY ASSOCIATION, 2016). A prática da DMT é apontada como benéfica para pessoas com demandas diversas, como problemas de comunicação, pessoas em situações de estresse ou conflito, desconforto físico ou restrições de movimento, pessoas enfrentando perdas pessoais, dificuldades nos relacionamentos, bem como casos de ansiedade, depressão, problemas alimentares, abuso, estresse pós-traumático etc. (ASSOCIATION FOR DANCE MOVEMENT PSYCHOTHERAPY UK, 2013).

Desse modo, a dançaterapia se mostra como uma área com amplo potencial de atuação e pesquisas com populações diversas, inclusive pessoas com quadros de depressão e/ou de ansiedade, como é o foco deste estudo.

### 3.4.3 Terapia Expressiva Centrada na Pessoa

A Terapia Expressiva Centrada na Pessoa é um modelo terapêutico que, através da dança, pintura, música, escrita livre, dramatização, entre outras formas de arte, propicia a expressão autêntica e o autoconhecimento da pessoa (MARTÍNEZ, 2003). Foi desenvolvida por Natalie Rogers (1928-2015), psicoterapeuta, artista, feminista, ativista, facilitadora de grupos e educadora estadunidense (O’HARA, 2016). Natalie era filha de Carl Ramson Rogers (1902-1987), psicólogo pioneiro da Psicologia Humanista e criador da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP). A partir de seu interesse pela arte – instigado pelas vivências artísticas propiciadas em toda sua infância por sua mãe, Helen Elliot, que tinha formação em Artes – e também a partir de seu desenvolvimento pessoal junto a seu pai, sua teoria e suas atitudes centradas na pessoa, Natalie começou a integrar recursos expressivos com a prática e teoria da ACP (MARTÍNEZ, 2003; SOMMERS-FLANAGAN, 2007).

De acordo com Natalie Rogers (1983), a evolução da Abordagem Centrada na Pessoa para a Terapia Expressiva se deu a partir de experiências espontâneas em *workshops* de verão intitulados “*The Person Centered Approach*” iniciados em 1974 por Natalie, Carl e mais alguns colaboradores. Nos diversos momentos de encontros em grupo, Natalie e um dos colaboradores, Jared Kass, sentiram necessidade de um espaço em que pudessem fazer algo a mais além de falar e de ouvir relatos pessoais ou discussões teóricas. Convidaram pessoas que quisessem tentar coisas diferentes utilizando meios além do verbal e iniciaram então experiências de “grupos de movimento” ou de “arte-movimento” ou “espaço-*studio*”, dos quais alguns dos participantes dos *workshops* se interessaram em fazer parte. Inicialmente, era nesses *workshops*, que aconteciam uma vez ao ano, que Natalie e Jared podiam entrar em contato, junto com outros participantes, com as descobertas propiciadas pela experiência de se expressarem livremente através de várias linguagens artísticas em uma atmosfera grupal de autenticidade, consideração positiva pelo outro, empatia e não julgamento. A descoberta das potencialidades dessa prática se deram de forma tão vivencial que Jared e Natalie não conseguiam explicar o que acontecia nessas situações. A partir de então, Natalie começou a desenvolver um programa de treinamento em terapia expressiva centrada na pessoa (ROGERS, 1983; SOMMERS-FLANAGAN, 2007).

A partir de suas experiências pessoais, Natalie percebeu que uma forma de arte expressiva estimula e nutre outra forma de arte, ampliando o potencial de autoconhecimento do indivíduo. A essa interligação Natalie chamou de “Conexão Criativa”.

Formas de arte inter-relacionam-se no que eu chamo de conexão criativa. Quando nos movemos, isso afeta como nós escrevemos ou pintamos. Quando nós escrevemos ou pintamos, isso afeta como nos sentimos e pensamos. Durante o processo de conexão criativa, uma forma de arte estimula e nutre a outra, trazendo-nos para um núcleo ou essência que é nossa energia vital. (MERRY, 1997, p. 268, tradução nossa).

Na Terapia Expressiva Centrada na Pessoa, sentimentos são tidos como fonte de criatividade, podendo ser expressos em feitos criativos como danças, movimentos, músicas, pinturas, desenhos, rabiscos, escultura, escrita livre, dramatizações etc. (ROGERS, 1983). Durante o processo psicoterápico, criatividade e terapia se sobrepõem e a arte se torna uma parte natural do fluxo terapêutico (MERRY, 1997; MARTÍNEZ, 2003).

Natalie Rogers (1983) destaca que os termos “Terapia Expressiva” ou “Terapia da Arte Expressiva” são usados para se referir às terapias não verbais: dançaterapia, arteterapia e em particular, musicoterapia, incluindo também terapia através da escrita, drama e teatro improvisado.

Arte expressiva se refere a usar os aspectos emocionais, intuitivos de nós mesmos através de vários meios [...] em um ambiente acolhedor que facilite crescimento e cura. [...] Nós usamos linguagem verbal para explorar o significado de nossa experiência ou imaginação e para discutir nossos *insights*. (MERRY, 1997, p. 266, tradução nossa).

A Terapia Expressiva Centrada na Pessoa difere dos modelos médico e analítico de arteterapia, não utilizando a arte para diagnosticar, analisar ou tratar o paciente (MERRY, 1997). Ela não tem a intenção de analisar a arte feita pelo indivíduo, pois considera que isso pode sufocar seu impulso criativo. O terapeuta expressivo centrado na pessoa tem a intenção de incentivar a pessoa a explorar por conta própria o sentido de sua arte (MARTÍNEZ, 2003).

Em relação à sua atuação enquanto facilitadora de grupos de Terapia Expressiva Centrada na Pessoa, Natalie Rogers tinha a expectativa de proporcionar um clima favorável em que as pessoas pudessem experienciar uma consciência de grupo, bem como a si próprios e aos demais de maneiras significativas; aprender a se expressar através de diversos meios; integrar seus corpos, emoções, “mente” e espírito; abrir-se para suas habilidades intuitivas e explorar suas forças interiores, incluindo olhar para seus aspectos sombrios (ROGERS, 1983).

O que faço como facilitadora é oferecer às pessoas algum movimento, técnicas de arte e escrita, que irão dar a elas uma maneira de se expressar sem verbalizar. Eu as conduzo em exercícios estruturados em movimentos de modo que eles tenham o “vocabulário” com o qual poderão falar através de seus corpos. (ROGERS, 1983, p. 6).

Natalie dá destaque para a influência dos hemisférios esquerdo e direito do cérebro em nosso comportamento e em nossa forma de ver o mundo, sendo o primeiro responsável por um modo mais linear, concreto e objetivo de pensamento e o último como “a parte que nos permite ser intuitivos, holísticos, emocionais, subjetivos” (ROGERS, 1983, p. 9), sendo este, portanto, o hemisfério que mais se manifesta (e que se objetiva desenvolver cada vez mais) no processo de Conexão Criativa.

As artes expressivas centradas na pessoa também podem ser utilizadas no contexto da educação, onde alunos poderão experimentar e se expressar através de jogos e materiais

artísticos em um ambiente seguro, empático, sem julgamentos e sem instruções rígidas (MARTÍNEZ, 2003). Além do trabalho com grupos, os recursos expressivos centrados na pessoa também podem ser utilizados em psicoterapia individual, em que o terapeuta pode apresentar ao cliente a possibilidade de utilizar esses recursos caso considere que o ajudarão a expressar ou entender melhor seus sentimentos (ROGERS, 1983).

A partir do que foi explicitado até o momento, pode-se dizer que nesse contexto pós-moderno de práticas culturais produtoras de padrões ansiosos e depressivos – como relações individualistas, valorização do produtivismo e da aquisição de bens materiais etc. – a prática de dança pode ser um fator que contribui para mudanças, sejam elas públicas (por exemplo, interagir mais com pessoas) ou não (como diminuição de sensações ansiogênicas). As propostas terapêuticas de uso da dança e do movimento aqui apresentadas, principalmente quando enfatizam o movimento espontâneo, autônomo e autoexpressivo e, mais ainda, quando realizadas em grupo, incentivam práticas de cuidado e conhecimento pessoal, bem como de estabelecimento de relações diferenciadas do modelo de relações sociais predominante na sociedade pós-moderna, tal qual apontado por Nico et al. (2015). Pretende-se, portanto, identificar nos estudos empíricos analisados quais mudanças foram observadas a partir das diferentes intervenções ou modalidades de dança utilizadas.

## **4. MÉTODO**

Apesar desta pesquisa configurar-se como uma pesquisa bibliográfica, e não uma revisão integrativa, optou-se por estruturar o procedimento baseando-se nas cinco etapas de revisão integrativa utilizadas por Leonardi (2016) em seu estudo, realizando-se as alterações julgadas cabíveis a este trabalho.

### **4.1 Procedimento**

#### **4.1.1 Etapa 1 – Formulação do Problema de Pesquisa**

Partindo do objetivo de identificar os efeitos de intervenções ou prática de dança sobre padrões de depressão e ansiedade, encontrados em estudos empíricos nacionais e internacionais, busca-se responder às seguintes perguntas: (1) quais tipos de práticas de dança foram utilizadas nos estudos? (2) quais foram os tipos de efeitos ou mudanças encontrados? (3) existe diferença nos resultados dependendo do quadro psiquiátrico, isto é, entre ansiedade e depressão? (4) qual é a qualidade metodológica dos estudos realizados?

#### **4.1.2 Etapa 2 – Busca na literatura**

Inicialmente foram realizados levantamentos com descritores gerais a fim de se ter uma visão da quantidade e especificidade dos resultados obtidos. Chegou-se então à definição específica de descritores a serem utilizados em todas as bases de dados escolhidas, bem como o intervalo de publicação mais apropriado.

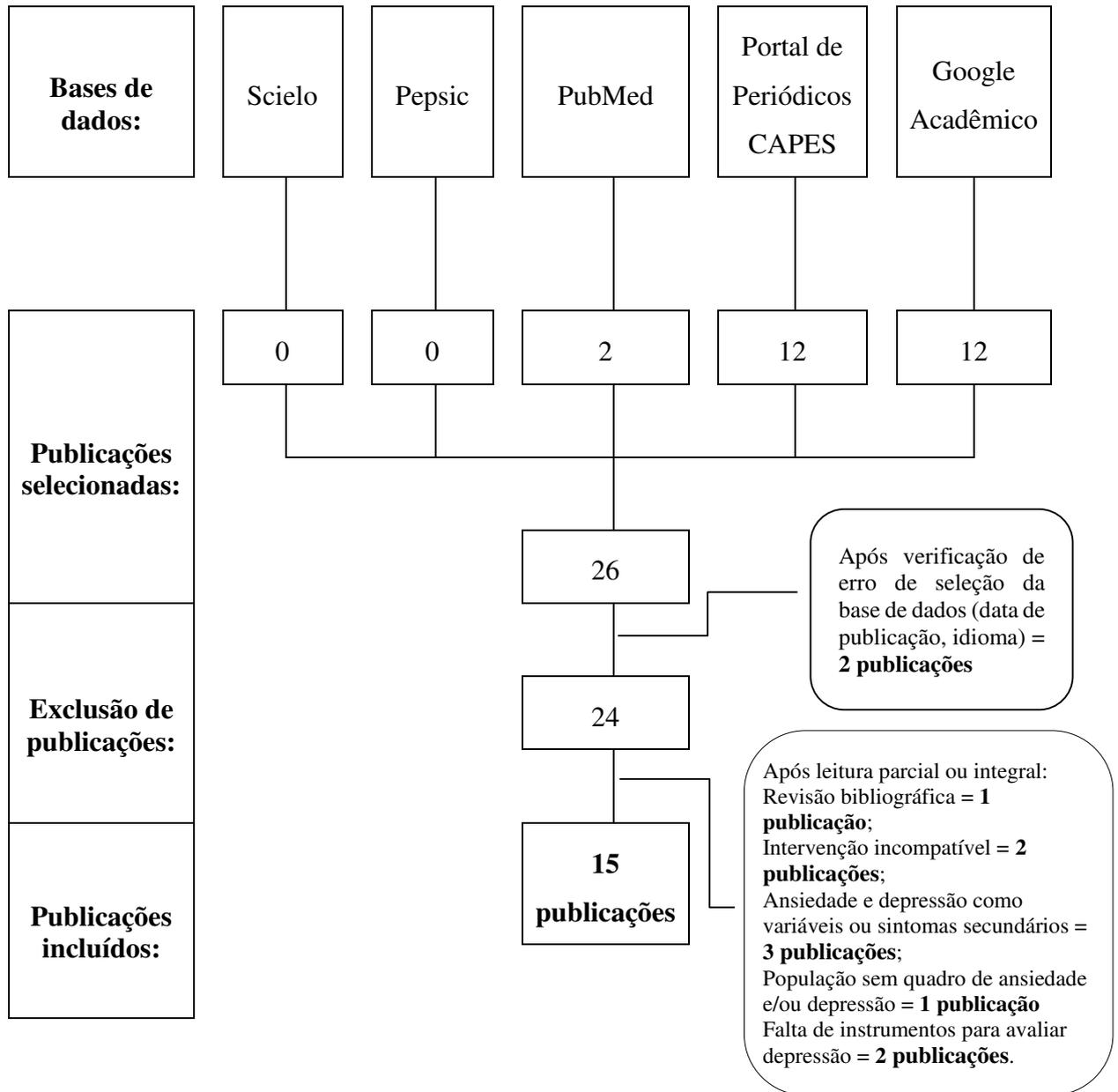
##### **4.1.2.1 Bases de dados e estratégias de buscas**

A seleção de publicações ocorreu a partir de pesquisa em meio virtual nas bases de dados Scielo, Pepsic, PubMed, Portal de Periódicos CAPES<sup>9</sup> e Google Acadêmico com os descritores [“*dança*” AND “*terapia*” AND “*depressão*”] e [“*dança*” AND “*terapia*” AND “*ansiedade*”] e seus respectivos correspondentes em inglês e espanhol. Foram lidos os resumos das publicações que continham em seu título e/ou descrição na base de dados pelo menos dois dos descritores ou suas derivações (por exemplo, “depressivo”, “ansiosos” etc.), nos idiomas referidos. Nas bases de dados com maior número de resultados (Portal de Periódicos CAPES e Google Acadêmico – Ver Apêndice B) foi feita a leitura dos títulos e/ou descrição até a página 30 de cada plataforma, seguindo a ordem de relevância. Inicialmente foram selecionadas 26 publicações (Ver fluxograma na Figura 1), das quais onze foram descartadas após ter sido identificado durante a leitura que não atendiam a algum dos critérios de inclusão.

---

<sup>9</sup> Este Portal abrange publicações de várias bases de dados, inclusive a Cochrane Library.

**Figura 1 – Fluxograma de publicações selecionadas**



Fonte: Própria autoria, 2018

#### **4.1.2.2 Critérios de inclusão e de exclusão**

Como critérios de inclusão, os estudos deveriam ter sido publicados entre 2000 e 2018; ser resultado de trabalhos empíricos, com descrição detalhada do método utilizado (participantes e procedimento) e dos resultados obtidos; utilizar alguma intervenção sistematizada com uso da dança ou apenas estilos de dança, tais como dança de salão, tango, dança do ventre etc. A delimitação do período de publicação considerou o reduzido número de publicações existentes sobre o assunto, bem como a probabilidade de trabalhos publicados antes do ano 2000 estarem desatualizados. Os critérios de exclusão foram: descrever uma intervenção com pessoas que apresentassem sintomas de depressão e/ou de ansiedade como manifestações de outro diagnóstico principal; depressão e/ou ansiedade não serem as principais variáveis avaliadas no estudo; não utilizar instrumento ou técnica de avaliação. Quanto a isso, cabe ressaltar, em relação à caracterização da amostra, que foram incluídos estudos nos quais os participantes relatassem sintomas de ansiedade e/ou depressão, mesmo que não possuíssem diagnóstico clínico.

#### **4.1.3 Etapa 3 – Extração das informações**

Foi realizada então a análise das 15 publicações, tendo sido feita a leitura e a produção de fichamentos (ver modelo no Apêndice A) nos quais foram destacadas as seguintes informações: áreas do conhecimentos às quais os pesquisadores fazem parte; país no qual ocorreu a intervenção; número total de participantes da pesquisa; composição da amostra (média da idade; sexo; diagnóstico psiquiátrico; uso de medicação); instrumentos de medidas utilizados; tipo de intervenção; frequência e tempo de duração das “sessões” de intervenção; duração da intervenção; momentos de verificação dos dados; utilização ou não de grupo controle (se sim, qual tipo de intervenção e com quantas pessoas); principais resultados; conclusões e limitações do estudo apontadas pelos pesquisadores e observações feitas pela autora deste trabalho.

#### **4.1.4 Etapa 4 – Procedimento de Análise**

Primeiramente as publicações foram organizadas em quadros por ordem de publicação e, em casos de publicações no mesmo ano, por ordem alfabética. Os principais dados, referentes à caracterização das intervenções e os resultados encontrados nos estudos, foram então dispostos em diferentes quadros. Para especificar se a prática de dança utilizada é uma intervenção sistematizada com uso de dança ou se são aulas de dança, foi feita a separação em “intervenção” ou “aula de dança” e a classificação do tipo de intervenção/estilo de dança que foi utilizado. Os resultados encontrados nos estudos foram divididos em resultados quantitativos (por exemplo, redução estatisticamente significativa e tamanho do efeito de

escores de depressão, ansiedade, satisfação com a vida etc.) e resultados qualitativos (como relatos de prazer, disposição, relaxamento etc.), portanto, a análise dos dados foi feita de forma quantitativa e qualitativa.

#### **4.1.5 Etapa 5 – Interpretação dos Resultados**

Para fim de interpretação dos resultados, foram criados gráficos comparativos de alguns dos dados coletados das publicações. A partir dos resultados apresentados nos estudos, realizou-se a classificação dos efeitos encontrados em cinco categorias: 1) redução/regulação de sintomas ou sinais psicológicos; 2) redução de sintomas físicos; 3) regulação neuro-hormonal; 4) aumento de medidas psicológicas positivas e 5) bem-estar. As análises realizadas estão descritas no tópico “Discussão” deste trabalho.

## **5. RESULTADOS**

Os dados coletados das publicações estão organizados em quadros a partir dos quais é possível observar as principais características das publicações e das intervenções realizadas, bem como seus principais resultados. No Quadro 1 estão dispostos a identificação autor-data das publicações, seus respectivos títulos, as áreas do conhecimento/pesquisa dos autores, o tamanho da amostra utilizada no estudo e a idade média dos participantes, além do diagnóstico ou quadro de sintomas que apresentavam (depressão e/ou ansiedade).

Quadro 1 – Caracterização das publicações analisadas

N	Autores e ano de publicação	Título	Área do conhecimento	Amostra	Média idade (anos)	Diagnóstico
1	Jeong; Hong; Lee; Park; Kim; Suh, 2005	Dance Movement Therapy improves emotional responses and modulates neurohormones in adolescents with mild depression	Medicina, Neuropsiquiatria e Educação Física	40	16	Depressão leve
2	Haboush; Floyd; Caron; Lasota; Alvarez, 2006	Ballroom dance lessons for geriatric depression: an exploratory study	Psicologia e área de esportes	20	69,38	Depressão
3	Koch; Morlinghaus; Fuchs, 2007	The joy dance: specific effects of a single dance intervention on psychiatric patients with depression	Psicologia e Psiquiatria	31	42,7	12 com depressão leve, 12 com grau moderado e 7 com grau severo
4	Akandere; Demir, 2011	The effect of dance over depression	Educação Física	120	22	Depressão leve e moderada
5	Pinniger; Brown; Thorsteinsson; Mckinley, 2012	Argentine tango dance compared to mindfulness meditation and a waiting-list control: a randomised trial for treating depression	Psicologia e Cinesiologia	66	44,39	Depressão: 60,6% de moderada a severa e 12,1% leve. Ansiedade: 66,7% de moderada a extrema e 9,1% leve.
6	Pinniger; Thorsteinsson; Brown; Mckinley, 2013	Tango dance can reduce distress and insomnia in people with self-referred affective symptoms	Psicologia e Cinesiologia	64	39,5	Sintomas autorreferidos de ansiedade e/ou depressão
7	Murrock; Graor, 2014	Effects of dance on depression, physical function, and disability in underserved adults	Enfermagem	40	63	Depressão
8	Punkanen; Saarikallio; Luck, 2014	Emotions in motion: short-term group form Dance/Movement Therapy in the treatment of depression: a pilot study	Música e terapias relacionadas	21	40	Depressão: 71,4% moderada, 14,3% severa e 14,3% leve. Ansiedade: 72%.
9	Vankova; Holmerova; Machacova; Volicer; Veleta; Celko, 2014	The effect of dance on depressive symptoms in nursing home residents.	Medicina, Educação Física e Dança	162	83,11	Depressão: 43%.
10	Hoyer; Teodoro; Borges, 2015	A influência da dança do ventre nos sintomas depressivos em idosas da comunidade.	Fisioterapia	14	70,43	Depressão
11	Pylvänäinen; Muotka; Lappalainen, 2015	A dance movement therapy group for depressed adult patients in a psychiatric outpatient clinic: effects of the treatment	Psiquiatria e Psicologia	33	41	Depressão

(Continua)

## (CONCLUSÃO)

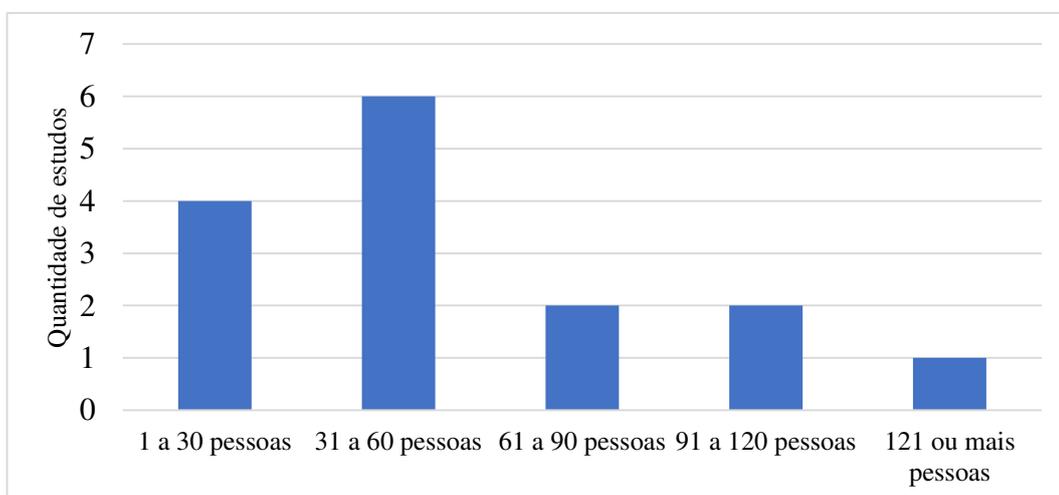
Quadro 1 – Caracterização das publicações analisadas

N	Autores e ano de publicação	Título	Área do conhecimento	Amostra	Média idade (anos)	Diagnóstico
12	Cardoso, 2016	Dança do ventre: uma alternativa no tratamento de mulheres com depressão	Psicologia	2	27	Depressão
13	Gao; Zhang; Qi; Petridis, 2016	Middle-aged female depression in perimenopausal period and square dance intervention	Medicina	50	52,1	Depressão
14	López-Rodríguez; Baldrich-Rodríguez; Ruiz-Muelle; Cortés-Rodríguez; Lopezosa-Esteba; Roman, 2017	Effects of Biodanza on stress, depression, and sleep quality in university students	Enfermagem	95	22,07	Depressão: 72,6%
15	Melo; Costa; Boletini; Freitas; Costa; Arreguy; Noce, 2017	A influência do tempo de prática de dança de salão nos níveis de depressão de idosos	Educação Física e Psicologia	51	66,33	Depressão

É possível perceber no Quadro 1 que todos os estudos tinham amostras com quadros depressivos e dentre eles 14 publicações possuem em seu título o termo “depressão” ou derivados. Apenas três estudos (PINNIGER et al., 2012; PINNIGER et al., 2013; PUNKANEN et al., 2014) apontaram a ansiedade como quadro de sintomas prevalente ou comórbido à depressão na população da pesquisa e a publicação de Pinniger et al. (2013) foi a única selecionada especificamente com o foco sobre a ansiedade.

O tamanho da amostra nos estudos analisados variou de 2 a 162 pessoas e as amostras entre 31 a 60 pessoas foram as mais frequentes nas pesquisas, como é possível verificar na Figura 2.

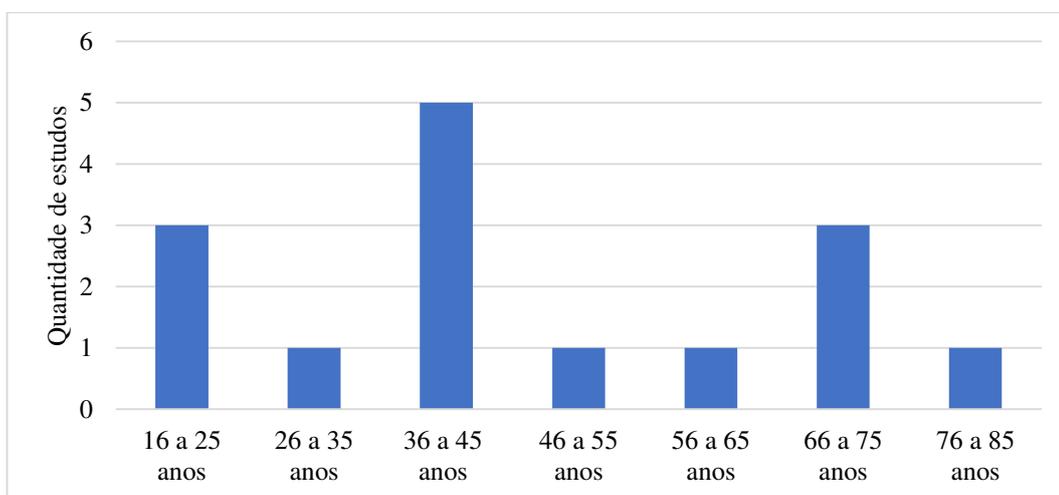
**Figura 2 – Tamanho das amostras dos estudos**



*Fonte: Própria autoria, 2018*

A média de idade das amostras variou entre 16 e 83,11 anos. Na Figura 3 pode-se verificar que a média de idade mais encontrada nos estudos esteve no intervalo de 36 a 45 anos.

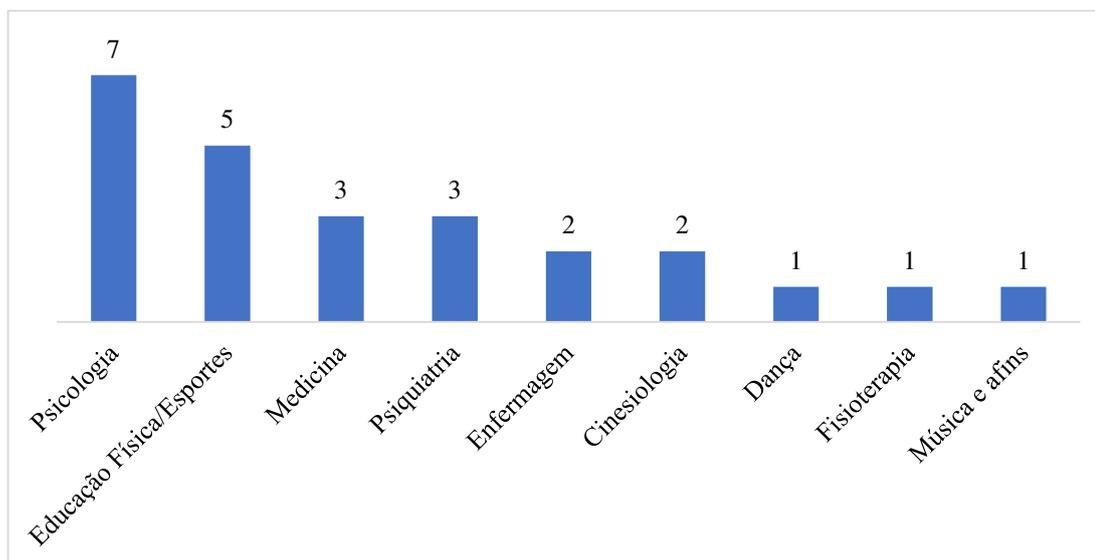
**Figura 3 – Média de idade dos participantes dos estudos**



*Fonte: Própria autoria, 2018*

Dentre as publicações analisadas, nove delas são multidisciplinares. Na Figura 4 verifica-se que a área que mais teve publicações foi a Psicologia.<sup>10</sup>

**Figura 4 – Distribuição das publicações por área de conhecimento**



*Fonte: Própria autoria, 2018*

No Quadro 2 estão contidas as principais características das intervenções.

<sup>10</sup> Optou-se por apresentar as publicações da área de Psiquiatria fora da classificação da área de Medicina com o intuito de possibilitar uma melhor análise das contribuições dessa especialidade para o estudo.

Quadro 2 – Principais características das intervenções

Publicação/País	Intervenção ou aula de dança	Tipo	Grupo controle	Instrumentos	Momento de verificação dos dados	Frequência e duração das sessões	Duração da intervenção (semanas)
Jeong et al. (2005): Coreia	Intervenção	<i>Dance Movement Therapy</i> (DMT)	Grupo controle n=20 Lista de espera	<i>Symptom Check List-90 – Revised</i> (SCL-90-R) <sup>11</sup> ; medidas de concentração de dopamina, serotonina e cortisol no plasma.	Pré e pós-intervenção	3 vezes por semana, 45 min de duração	12
Haboush et al. (2006): Estados Unidos	Aula de dança	Dança de salão	Grupo controle n=12 Lista de espera	<i>Hamilton Rating Scale for Depression</i> (HRSD); <i>Geriatric Depression Scale</i> (GDS); SCL-90-R; <i>Beck Hopelessness Scale</i> (BHS); <i>Therapeutic Reactance Scale</i> (TRS); uma medida de autoeficácia desenvolvida para a pesquisa; um questionário de <i>feedback</i> .	Pré, pós-intervenção e <i>follow-up</i> de 3 meses	1 vez por semana, 45 min de duração	8
Koch; Morlinghaus; Fuchs (2007): Alemanha	Intervenção	Dança circular de Israel <sup>12</sup>	1 grupo de música (apenas escutar) n=10;  1 grupo de movimento (bicicleta ergométrica) n=10	<i>Heidelberger Befindlichkeitsskal</i> (HBS) <sup>13</sup> ; questionário com <i>ranking</i> de terapias <sup>14</sup> .	Pré e pós-intervenção	Intervenção única, de 20 a 30 min de duração	Intervenção única

(Continua)

<sup>11</sup> Dimensões analisadas pela escala: somatização, obsessivo-compulsivo, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo. Os índices globais dos escores são apresentados como índice de gravidade global, total de sintomas positivos e índice de sintomas positivos de *distress*.

<sup>12</sup> Tipo estruturado de dança que pode ser usado em sessões de DMT.

<sup>13</sup> Mensuração das dimensões depressão, vitalidade, afeto, ansiedade, motivação, capacidade de lidar com problemas.

<sup>14</sup> Os participantes deveriam eleger três tipos de terapias oferecidas pela instituição psiquiátrica que consideravam terem ajudado mais a eles até então.

(CONTINUAÇÃO)

Quadro 2 – Principais características das intervenções

Publicação/país	Intervenção ou aula de dança	Tipo	Grupo controle	Instrumentos	Momento de verificação dos dados	Frequência e duração das sessões	Duração da Intervenção (semanas)
Akandere; Demir (2011): Turquia	Intervenção	Programa de treinamento de dança (dança de salão: rumba e valsa)	Grupo controle n=60, Nenhuma intervenção	Inventário de Depressão de Beck (BDI)	Pré e pós-intervenção	3 vezes por semana, 1h50 min de duração	12
Pinniger et al. (2012): Austrália	Aula de dança	Tango	1 grupo de meditação ( <i>mindfulness-based exercises</i> ) n=16; 1 grupo de lista de espera n=29	<i>Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21); Satisfaction with Life Scale (SWLS); Rosenberg Self Esteem Scale, Mindful Attention Awareness Scale (MAAS).</i>	Pré e pós-intervenção	1 vez por semana, 1h30min de duração	6
Pinniger et al. (2013): Austrália	Aula de dança	Tango	1 grupo de meditação ( <i>mindfulness-meditation</i> ) n=11; 1 grupo de exercícios (circuito de treinamento) n=12; 1 grupo de lista de espera n=23	Questionário sócio demográfico; questionário sobre prática de exercícios; DASS-21; <i>Insomnia Severity Index (ISI); Fatigue Severity Scale (FSS); General Self-Efficacy Scale (GSE); SWLS; MAAS.</i>	Pré, pós-intervenção e <i>follow-up</i> de 1 mês	1 vez por semana, 1h30min de duração	8

(Continua)

(CONTINUAÇÃO)

Quadro 2 – Principais características das intervenções

Publicação/país	Intervenção ou aula de dança	Tipo	Grupo controle	Instrumentos	Momento de verificação dos dados	Frequência e duração das sessões	Duração da Intervenção (semanas)
Murrock; Graor (2014); Estados Unidos	Aula de dança	Não especificado	Não	Questionário sobre dados demográficos, de medicação, histórico de saúde e comorbidades; <i>Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)</i> ; <i>Late Life Function and Disability Instrument</i> ; <i>Charlson Scale</i> (para avaliar comorbidades).	Pré e pós-intervenção	2 vezes por semana, 45 min de duração	12
Punkanen; Saarikallio; Luck (2014); Finlândia	Intervenção	<i>Dance Movement Therapy (DMT)</i>	Não	<i>Structured Clinical Interview for DSM-III-R</i> ; BDI; <i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i> ; <i>Ten Item Personality Inventory (TIPI, subescalas Extroversão e Neuroticismo)</i> ; <i>Satisfaction With Life Scale</i> ; <i>Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)</i> ; <i>Relationship Questionnaire (RQ)</i> .	Pré e pós-intervenção	2 vezes por semana, 60 min de duração	10
Vankova et al. (2014); República Checa	Intervenção	<i>EXDASE dance therapy (Exercise Dance for Seniors)</i>	Grupo controle n=83 Lista de espera	GDS, Mini exame do Estado Mental (MEEM), <i>Barthel Index</i> (avaliar o grau de independência na execução de atividades básicas da vida diária); questões para avaliar o grau de independência na execução de atividades mais avançadas da vida diária; teste “ <i>get up and go</i> ”.	Pré e pós-intervenção	1 vez por semana, 60min de duração	12

(Continua)

(CONTINUAÇÃO)

Quadro 2 – Principais características das intervenções

Publicação/país	Intervenção ou aula de dança	Tipo	Grupo controle	Instrumentos	Momento de verificação dos dados	Frequência e duração das sessões	Duração da Intervenção (semanas)
Hoyer; Teodoro; Borges (2015): Brasil	Aula de dança	Dança do ventre	Grupo controle n=7 Nenhuma intervenção	Questionário sociodemográfico; MEEM e Escala Geriátrica de Depressão de Yesavage-Versão abreviada (EDG-15).	Pré e pós-intervenção	2 vezes por semana, 45 min de duração	5
Pylvänäinen; Muotka; Lappalainen (2015): Finlândia	Intervenção	<i>Dance Movement Therapy (DMT)</i>	Grupo controle n=12 Tratamento de costume de cada paciente (tratamento farmacológico, aconselhamento individual, grupos de psicoeducação).	Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II), <i>Hospital HADS</i> , <i>SCL-90</i> , <i>Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM)</i>	Pré, pós-intervenção e <i>follow-up</i> de 3 meses.	1 vez por semana, 90 min de duração	12
Cardoso (2016): Brasil	Aula de dança	Dança do ventre	Não	BDI-II; desenho da figura humana (HTP); Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES); Questionário de Prontidão para a Atividade Física (PAR-Q); questionário com perguntas abertas.	Pré, durante e pós-intervenção	2 vezes por semana, 50 min de duração	10
Gao et al. (2016): China	Aula de dança	<i>Square dance</i>	Grupo controle n=24 Nenhuma intervenção	Questionário de situação geral; <i>Self-Rating Depression Scale (SDS)</i>	Pré e pós-intervenção	Ao menos 5 vezes por semana, 60-90 min de duração	12

(Continua)

## (CONCLUSÃO)

Quadro 2 – Principais características das intervenções

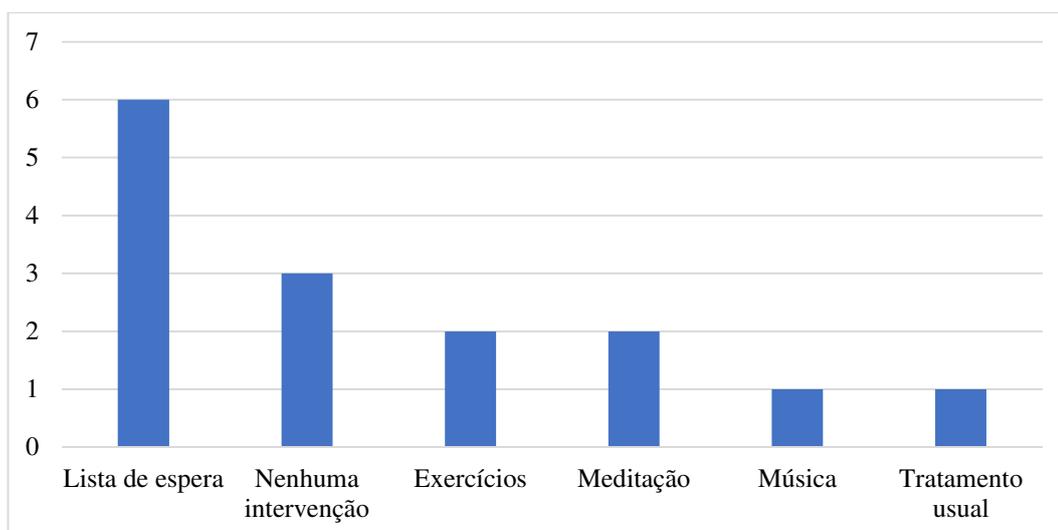
Publicação/país	Intervenção ou aula de dança	Tipo	Grupo controle	Instrumentos	Momento de verificação dos dados	Frequência e duração das sessões	Duração da Intervenção (semanas)
López-Rodríguez et al. (2017): Espanha	Intervenção	Biodança	Grupo controle n=53 Lista de espera	<i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i> (PSQI); <i>Perceived Stress Scale</i> (PSS); CES-D.	Pré e pós-intervenção	1 vez por semana, 90 min de duração	4
Melo et al. (2017): Brasil	Aula de dança	Dança de salão	Não	MEEM; BDI.	Os dados foram verificados apenas uma vez, em momento antes de a aula começar.	3 vezes por semana, 60 min de duração	Os participantes já participavam da dança de salão com tempo médio de 17 anos de prática regular <sup>15</sup>

<sup>15</sup> Os participantes foram divididos em dois grupos de acordo com o tempo de prática de dança de salão: um grupo de 12 a 84 meses de prática (n = 15) e outro grupo acima de 85 meses de prática (n = 36).

Em relação aos países nos quais as intervenções foram realizadas, o Brasil ficou em primeiro lugar, com três publicações (HOYER et al., 2015; CARDOSO, 2016; MELO et al., 2017), seguido por Austrália (PINNIGER et al., 2012; PINNIGER et al., 2013), Estados Unidos (HABOUSH et al., 2006; MURROCK; GRAOR, 2014) e Finlândia (PUNKANEN et al., 2014; PYLVÄNÄINEN et al., 2015) todos com duas publicações, e pela Alemanha (KOCH et al., 2007), China (GAO et al., 2016), Coreia (JEONG et al., 2005), Espanha (LÓPEZ-RODRÍGUEZ et al., 2017), República Checa (VANKOVA et al., 2014) e Turquia (AKANDERE; DEMIR, 2011) com uma publicação cada um.

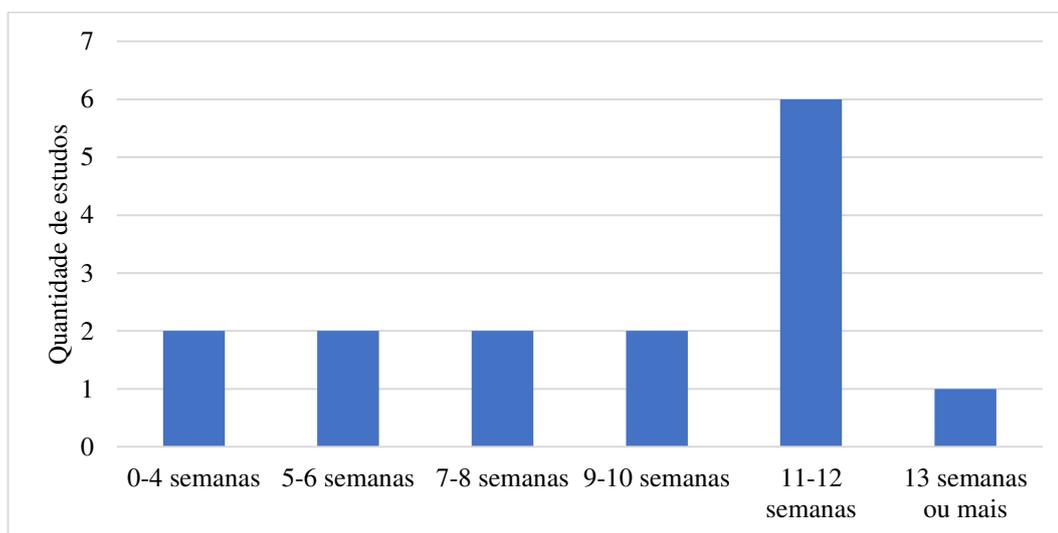
A quantidade de estudos que utilizaram aulas de dança é maior do que os que utilizaram intervenção com dança. Os estilos de dança utilizados em forma de aulas foram: dança de salão, dança do ventre e tango (dois estudos cada); *square dance* (um estudo) e um tipo não especificado (MURROCK; GRAOR, 2014). Os tipos de intervenção utilizadas foram: *Dance Movement Therapy* (três estudos), dança circular, programa de treinamento de dança, *EXDASE dance therapy (Exercise Dance for Seniors)* e Biodança, com um estudo cada uma.

Oito estudos utilizaram um único tipo de controle, quatro não utilizaram grupo controle e três utilizaram mais de um tipo de controle. Os tipos de controle utilizados foram: lista de espera, exercícios, meditação, música, tratamento usual e nenhuma intervenção. Na “lista de espera”, no período de intervenção do grupo experimental, os participantes não eram submetidos a nenhuma nova atividade durante a pesquisa, mas eram oferecidas a eles, ao final da verificação de todos os dados, sessões ou aulas de dança da intervenção utilizada. No caso do controle “nenhuma intervenção”, os participantes do grupo controle apenas respondiam aos instrumentos de verificação dos dados nos momentos determinados (os mesmos do grupo experimental), porém não eram submetidos a nenhuma nova atividade nem durante, nem após a realização da pesquisa. Como é possível verificar na Figura 5, lista de espera foi o tipo de controle mais frequente, utilizado em seis estudos.

**Figura 5 – Tipos de controle utilizados**

Fonte: Própria autoria, 2018

Apenas três estudos utilizaram *follow-up*, sendo dois deles de três meses e um estudo com *follow-up* de um mês. A duração das intervenções variou de um único dia a 12 semanas. Quanto a isso, vale ressaltar que o estudo de Melo et al. (2014) foi realizado com pessoas que já estavam em prática regular de dança há pelo menos 12 meses, tendo participantes com mais de sete anos de prática. O tempo de duração mais frequente dentre as publicações foi o de 11-12 semanas, como mostra a Figura 6.

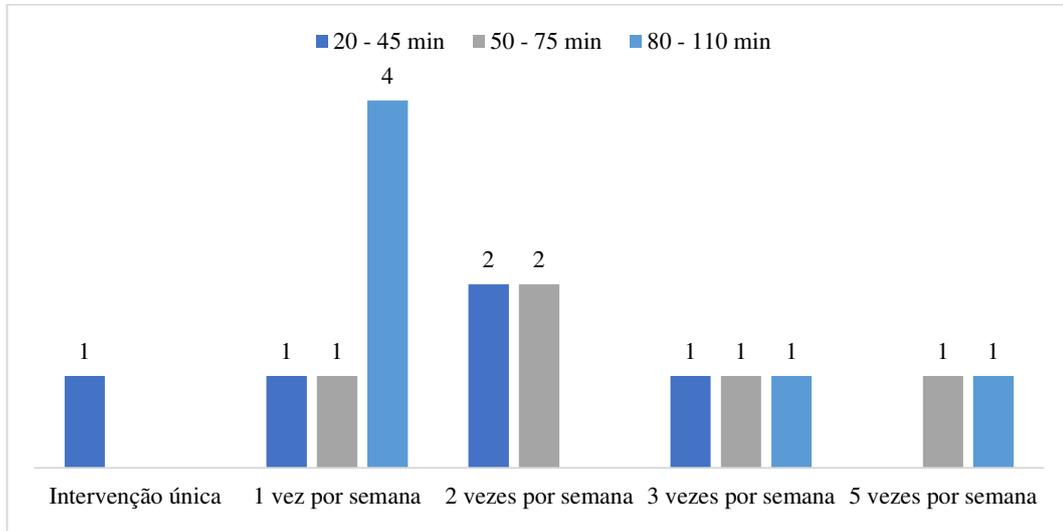
**Figura 6 – Duração das intervenções em semanas**

Fonte: Própria autoria, 2018

O tempo de duração das sessões ou aulas de dança variou de 20 a 110 minutos e a frequência semanal em que eram realizadas variou de uma única intervenção a cinco vezes por semana. Pode-se perceber, conforme exposto na Figura 7, que a frequência semanal mais

utilizada foi de uma vez por semana e a quantidade de sessões com duração entre 80-110 minutos foi a maior.

**Figura 7 – Frequência e duração das sessões de intervenção<sup>16</sup>**



*Fonte: Própria autoria, 2018*

No Quadro 3 estão sistematizados os principais resultados das intervenções, levando em consideração os objetivos deste trabalho, e foram divididos em resultados quantitativos e resultados qualitativos. Optou-se por incluir novamente uma coluna com o tamanho da amostra de cada estudo com o intuito de favorecer a análise dos resultados.

<sup>16</sup> O estudo de Gao et al. (2016) foi o único que teve sessões com frequência de cinco vezes por semana, porém como a duração das sessões variava entre 60-90 min, o estudo foi incluído em duas categorias quanto a tempo de duração.

Quadro 3 – Principais resultados dos estudos

Publicação	Amostra	Resultados quantitativos	Resultados qualitativos
Jeong et al. (2005)	40	Diminuição estatisticamente significativa de todos os escores das subescalas da SCL-90-R no grupo de intervenção. Aumento da concentração de serotonina e diminuição da concentração de dopamina no plasma no grupo de intervenção, demonstrando melhor regulação do sistema nervoso simpático.	-
Haboush et al. (2006)	20	Sem efeitos estatisticamente significativos entre grupos.	Prazer = 14 participantes; Sugestão de aulas em grupo = 3 participantes; As aulas eram a única coisa que eles tinham para esperar durante a semana e não saíam de casa de outra forma = 2 participantes.
Koch; Morlinghaus; Fuchs (2007)	31	Redução estatisticamente significativa na medida de <b>depressão</b> (pontuação de diferença: $1,23 \pm 0,81$ , $p < 0,05$ ), sem mudanças nos escores de depressão dos participantes dos outros dois grupos. Aumento estatisticamente significativo na medida de <b>vitalidade</b> em comparação com o grupo de música.	Terapias de artes criativas = 32 vezes (movimento = 17 vezes, música = 11 vezes e arte = 4 vezes); <sup>17</sup>
Akandere; Demir (2011)	120	Redução estatisticamente significativa dos escores de <b>depressão</b> de $15,72 \pm 7,004$ no pré-teste para $13,90 \pm 5,568$ no pós-teste ( $t=5,62$ , $p=0,00$ ). Nenhuma diferença estatisticamente significativa foi observada nos escores do grupo controle.	-
Pinniger et al. (2012)	66	Redução estatisticamente significativa dos níveis de <b>depressão</b> tanto dos participantes do grupo de tango (de $16 \pm 12,35$ para $8,76 \pm 9,64$ , $p = 0,010$ ) quanto de meditação (de $18,50 \pm 11,23$ para $10,63 \pm 12,47$ , $p = 0,025$ ) em relação ao grupo da lista de espera; o tamanho do efeito das duas intervenções foi maior que do grupo controle (tango $d = 0,50$ e meditação $d = 0,54$ ). <sup>18</sup> Níveis reduzidos de <b>estresse</b> em relação aos grupos de meditação e da lista de espera. Sem resultados estatisticamente significativos nas demais variáveis em relação ao grupo controle.	-

(Continua)

<sup>17</sup> A instituição na qual a intervenção foi realizada oferecia diversas modalidades terapêuticas aos pacientes (terapia ocupacional, terapia verbal, grupos de comportamento, medicação, massagem etc.). Como parte da pesquisa, as autoras perguntaram aos participantes quais modalidades terapêuticas eles consideravam terem sido mais benéficas em seu tratamento até aquele momento e as terapias de artes criativas foram as mais citadas por eles.

<sup>18</sup> De acordo com Cohen (1988), a referência mais usada em relação a tamanho do efeito (valores de “d”), são: pequenos se  $0,20 \leq d < 0,50$ ; médios se  $0,50 \leq d < 0,80$  e grandes se  $d \geq 0,80$  (LOUREIRO; GAMEIRO, 2011).

(CONTINUAÇÃO)

Quadro 3 – Principais resultados dos estudos

Publicação	Amostra	Resultados quantitativos	Resultados qualitativos
Pinniger et al. (2013)	64	<p><b>Pós-teste:</b> melhoria estatisticamente significativa nos escores de <b>depressão</b> (de 12,44±5,73 para 6,28±3,20, tamanho do efeito <math>d = 1,10</math>), <b>insônia</b>, <b>satisfação com a vida</b> (de 15,94±7,18 para 22,33±4,99, <math>d = 0,96</math>) e <b>mindfulness</b>, em comparação com o grupo da lista de espera. Melhoria estatisticamente significativa nos escores de <b>depressão</b> (tamanho do efeito <math>d = 0,76</math>) e <b>auto eficácia</b> do <u>grupo de exercício</u> comparado com o da lista de espera. Nenhuma melhoria estatisticamente significativa no <u>grupo de meditação</u>.</p> <p><b>Follow-up:</b> diminuição estatisticamente significativa dos escores de <b>depressão</b> (5,38±3,16, tamanho do efeito <math>d = 1,27</math>), <b>insônia</b>, <b>estresse</b> e <b>ansiedade</b> (de 9,28±5,04 no pré-teste para 3,88±3,00, tamanho do efeito <math>d = 0,85</math>) e manutenção das melhorias no escore de <b>mindfulness</b>, em comparação com o grupo da lista de espera.</p> <p>Melhorias significativas nos escores de <b>estresse</b>, <b>depressão</b> (tamanho do efeito <math>d = 0,76</math>) e <b>satisfação com a vida</b> no <u>grupo de meditação</u> em relação ao grupo da lista de espera. Diminuição significativa nos escores de <b>estresse</b> e aumento nos escores de <b>auto eficácia</b> do <u>grupo de exercício</u> em relação ao da lista de espera.</p> <p>Nenhuma melhoria significativa nas medidas do grupo da lista de espera ao longo do tempo.</p> <p><b>DASS-21:</b> melhoria clinicamente significativa nos escores de <b>depressão</b> dos participantes dos três grupos de intervenção (<u>tango</u>: 72%<sup>19</sup> no pós-teste e 75% no <i>follow-up</i>; <u>exercício</u>: 83% no pós-teste e 58% no <i>follow-up</i>; <u>meditação</u>: 63% no pós-teste e 72% no <i>follow-up</i>).</p> <p>Melhoria clinicamente significativa nos escores de <b>ansiedade</b> dos participantes dos grupos de <u>tango</u> (66% no pós-teste e 76% no <i>follow-up</i>) e <u>meditação</u> (63% no pós-teste e <i>follow-up</i>). Melhoria nos escores de <b>estresse</b> no <u>grupo de tango</u> (pós-teste e <i>follow-up</i>) e apenas no <i>follow-up</i> do <u>grupo de meditação</u>.</p>	Apreciação da atividade e de seu aspecto social e desafiador.
Murrock; Graor (2014)	40	Redução estatisticamente significativa nos níveis de depressão, de 20±12,4 no pré-teste para 10,9±10,1 no pós-teste ( $t = 6,11$ , $p < 0,001$ ).	-
Punkanen; Saarikallio; Luck (2014)	21	Redução estatisticamente significativa nos escores de <b>depressão</b> (de 21,67±5,26 para 10,50±5,50, $t=10,40$ , $p < 0,001$ ), <b>ansiedade</b> (de 10,5±4,22 para 8,11±4,34, $t=2,27$ , $p=0,04$ ), <b>dificuldade de identificar sentimentos</b> e <b>neuroticismo</b> . Aumento estatisticamente significativo nos escores de <b>estilo de relacionamento seguro</b> , <b>extroversão</b> e <b>satisfação com a vida</b> (de 2,81±1,16 para 3,58±1,08, $t = -3,58$ , $p < 0,001$ ).	-

(Continua)

<sup>19</sup> Porcentagem de participantes que apresentaram melhoria em pelo menos uma categoria clínica (por exemplo, de severo para moderado).

(CONTINUAÇÃO)

Quadro 3 – Principais resultados dos estudos

Publicação	Amostra	Resultados quantitativos	Resultados qualitativos
Vankova et al. (2014)	162	Melhoria estatisticamente significativa nos escores de <b>depressão</b> (de $5,71 \pm 3,84$ para $5,00 \pm 3,29$ , $p=0,005$ ). Aumento nos escores de <b>sintomas depressivos</b> no grupo controle, embora a diferença entre pré e pós-teste não tenha sido estatisticamente significativa. Redução clinicamente significativa dos escores em muitos pontos ou abaixo do limite considerado para <b>sintomas depressivos</b> em 15 casos individuais. As mudanças ocorridas nos <b>sintomas depressivos</b> estavam associadas apenas com a intervenção da dança e não com o uso de antidepressivos ou com instituições específicas, de acordo com as análises dos resultados pelo modelo linear geral para medidas repetidas (GLM).	Relatos de satisfação com a intervenção.
Hoyer; Teodoro; Borges (2015)	14	Redução estatisticamente significativa nos escores de <b>depressão</b> em comparação ao grupo controle, de $6,43 \pm 3,66$ no pré-teste para $3,33 \pm 1,51$ no pós-teste ( $p = 0,019$ ).	Relatos de prazer, disposição e diminuição de dores.
Pylvänäinen; Muotka; Lappalainen (2015)	33	Redução estatisticamente significativa no pós-teste nos escores de <b>sintomas físicos e psicológicos</b> <sup>20</sup> (de $1,39 \pm 0,76$ para $0,95 \pm 0,74$ , $p = 0,011$ ) e <b>ansiedade e depressão</b> (de $20,81 \pm 7,99$ para $13,43 \pm 10,24$ , $p = 0,024$ ), em comparação com o grupo controle. No pós-teste o tamanho do efeito <sup>21</sup> dentro do grupo foi médio em relação a <b>depressão</b> ( $d = 0,87$ ) e <b>ansiedade e depressão</b> ( $d = 0,92$ ), perto de médio em <b>aflição global</b> e pequeno em relação a <b>sintomas físicos e psicológicos</b> ( $d = 0,57$ ). O tamanho do efeito entre grupos mostrou grandes diferenças ( $d \geq 0,80$ ) para <b>ansiedade e depressão</b> e <b>aflição global</b> e tamanho médio ( $d \geq 0,50$ ) em <b>depressão</b> e <b>sintomas físicos e psicológicos</b> . <sup>22</sup> No <i>follow-up</i> o tamanho do efeito dentro do grupo foi médio em relação à <b>ansiedade e depressão</b> ( $d = 0,83$ ), perto de médio em relação a <b>depressão</b> ( $d = 0,75$ ) e pequeno quanto à <b>aflição global</b> e <b>sintomas físicos e psicológicos</b> ( $d = 0,62$ ). O tamanho do efeito entre grupos foi médio em favor do grupo de DMT ( $d = 0,60-0,79$ ). No grupo controle, o tamanho do efeito dentro do grupo foi pequeno ( <b>depressão</b> ) ou muito pequeno ( <b>ansiedade e depressão, aflição global, sintomas físicos e psicológicos</b> ) no pós-teste e também pequeno em todas as medidas no <i>follow-up</i> .	-

(Continua)

<sup>20</sup> Incluindo depressão, ansiedade, somatização, entre outros.

<sup>21</sup> De acordo com as referências nas quais os autores se basearam (ROTH; FONAGY, 1996; ÖST, 2006), a classificação do tamanho do efeito dentro do grupo foi: 0,5 foi considerado pequeno, 0,8 considerado médio e 1,1 grande.

<sup>22</sup> Considerando um tamanho do efeito *entre grupos* com valor de 0,2 como pequeno, 0,5 como médio e 0,8 como grande.

## (CONCLUSÃO)

Quadro 3 – Principais resultados dos estudos

Publicação	Amostra	Resultados quantitativos	Resultados qualitativos
Cardoso (2016)	2	Diminuição dos escores de <b>depressão</b> de ambas as participantes (P1: de 30 no pré-teste para 16 no pós-teste; P2: de 8 para 2). Aumento da pontuação referente a <b>afetos positivos</b> (P1: de 41 para 55; P2: de 94 para 100) e de <b>satisfação com a vida</b> (P1: de 16 para 46; P2: de 36 para 49). Redução da pontuação referente a <b>afetos negativos</b> (P1: de 86 para 49; P2: de 56 para 33) na Escala de Bem-Estar Subjetivo.	Participante 1: sensação de estar mais leve e solta e de seu corpo responder mais rápido nas atividades realizadas; maior disposição, relaxamento, facilidade de descansar e melhora na maneira de respirar e no humor. Participante 2: relatou sentir-se mais solta, mais vaidosa e mais corajosa para enfrentar seus medos; aumento da vontade de se arrumar e de sair de casa; maior disposição e vigor; perda do receio de sair de casa; melhoria da autoestima; relatou se lembrar da paciência necessária em alguns movimentos da aula para manter-se calma em momentos estressantes do cotidiano e viver um momento de cada vez.
Gao et al. (2016)	50	Redução estatisticamente significativa do índice de <b>depressão</b> apenas do grupo de intervenção, de $0,58 \pm 0,10$ para $0,43 \pm 0,09$ ( $t = 5,658$ ; $p < 0,001$ ), sendo a diferença desse índice no grupo de intervenção ( $0,15 \pm 0,08$ ) maior do que a do grupo controle ( $0,02 \pm 0,09$ ), $t = 5,407$ , $p < 0,001$ .	-
López-Rodríguez et al. (2017)	95	Diferenças estatisticamente significativas entre grupos no pós-teste em <b>estresse percebido</b> e <b>depressão</b> ( $t = 2,738$ ; $p = 0,007$ ; $d = 0,56$ ). <sup>23</sup> Redução estatisticamente significativa nos escores de <b>depressão</b> (de $24,17 \pm 12,71$ para $12,38 \pm 8,40$ , $t = 6,026$ e $p = 0,000$ ), <b>estresse percebido</b> e aumento nos escores de <b>qualidade subjetiva do sono</b> . O tamanho do efeito dentro do grupo foi grande para <b>depressão</b> ( $d = 1,88$ ), médio para <b>estresse</b> e pequeno para o escore total de <b>qualidade do sono</b> . Sem resultados estatisticamente significativos no grupo controle.	-
Melo et al. (2017)	51	Sem correlação estatisticamente significativa entre nível de <b>depressão</b> e tempo de prática de dança de salão no grupo com menor tempo de prática (de 12 a 84 meses), com $r = 0,506$ ; $p = 0,055$ . Correlação estatisticamente significativa no grupo de maior tempo de prática regular, mostrando que quanto maior o tempo de prática regular da dança, menores os níveis de <b>depressão</b> ( $r = -0,411$ ; $p = 0,037$ ).	-

<sup>23</sup> Sem diferenças estatisticamente significativas entre grupos no pré-teste.

Quanto à redução dos sintomas de depressão e/ou ansiedade, principal foco deste trabalho, todos os estudos apresentaram resultados de diminuição dos escores de depressão e quatro relataram diminuição nos escores de ansiedade. Apenas quatro estudos apresentaram em seus resultados o tamanho do efeito da intervenção realizada. Com exceção de Pylvänäinen et al. (2015) que se basearam em um critério de classificação mais rigoroso para o tamanho do efeito *dentro do grupo* (0,5 foi considerado pequeno, 0,8 considerado médio e 1,1 grande), os demais tamanhos do efeito serão considerados neste trabalho a partir do que foi convencionado com base na sugestão de Cohen (1988), segundo a qual os valores de “d” são considerados pequenos se  $0,20 \leq d < 0,50$ ; médios se  $0,50 \leq d < 0,80$  e grandes se  $d \geq 0,80$ . Em relação a depressão, o tamanho do efeito médio foi o mais encontrado, considerando as medidas do pós-teste e *follow-up* (PINNIGER et al., 2012; PYLVÄNÄINEN et al., 2015), seguido pelo tamanho do efeito grande (PINNIGER et al., 2013; PYLVÄNÄINEN et al., 2015; LÓPEZ-RODRÍGUEZ et al., 2017) e apenas um tamanho do efeito pequeno (ou perto de médio) foi encontrado para depressão com o instrumento BDI-II no *follow-up* de Pylvänäinen et al. (2015). Em relação a ansiedade, o tamanho do efeito entre grupos foi considerado grande no *follow-up* de Pinniger et al. (2013) e no pós-teste de Pylvänäinen et al. (2015) e foi considerado médio em Pylvänäinen et al. (2015) tanto no pós-teste (tamanho do efeito dentro do grupo) quanto no *follow-up*.

Relacionando os tipos de intervenções/danças com os efeitos encontrados, cabe destacar que todos eles obtiveram efeitos classificados na categoria “redução/regulação de sintomas ou sinais psicológicos”, sendo a redução de escores de depressão predominante. Seguindo essa categorização<sup>24</sup>, os tipos de intervenções/danças que obtiveram uma maior diversidade de categorias de efeitos foram a *Dance Movement Therapy*, dança do ventre e tango, cada um deles com quatro categorias. Nas intervenções de **DMT** os efeitos encontrados foram: 1) redução/regulação de sintomas ou sinais psicológicos (somatização, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide, psicoticismo, dificuldade de identificar sentimentos, neuroticismo); 2) regulação neuro-hormonal (concentração de serotonina e de dopamina); 3) aumento de medidas psicológicas positivas (extroversão, estilo de relacionamento seguro) e 4) redução de sintomas físicos. Da **dança do ventre** os efeitos encontrados foram: 1) redução/regulação de sintomas ou sinais psicológicos (depressão, medo de sair de casa, afetos negativos); 2) bem-estar (disposição, prazer, satisfação com a vida,

---

<sup>24</sup> Como a intervenção utilizada por Akandere e Demir (2011) foi basicamente baseada em aquecimento inicial, treinamento em dança de salão (rumba e valsa) e relaxamento final, optou-se, aqui, por classificá-la na modalidade “dança de salão”.

relaxamento, melhoria na respiração, vigor); 3) redução de sintomas físicos (dores) e 4) aumento de medidas psicológicas positivas (afetos positivos, humor, autoestima, concentração no momento). Os efeitos encontrados das aulas de **tango** foram: 1) redução/regulação de sintomas ou sinais psicológicos (depressão, estresse, ansiedade); 2) redução de sintomas físicos (insônia); 3) aumento de medidas psicológicas positivas (*mindfulness*) e 4) bem-estar (satisfação com a vida, disposição, prazer). Os efeitos observados da **dança de salão** foram: bem-estar (prazer, empolgação) e redução/regulação de sintomas ou sinais psicológicos (depressão). Da intervenção com **dança circular** os efeitos encontrados foram redução/regulação de sintomas ou sinais psicológicos (depressão) e bem-estar (vitalidade); da **EXDASE dance therapy**: redução/regulação de sintomas ou sinais psicológicos (depressão) e bem-estar (prazer); da **Biodança**: redução/regulação de sintomas ou sinais psicológicos (depressão, estresse percebido) e bem-estar (qualidade subjetiva do sono) e da **square dance**: redução/regulação de sintomas ou sinais psicológicos (depressão).

Um dado adicional que merece destaque consiste em um resultado encontrado no estudo de Vankova et al. (2014), no qual indivíduos que tiveram mudanças na prescrição de antidepressivos durante o estudo foram excluídos da análise dos dados para que essa variável não interferisse nos resultados. No entanto, esses pacientes continuaram sendo acompanhados fora dos dados gerais. Os autores verificaram nesse acompanhamento que novos antidepressivos foram mais frequentemente prescritos para participantes do grupo controle (cinco casos) em comparação com os do grupo de intervenção de dança (com quatro casos) e foram com maior frequência interrompidos nos participantes do grupo de intervenção em comparação com o grupo controle (4 casos *versus* 2 casos).

Em relação às limitações apontadas pelos autores dos estudos, as mais citadas foram: amostra pequena ou relativamente pequena (nove estudos); limitações na seleção da amostra (cinco estudos); ausência ou insuficiência de *follow-up* (quatro estudos); dificuldade de generalização dos resultados e limitação relacionada a grupo controle, com três estudos cada uma; verificação dos dados apenas a partir de instrumentos de autorrelato, falta de coleta de informações sobre diagnósticos psicológicos e medicação e insuficiência em relação ao tempo de intervenção, com dois estudos cada uma. No Apêndice C está disponível um quadro com as limitações apresentadas pelos autores em cada uma das publicações.

## 6. DISCUSSÃO

A discussão seguirá a ordem dos resultados apresentados na seção anterior e dos objetivos específicos deste trabalho, sendo dividida em três tópicos: principais características das intervenções e publicações analisadas, principais efeitos encontrados nos estudos e limitações dos estudos.

### 6.1 Quanto às principais características das intervenções e publicações

Todos os estudos analisados tinham como amostra pessoas com depressão e apenas três possuíam na amostra pessoas com ansiedade. Todos os estudos utilizaram algum instrumento que avaliasse depressão e sete utilizaram algum instrumento que avaliasse ansiedade. Uma hipótese para o maior número de estudos sobre depressão consiste no fato de esse quadro ser apontado como mais incapacitante e como o maior responsável por mortes por suicídio no mundo (WHO, 2017a), configurando-se, possivelmente, como um problema de saúde pública no qual os pesquisadores e profissionais se detêm com mais frequência.

O dado da média de idade dos participantes mais encontrada ter se situado entre 36 a 45 anos e nenhum estudo realizado com crianças está parcialmente em conformidade com as taxas de prevalência de quadros de ansiedade e de depressão na população mundial apresentadas pelo levantamento da OMS, no qual as taxas de prevalência em crianças e adolescentes menores de 15 anos não são apresentadas, com a explicação de que mesmo que existam casos de depressão nessas faixas etárias, eles acontecem em um nível muito menor do que em idades mais avançadas. A prevalência de casos de depressão, pois, é maior na idade adulta, no entanto seu pico é na idade adulta mais avançada, entre 55 e 74 anos, diferindo da média de idade dos participantes mais encontrada nos estudos. Em casos de ansiedade, as taxas de prevalência não variam substancialmente entre grupos etários, no entanto existe uma tendência observável para menor prevalência entre os grupos etários mais velhos (a partir de 60 anos) (WHO, 2017a).

Pode-se perceber uma tendência para realização de pesquisas multidisciplinares, visto que nove das 15 publicações contaram com pesquisadores de diferentes especialidades e que há uma substancial participação da Psicologia, pois sete das publicações realizadas tinham como autores pesquisadores da área de Psicologia. Além disso, o país com maior número de publicações foi o Brasil, no entanto não é possível afirmar se esse dado demonstra que de fato mais pesquisas sobre esse tema são realizadas neste país do que nos demais ou se outros fatores podem estar envolvidos nesse resultado.

Como descrito nos resultados, diferentes tipos de intervenções e estilos de dança foram encontrados nas pesquisas, sendo a DMT a modalidade mais utilizada. Essa modalidade de intervenção ter sido a mais utilizada nos estudos confirma que atualmente é o método mais

conhecido de uso terapêutico da dança e do movimento (LOPES, 2018), como constatado pela autora a partir do número de publicações encontradas sobre essa terapia durante a pesquisa. Observa-se também que as demais práticas descritas na fundamentação teórica (Psicoterapia Corporal e Terapia Expressiva Centrada na Pessoa) não apareceram nos resultados como intervenções utilizadas nos estudos e é provável que isso tenha se dado devido aos descritores usados na pesquisa, que tinham como foco a dança e, diferentemente da *Dance Movement Therapy*, a dança não é a principal prática da Psicoterapia Corporal e da Terapia Expressiva Centrada na Pessoa, que utilizam necessariamente diversos métodos e/ou linguagens artísticas.

Acrescenta-se ainda que, em relação à Terapia Expressiva Centrada na Pessoa ou, mais especificamente, à Conexão Criativa, apesar de poder ser realizada em ambientes psiquiátricos, utilizando as artes expressivas para promover “cura emocional, resolver conflitos internos, e despertar criatividade individual” (ROGERS, 1993, p. 1), a avaliação ou conhecimento da existência ou não de um diagnóstico psiquiátrico não é considerada necessária para que o processo criativo aconteça. A proposta central é que o terapeuta expressivo centrado na pessoa contribua na construção de um ambiente que compreenda as diferenças e respeite a visão de mundo e os problemas pessoais de cada um (ROGERS, 1983) podendo, dessa forma, ajudar inclusive pessoas com quadros de depressão e/ou ansiedade, mesmo que o diagnóstico em si não seja levado em consideração nesse processo.

De maneira semelhante, para Young (c2009), o papel do psicoterapeuta corporal é dar assistência ao processo natural de cura do cliente através de uma combinação entre entender os seus aspectos psicodinâmicos e encorajá-lo a suavizar e dissolver as “courageas”. Apesar de nenhuma das publicações aqui analisadas ter utilizado Psicoterapia Corporal como método de intervenção, ressalta-se que, como apontado anteriormente em “Benefícios da dança”, na revisão sistemática de Meekums et al. (2015) sobre intervenções com DMT para depressão, o único estudo identificado como possuindo qualidade metodológica moderada foi o de Röhrich et al. (2013), que tinha a Psicoterapia Corporal como abordagem de atuação. Além disso, é válido destacar que a teoria de Reich, de forma inaugural, teve importante influência no desenvolvimento de abordagens psicoterapêuticas com trabalhos corporais como, por exemplo, a DMT (LEVY, 1988; NÚCLEO DE PSICOTERAPIA REICHIANA, c2017).

## **6.2 Quanto aos principais efeitos encontrados**

A prevalência de resultados dos estudos analisados foram quantitativos, portanto os efeitos encontrados são predominantemente relativos a mudanças estatisticamente significativas em escores relacionados a dimensões específicas. Divididos em categorias, os principais efeitos relacionados a depressão e ansiedade encontrados das intervenções com dança

foram<sup>25</sup>: redução/regulação de sintomas ou sinais psicológicos (depressão, ansiedade, estresse, medo de sair de casa, afetos negativos etc.); bem-estar (disposição, prazer, satisfação com a vida, relaxamento, vigor, empolgação etc.); aumento de medidas psicológicas positivas (*mindfulness*, afetos positivos, humor, autoestima); redução de sintomas físicos (insônia, dores) e regulação neuro-hormonal (concentração de serotonina e de dopamina).

Esses efeitos são, em parte, condizentes com os descritos na literatura sobre o tema, como explicitado anteriormente no subtópico “Benefícios” deste trabalho. Além disso, são efeitos relevantes levando-se em consideração os sintomas relacionados a ansiedade e depressão descritos no subtópico “Caracterização e contextualização da depressão e da ansiedade”, como, por exemplo, perda de interesse ou prazer, sentimento de culpa, tristeza, baixa autoestima, humor deprimido, baixa concentração, insônia, dor muscular e de cabeça, perda da habilidade de relaxar etc. (HETEM, 2004; PODEA; RATOI, 2011; APA, 2014; WHO, 2017a). Acrescenta-se, ainda, que na revisão sistemática de Strassel et al. (2011)<sup>26</sup>, que analisou estudos realizados com públicos variados, os principais efeitos encontrados foram melhor qualidade de vida, bem-estar, autoestima e benefícios psicológicos (não especificados). Na meta-análise de Koch et al. (2014)<sup>27</sup>, as autoras realizaram a análise dos efeitos encontrados tanto a partir de intervenções de DMT quanto de outras danças em públicos variados. Elas encontraram suporte empírico para melhoria no bem-estar, humor, qualidade de vida etc. e para redução de sintomas clínicos como ansiedade e depressão como efeitos das intervenções de DMT, enquanto dança foi especificamente efetiva em qualidade de vida e redução de depressão.

Encontrou-se dificuldade de relacionar as intervenções e estilos de dança com os efeitos encontrados, tendo em vista que a heterogeneidade dos instrumentos utilizados por cada estudo é a principal causa da grande variedade de efeitos encontrados, o que torna, portanto, difícil de afirmar com consistência que determinado efeito ocorreu associado especificamente à modalidade de prática de dança. No entanto, cabe apontar que apesar da diferença no número dos estudos que utilizaram DMT e dos que utilizaram outras práticas de dança, a dança do ventre e o tango ficaram equiparadas à DMT na quantidade de categorias de efeitos, isto é, as três foram as modalidades que obtiveram efeitos mais diversificados, levando em consideração as categorias adotadas neste trabalho, visto que os efeitos encontrados de cada uma dessas

---

<sup>25</sup> Aqui, as categorias são citadas em ordem decrescente em relação à quantidade de efeitos classificados em cada uma.

<sup>26</sup> Sete das oito revisões analisadas por esta revisão sistemática eram de baixa qualidade metodológica e a qualidade dos testes controlados randomizados variou de baixa a boa.

<sup>27</sup> Segundo as autoras, todos os estudos incluídos na meta-análise possuíam um grau satisfatório de qualidade metodológica.

modalidades foram classificados em quatro categorias [tango, dança do ventre e DMT tiveram em comum: 1) redução/regulação de sintomas ou sinais psicológicos, 2) redução de sintomas físicos e 3) aumento de medidas psicológicas positivas; a quarta categoria de DMT foi regulação neuro-hormonal, e de tango e dança do ventre foi bem-estar].

Em relação às dimensões ansiedade e depressão, Koch et al. (2011) consideraram como moderado o tamanho do efeito agrupado de intervenções de DMT e de dança na redução de depressão e também de ansiedade, no entanto advertiram que os resultados relacionados a ansiedade devem ser interpretados com cautela devido ao reduzido número de estudos incluídos na análise sobre esse quadro. Também no estudo aqui realizado o número de publicações sobre ansiedade foi bastante reduzido, dificultando uma análise mais acurada de possíveis diferenças nos resultados relacionados à ansiedade e à depressão. Todos os estudos analisados tinham pessoas com depressão na amostra e todos utilizaram algum instrumento que avaliava a depressão, dos quais apenas um não obteve resultado estatisticamente significativo de redução dos escores (HABOUSH et al., 2006). Por sua vez, apenas três estudos tinham em sua amostra pessoas com ansiedade, dos quais um não obteve redução estatisticamente significativa desse fator (PINNIGER et al., 2012), e dos sete estudos que utilizaram algum instrumento de mensuração deste aspecto, três não obtiveram redução estatisticamente significativa dos escores de ansiedade (HABOUSH et al., 2006; KOCH et al., 2007; PINNIGER et al., 2012). Mostra-se, portanto, não ser possível estabelecer se há diferença ou não nos resultados das intervenções a depender do quadro psiquiátrico (ansiedade ou depressão), um dos objetivos específicos deste trabalho, visto que o número de estudos com amostras de cada um desses quadros é substancialmente díspar.

Observa-se também que apenas quatro estudos (PINNIGER et al., 2012; PINNIGER et al., 2013; PYLVÄNÄINEN et al., 2015; LÓPEZ-RODRÍGUEZ et al., 2017) apresentaram o tamanho do efeito nos resultados. De acordo com Cohen (1988) o tamanho do efeito refere-se ao “grau em que o fenômeno está presente na população” (p. 10, tradução nossa) e quanto maior esse valor, maior é o grau em que o fenômeno em estudo é manifestado. Em termos práticos, o tamanho do efeito é uma medida que permite estabelecer a diferença real entre grupos (LOUREIRO; GAMEIRO, 2011) e no caso dos estudos aqui analisados, é uma medida importante para avaliar a diferença na população a partir da intervenção realizada. O tamanho do efeito das intervenções com dança nesses estudos citados variou de médio a grande (de 0,50 a 1,88) e se esse dado fosse evidenciado por um número maior de estudos poderia se fazer uma avaliação mais consistente das diferenças resultantes das intervenções com dança.

### 6.3 Quanto às limitações dos estudos

Com a finalidade de analisar as limitações dos estudos, serão utilizados como parâmetro alguns problemas metodológicos identificados por Meekums et al. (2015) em sua revisão sistemática, descrita no subtópico “Benefícios” deste trabalho. Um dos problemas metodológicos apontados foram descrição insuficiente a respeito dos métodos de randomização utilizados e diferenças entre grupos no pré-teste em relação às medidas de depressão. Apesar de neste trabalho não ter sido dada uma atenção específica a esses fatores, pode-se destacar que além de muitos dos estudos analisados não terem sido ensaios randomizados, já que esse não era um dos critérios de inclusão, a descrição detalhada do método de randomização naqueles que o utilizaram foi pouco frequente. Ainda que com menos regularidade, também foram encontradas, em alguns estudos, diferenças entre grupos no pré-teste em relação às medidas de depressão e outras características, como em Pylvänäinen et al. (2015), no qual os grupos tinham características bem diferentes entre si (número de participantes, grau e duração do quadro de depressão, outros diagnósticos e uso de medicamentos).

Amostras relativamente pequenas também foi mais um problema metodológico destacado por Meekums et al. (2015) e que, neste trabalho, também foi identificado pela maioria dos autores como uma limitação de seus estudos (Ver Apêndice C). Semelhante a esta, os autores dos estudos aqui analisados também apontaram limitações relacionadas à seleção da amostra, como ausência de cálculo amostral para determinar o número mínimo de participantes (HOYER et al., 2015) e seleção da amostra por conveniência (MURROCK; GRAOR, 2014). Quanto a esses pontos, Patino e Ferreira (2016) destacam a necessidade de que a amostra, especialmente em pesquisa clínica, seja representativa da população alvo. Para isso deve ter um número adequado de participantes, sendo suficientemente grande para que “a probabilidade de encontrar diferenças entre os grupos por mero acaso seja baixa e para que a probabilidade de se detectar diferenças verdadeiras e clinicamente significantes seja alta” (p. 162). Por esse motivo, acrescentam que é fundamental a realização de cálculo amostral na fase de planejamento da pesquisa. Além disso, para que a representatividade da amostra seja garantida, também é necessário que ela seja escolhida de forma aleatória (AMBIEL et al., 2011).

Ainda em relação às limitações na seleção da amostra, López-Rodríguez et al. (2017) relataram que o processo de seleção de participantes para dançaterapia pode ter influenciado a composição predominantemente de mulheres no estudo, tendo em vista que mulheres geralmente são mais interessadas em atividades de dança. Esse aspecto está incluído na limitação apontada por Pinniger et al. (2012), Pinniger et al. (2013) e Vankova et al. (2014) de dificuldade de generalização dos resultados pelo fato de a amostra ser composta

predominantemente por mulheres. Além da possível justificativa apontada por López-Rodríguez et al. (2017) de que geralmente são as mulheres que mais se interessam por atividades de dança, também cabe lembrar que a prevalência de depressão e ansiedade é maior em mulheres do que em homens (WHO, 2017a), portanto, é grande a probabilidade de a amostra de um estudo sobre depressão ou ansiedade ser composta predominantemente por mulheres.

Outra limitação apontada por alguns estudos (PINNIGER et al., 2012; PUNKANEN et al., 2014; PYLVÄNÄINEN et al., 2015; MELO et al., 2017) foi a ausência ou curto tempo de *follow-up*, recurso importante para se verificar se os efeitos obtidos a partir da intervenção se manterão em um prazo maior. Como observado na revisão sistemática de Cooney et al. (2013) sobre exercício físico para casos de depressão, dos oito estudos analisados que forneceram dados de *follow-up*, foi encontrado apenas um efeito pequeno em favor do exercício físico ao final do tempo de *follow-up*. Concluíram que esse dado sugere que quaisquer benefícios do exercício podem ser perdidos com o tempo ao final do tratamento e que, dessa forma, talvez seja preciso continuar com o exercício a longo prazo para se manter quaisquer benefícios iniciais. Em quatro estudos (JEONG et al., 2005; MURROCK; GRAOR, 2014; PUNKANEN et al., 2014; MELO et al., 2017) os autores também identificaram como limitação de sua pesquisa a ausência de grupo controle ou de grupo controle com um exercício equivalente. Em pesquisas experimentais o grupo controle permite que seja feita uma comparação das alterações encontradas a partir de determinada intervenção no grupo experimental (FONSECA, 2002), portanto, nos estudos analisados nessa revisão, seu uso colabora na confirmação dos efeitos encontrados como sendo resultantes especificamente da prática de dança e na mensuração do tamanho desses efeitos.

Além disso, apesar de a literatura sobre o tema relatar com muita frequência os benefícios da prática de dança para a interação social e relacionamentos interpessoais, observou-se problema com a avaliação desses aspectos nos estudos analisados e, portanto, os efeitos relacionados a eles foram praticamente inexistentes. Os únicos resultados ligeiramente relacionados à interação social foram: sugestão de alguns participantes da intervenção de Haboush et al. (2006) por aulas de dança em grupo, “apreciação da atividade e de seu aspecto social e desafiador” em Pinniger et al. (2013) e aumento nos escores de “estilo de relacionamento seguro” e “extroversão” em Punkanen et al. (2014). No entanto, esses resultados não foram suficientes para compor uma única categoria de efeitos neste trabalho, tendo sido incluídos em categorias distintas. Com exceção de Haboush et al. (2006), as demais intervenções foram realizadas em grupo e, portanto, poderia ser útil também avaliar quantitativa ou qualitativamente os benefícios relacionais da prática de dança realizada em grupo.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente trabalho foi realizada uma pesquisa bibliográfica de estudos empíricos no meio científico virtual nacional e internacional com o objetivo de identificar os efeitos de intervenções ou práticas de dança sobre padrões de depressão e ansiedade. A pesquisa foi iniciada com a hipótese de que existiriam poucos estudos sobre essa temática. Na realização da pesquisa a autora pôde constatar que o cenário de produção de conhecimentos sobre o uso terapêutico da dança, com diferentes públicos, é bastante amplo e diversificado no âmbito internacional (principalmente Estados Unidos, Europa e alguns países da Ásia), no entanto ainda existe carência desses estudos a nível nacional, bem como em toda a América Latina. Neste trabalho, a Psicologia apareceu como a principal área de publicação nessa temática específica, no entanto a ocorrência de pesquisas multidisciplinares foi exponencial, mostrando-se bastante promissora e com potencial de agregar saberes diversificados na construção de conhecimento a respeito desse tema.

Ainda que tenham sido identificados problemas metodológicos nos estudos, os efeitos encontrados a partir de intervenções com dança se mostraram significativos, principalmente em relação à redução do nível de depressão, visto que estudos que avaliaram esse quadro foram a grande maioria. Divididos em categorias, os efeitos encontrados foram relacionados a redução/regulação de sintomas ou sinais psicológicos, bem-estar, aumento de medidas psicológicas positivas, redução de sintomas físicos e regulação neuro-hormonal. A maioria dos resultados foram quantitativos e considera-se que a falta de verificação de efeitos relacionados à interação social foi uma relevante limitação nos estudos analisados.

Algumas limitações e dificuldades identificadas na realização deste trabalho, tendo em vista seus objetivos específicos, foi a heterogeneidade dos métodos e instrumentos utilizados nos estudos. Apesar de heterogeneidade ser um fator positivo para ocorrência de diversidade de resultados, esse fator dificultou o estabelecimento de relações consistentes entre os efeitos encontrados das intervenções com dança com cada um dos quadros psiquiátricos, bem como desses efeitos com as modalidades específicas de prática de dança. Além disso, houve também uma acentuada disparidade no número de estudos por modalidade de intervenção e por quadro psiquiátrico.

De acordo com Strassel et al. (2011), a dançaterapia pode ser benéfica para pessoas que tenham dificuldade com terapias verbais ou que tenham proximidade com a dança como forma de cuidado. Também pode ser considerada como uma terapia complementar potencialmente relevante para uma variedade de condições que não respondam bem a tratamentos médicos convencionais. Por isso, é importante que mais estudos empíricos sejam realizados, buscando

evidenciar a efetividade da dançaterapia como intervenção para diversas condições psicológicas, como depressão e ansiedade (KOCH et al., 2014). É preciso levar em consideração, ainda, a constatação de Cooney et al. (2013) de que os benefícios adquiridos através de exercícios físicos podem ser perdidos ao longo do tempo após o fim do tratamento e que, por esse motivo, seja necessário continuar com o exercício a longo prazo para se manter os benefícios adquiridos. Além disso, como apontado por Koch et al. (2014), alguns fatores, como imagem corporal, podem sofrer alterações apenas após longos períodos de tempo de prática de dança, dessa forma, estudos longitudinais com pessoas com prática regular de dança seriam de extrema relevância tanto para verificação da manutenção ou não dos benefícios inicialmente identificados, quanto do surgimento de novas modificações relacionadas a essa atividade.

Concorda-se com Koch et al. (2014) quando ressaltam que nessa área desafiadora de disparidade (e encontros) entre arte e ciência, mostra-se necessário fortalecer o desenvolvimento do uso terapêutico da dança (especialmente a DMT) como uma disciplina baseada em evidências e também através de métodos qualitativos, como fenomenológico e abordagens baseadas na experiência, incluindo abordagens não-tradicionais e criativas. Estas autoras consideram, pois, importante a realização de mais ensaios clínicos randomizados com grupos controle ativos e com uso de métodos de pesquisa que permitam comparabilidade de resultados. Elas sugerem também que, a fim de se obter uma visão mais holística e integrada dos efeitos no campo da dança e da DMT, sejam combinadas abordagens quantitativas e qualitativas dos dados.

Como sugestão para outras revisões, pode ser útil analisar estudos a partir de modalidades específicas de práticas de dança com público variado, dessa forma, seria possível se ter uma visão mais acurada dos efeitos encontrados a partir de tipos específicos de práticas de dança. Além da necessidade de se realizar revisões a respeito do uso da dança como prática terapêutica em outros quadros clínicos, também considera-se útil fazê-lo em relação a pessoas sem nenhum quadro clínico, a fim de avaliar os efeitos encontrados como elemento preventivo. Cabe destacar ainda que mesmo que a dançaterapia pareça ser um tipo de terapia sem muito custo financeiro, podendo ser realizada sem o uso de equipamentos especiais, estudos futuros podem avaliar a relação custo-efetividade, como sugerido por Strassel et al. (2011), inclusive com o intuito de embasar a implementação dessa prática em contextos mais amplos de cuidado em saúde.

Com os resultados deste trabalho, espera-se que sejam fomentados debates entre profissionais e estudantes de diferentes áreas em torno das possibilidades de cuidado e de

mudanças comportamentais a partir da dança e do movimento, incluindo também aspectos éticos necessários na atuação do profissional que se proponha a utilizar a dança/movimento com fins terapêuticos (por exemplo, formação continuada, atitudes de não-julgamento, respeito com o ritmo do outro etc.). Além disso, espera-se também que os aspectos sociais e inter-relacionais da depressão e da ansiedade sejam cada vez mais levados em consideração, favorecendo uma visão cada vez menos individualista e internalista desses quadros e incentivando a interação social nas intervenções realizadas, como práticas com uso de dança/movimento.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Carlos Drummond de. Os últimos dias. In: \_\_\_\_\_. **A rosa do povo**. 21. ed. Rio de Janeiro: Record, 2000. p. 186-190.
- AKANDERE, Mehibe; DEMIR, Banu. The effect of dance over depression. **Collegium Antropologicum**, v. 35, n. 3, p. 651–656, 2011.
- ALPERT, Patricia T. The health benefits of dance. **Home health care management & practice**, v. 23, n. 2, p. 155–157, 2011.
- AMBIEL, Rodolfo A. M.; ANDRADE, Josemberg M.; CARVALHO, Lucas de F.; CASSEPP-BORGES, Vicente. “E viveram felizes para sempre”: a longa (e necessária) relação entre psicologia e estatística. In: AMBIEL et al. (Org.). **Avaliação psicológica: guia de consulta para estudantes e profissionais de psicologia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 49-77.
- AMERICAN DANCE THERAPY ASSOCIATION. What is dance/movement therapy? 2016. Disponível em: <https://adta.org/faqs/>. Acesso em: 09 jan. 2018.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANDERSON, Ashley N.; KENNEDY, Heather; DeWITT, Peter; ANDERSON, Erin; WAMBOLDT, Marianne Z. Dance/movement therapy impacts mood states of adolescents in a psychiatric hospital. **The Arts in Psychotherapy**, v. 41, p. 257-262, 2014.
- ASSOCIATION FOR DANCE MOVEMENT PSYCHOTHERAPY UK. **Benefits of DMP**. 2013. Disponível em: <http://admp.org.uk/dance-movement-psychotherapy/benefits-of-dmp/>. Acesso em: 09 jan. 2018.
- BARTON, Emma J. Movement and mindfulness: a formative evaluation of a dance/movement and yoga therapy program with participants experiencing severe mental illness. **American Dance Therapy Association**, v. 33, p. 157-181, 2011.
- BOURCIER, Paul. **História da dança no Ocidente**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- BUTLER, Sheila; GEUTER, Ulfried; HELLER, Michel; STAVROULAKI, Eleni; BARBATO, Luisa; WEAVER, Judyth. **Common Ground in Body Psychotherapy: a dialogue and debate**. Athens: EABP Conference, 2016. Disponível em: <http://www.eabp.org/docs/CommonGroundBodyPsychotherapy.pdf>. Acesso em: 08/08/2018.
- BYRNE, Angela; BYRNE, Donald G. The effect of exercise on depression, anxiety and other mood states: a review. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 37, n. 6, p. 565-574, 1993.
- CÂNDIDO, Paula E. F.; MATTOS, Daniela J. da S. Bioenergética: fundamentos e técnicas corporais. **Lecturas: Educación Física y Deportes**. (Revista Digital). Buenos Aires, ano 14, n. 131, 2009.

CARDOSO, Raíla F. S. **Dança do ventre: uma alternativa no tratamento de mulheres com depressão** (Monografia de Graduação em Psicologia). Brasília: Universidade Católica de Brasília, 2016.

CASTILLO, Ana R. G. L.; RECONDO, Rogéria; ASBAHR, Fernando R.; MANFRO, Gisele G. Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, s. 2, p. 20-23, São Paulo, 2000.

CASTRO, Eliane Dias. Dança, corporeidade e saúde mental. In: ARCURI, Irene (Org.). **Arteterapia de Corpo & Alma**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 239-278 (Coleção Arteterapia).

CHIRON ASSOCIATION FOR BODY PSYCHOTHERAPISTS. **Some background about body psychotherapy**. Cambridge: c2010. Disponível em: <https://www.body-psychotherapy.org.uk/some-background-about-body-psychotherapy-full-version.html>. Acesso em: 10 ago. 2018.

COHEN, Jacob. **Statistical power analysis for the Behavioral Sciences**. 2. ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.

COONEY, Gary M.; DWAN, Kerry; GREIG, Carolyn A.; LAWLOR, Debbie A.; RIMER, Jane; WAUGH, Fiona R.; MCMURDO, Marion; MEAD, Gillian E. Exercise for depression (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, is. 9, n. CD004366, 2013.

CORREIA, Grace W. de B. Análise bioenergética para além das quatro paredes. **Revista Latino-Americana de Psicologia Corporal**, ano 1, n. 1, 2014.

COSTA, Maria de Nazaré Pereira da. Uma visão humanizada dos “transtornos” psiquiátricos. In: CARVALHO, Isalena S.; FERREIRA, Ricardo F. (Org.). **Processos de exclusão na sociedade contemporânea**. 1. ed. São Luís: EDUFMA, 2013. p. 101-118.

COUTINHO, Fernanda C.; DIAS, Gisele P.; BEVILAQUA, Mário C. N. História. In: NARDI, Antonio E.; QUEVEDO, João; SILVA, Antônio G. (Org.). **Transtorno de Pânico: Teoria e Clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 17-26.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DEL GOBO, Juliano; VOLPI, José Henrique. **A Psicologia Corporal no campo da Psicologia: percepções de profissionais e estudantes sobre abordagens corporais na Psicologia**. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.) CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, XXII, 2017. Anais. Curitiba: Centro Reichiano, 2017. Disponível em: [www.centroreichiano.com.br/artigos\\_anais\\_congressos.htm](http://www.centroreichiano.com.br/artigos_anais_congressos.htm). Acesso em: 08 ago. 2018.

DOYNE, Elizabeth J.; OSSIP-KLEIN, Deborah J.; BOWMAN, Eric D.; OSBORN, Kent M.; MCDOUGALL-WILSON, Ilona B.; NEIMEYER, Robert A. Running versus weight lifting in the treatment of depression. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 55, n. 5, p. 748-754, 1987.

EUROPEAN ASSOCIATION DANCE MOVEMENT THERAPY. **Ethical code**. 2010. Disponível em: <http://www.eadmt.com/?action=article&id=24>. Acesso em: 09 jan. 2018.

EUROPEAN ASSOCIATION DANCE MOVEMENT THERAPY. **What is dance movement therapy?** 2013. Disponível em: <http://www.eadmt.com/?action=article&id=22>. Acesso em: 09 jan. 2018.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR BODY PSYCHOTHERAPY. **Terms and language particular to Body Psychotherapy**. Amsterdam: c2009. Disponível em: <http://www.eabp.org/about-terms-and-language.php>. Acesso em: 08 ago. 2018.

FERNANDES, Ananda D. **A dança como forma de terapia em populações brasileiras: um estudo de revisão**. (Trabalho de Conclusão de Curso). Porto Alegre: UFRS, 2015.

FERREIRA, Darlene C.; TOURINHO, Emmanuel Z. Relações entre depressão e contingências culturais nas sociedades modernas: interpretação analítico-comportamental. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 13, n. 1, p. 20-36, 2011.

FIGUEIREDO, Maria S. L. Classificação. In: HETEM, Luiz A. B.; GRAEFF, Frederico G. (Ed.). **Transtornos de ansiedade**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 29-51.

FONSECA, João J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2002. Disponível em: [http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/lapnex/arquivos/files/Apostila\\_-\\_METODOLOGIA\\_DA\\_PESQUISA%281%29.pdf](http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/lapnex/arquivos/files/Apostila_-_METODOLOGIA_DA_PESQUISA%281%29.pdf). Acesso em: 08 dez. 2018.

GAO, Lei; ZHANG, Linlin; QI, Hua; PETRIDIS, Louyis. Middle-aged female depression in perimenopausal period and square dance intervention. **Psychiatria Danubina**, v. 28, n. 4, p. 372-378, 2016.

GARCIA, Ângela; HAAS, Aline N. **Ritmo e dança**. 2. Ed. Canoas: ULBRA, 2006.

GARCIA, Janaina L.; GLITZ, Nathalia B.; CESTARO, Paula; PAZ; Sibelius L.; DIAS, Tânia S.; BRAZ, Luciene. A influência da dança na qualidade de vida dos idosos. **Lecturas: Educación Física y Deportes**. Revista Digital. Buenos Aires, ano 14, n. 139, 2009. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd139/a-danca-na-qualidade-de-vida-dos-idosos.htm>. Acesso em: 09 jan. 2018.

GEUTER, Ulfried. The common ground in body psychotherapy. In: BUTLER; GEUTER; HELLER; STAVROULAKI; BARBATO; WEAVER. **Common ground in body psychotherapy: a dialogue and debate**. Athens: EABP Conference, 2016. Disponível em: <http://www.eabp.org/docs/CommonGroundBodyPsychotherapy.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2018.

GOOD, Glenn E.; RABINOWITZ, Fredric E. Alexander Lowen: an energetic man. **Journal of Counseling & Development**, v. 71, 1992.

GUERTZENSTEIN, Silvia. O corpo em arteterapia. In: ARCURI, Irene (Org.). **Arteterapia de Corpo & Alma**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. (Coleção Arteterapia).

HABOUSH, Amanda; FLOYD, Mark; CARON, Joshua; LASOTA, Mark; ALVAREZ, Krisann. Ballroom dance lessons for geriatric depression: an exploratory study. **The Arts in Psychotherapy**, v. 33, p. 89-97, 2006.

HELLER, Michael. **Presenting a short definition of body psychotherapy**. In: BUTLER; GEUTER; HELLER; STAVROULAKI; BARBATO; WEAVER. **Common ground in body psychotherapy: a dialogue and debate**. Athens: EABP Conference, 2016. Disponível em: <http://www.eabp.org/docs/CommonGroundBodyPsychotherapy.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2018.

HETEM, Luiz Alberto B. Diagnóstico diferencial. In: HETEM, Luiz A. B.; GRAEFF, Frederico G. (Ed.). **Transtornos de ansiedade**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 191-205.

HIDAKA, Brandon H. Depression as a disease of modernity: explanations for increasing prevalence. **Journal of Affective Disorders**, v. 140, p. 205-214, 2012.

HOYER, Bruna P. B.; TEODORO, Vanessa J. R.; BORGES, Sheila de M. A influência da dança do ventre nos sintomas depressivos em idosas da comunidade. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 277-288, 2015.

JEONG, Young-Ja; HONG, Sung-Chan; LEE, Myeong S.; PARK, Min-Cheol; KIM, Yong-Kyu; SUH, Chae-Moon. Dance Movement Therapy improves emotional responses and modulates neurohormones in adolescents with mild depression. **Internacional Journal of Neuroscience**, v. 115, p. 1711-1720, 2005.

KLEIN, Marjorie H.; GREIST, John H.; GURMAN, Alan S.; NEIMEYER, Robert A.; LESSER, Dean P.; BUSHNELL, Nancy J. A comparative outcome study of group psychotherapy vs. exercise treatments for depression. **International Journal of Mental Health**, v. 13, p. 148-177, 1985.

KOCH, Sabine; MORLINGHAUS, Katharina; FUCHS, Thomas. The joy dance: specific effects of a single dance intervention on psychiatric patients with depression. **The Arts in Psychotherapy**, v. 34, p. 340-349, 2007.

KOCH, Sabine; KUNZ, Teresa; LYKOU, Sissy; CRUZ, Robyn. Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes: A meta-analysis. **The Arts in Psychotherapy**, v. 41, p. 46-64, 2014.

LEE, Tsung-Chin. Trilogy of body imaginary: Dance/Movement Therapy for a psychiatric patient with depression. **The Arts in Psychotherapy**, n. 41, p. 400-408, 2014.

LEONARDI, Jan Luiz. **Prática baseada em evidências em psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica**. (Tese de Doutorado). São Paulo: USP, 2016.

LEVY, Francine J. **Dance/movement therapy: a healing art**. Reston: American Alliance for Health, Physical Education, Recreation & Dance, 1988.

LIBERATO, Mariana Tavares C. **Encontros entre dança, subjetivação e saúde mental**. (Dissertação de Mestrado). Natal: UFRN, 2007.

LIMA, Maristela Viana; GUIMARÃES, Samuel Macedo. Possibilidades terapêuticas do dançar. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.6, n.14, p.98-127, 2014.

LOPES, Maria Cristina. **A dança como terapia para sintomas de depressão**. 2018. Disponível em: <http://www.mariacristinalopes.com/a-dan-a-como-terapia-para-sintomas-de-depress-o---psicologia-da-dan-a.html>. Acesso em: 10 dez. 2018.

LÓPEZ-RODRÍGUEZ, María M.; BALDRICH-RODRÍGUEZ, Ingrid; RUIZ-MUELLE, Alicia; CORTÉS-RODRÍGUEZ, Alda E.; LOPEZOSA-ESTEPA, Teresa; ROMAN, Pablo. Effects of Biodanza on stress, depression, and sleep quality in university students. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v. 23, n. 7, p. 558–565, 2017.

LOUREIRO, Luís M. de J.; GAMEIRO, Manuel G. H. Interpretação crítica dos resultados estatísticos: para lá da significância estatística. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 3, 2011.

LOWEN, Alexander. **O corpo em terapia: a abordagem bioenergética**. 7. ed. São Paulo: Summus, 1977.

LOWEN, Alexander. **O corpo traído**. 5. ed. São Paulo: Summus, 1979.

LOWEN, Alexander. **Bioenergética**. Tradução Maria Sílvia Mourão Netto. 11. ed. São Paulo: Summus, 1982. (Coleção Novas buscas em psicoterapia, v. 15).

LOWEN, Alexander. **O corpo em depressão: as bases biológicas da fé e da realidade**. Tradução Maria Sílvia Mourão Netto. 3. ed. São Paulo: Summus, 1983. (Coleção Novas buscas em psicoterapia, v. 19).

LOWEN, Alexander. **Prazer: uma abordagem criativa da vida**. Tradução Ibanez de Carvalho Filho. 8. ed. São Paulo: Summus, 1984.

MALA, Andrea; KARKOU, Vicky; MEEKUMS, Bonnie. Dance/Movement Therapy (D/MT) for depression: a scoping review. **The Arts in Psychotherapy**, v. 39, p. 287–295, 2012.

MARICH, Jamie; HOWELL, Terra. Dancing mindfulness: a phenomenological investigation of the emerging practice. **Explore**, v. 11, n. 5, 2015.

MARTIN, Denise; CACOZZI, Aline; MACEDO, Thaise; ANDREOLI, Sergio B. Significado da busca de tratamento por mulheres com transtorno depressivo atendidas em serviço de saúde público. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, v.16, n.43, p.885-899, 2012.

MARTÍNEZ, Laura G. Las artes expresivas centradas en la persona: un sendero alternativo en la orientación y la educación: Entrevista a Natalie Rogers. **Revista Electrónica de Investigación Educativa**, v. 5, n. 2, 2003.

McCANN, Lisa; HOLMES, David S. Influence of aerobic exercise on depression. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 46, n. 5, p. 1142-1147, 1984.

MEEKUMS, Bonnie; KARKOU, Vicky; NELSON, Andrea. Dance movement therapy for depression (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, is. 2015, art. CD009895, 2015.

MELO, Cristina C.; COSTA, Varley T.; BOLETINI, Tatiana L.; FREITAS, Vinicius G.; COSTA, Israel T.; ARREGUY, Agnes V.; NOCE, Franco. A influência do tempo de prática de dança de salão nos níveis de depressão de idosos. **Revista de Psicología del Deporte**, v. 27, n. 1, p. 67-73, 2017.

MERRY, Tony. Counselling and creativity: an interview with Natalie Rogers. **British Journal of Guidance & Counselling**, v. 25, i. 2, p. 263-273, 1997.

MIKKELSEN, Kathleen; STOJANOVSKA, Lily; POLENAKOVIC, Momir; BOSEVSKI, Marijan; APOSTOLOPOULOS, Vasso. Exercise and mental health. **Maturitas**, v. 106, p. 48-56, 2017.

MOCHCOVITCH, Marina D.; CRIPPA, José A. de S.; NARDI, Antônio E. Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 67, n. 11, 2010.

MONTEIRO, Fabiana R. **Psicossomática e análise energética: um diálogo em expansão**. (Monografia de Especialização Clínica em Análise Bioenergética). Recife: Libertas Clínica Escola, 2007.

MURROCK, Carolyn J.; GRAOR, Christine H. Effects of dance on depression, physical function, and disability in underserved adults. **Journal of aging and physical activity**, v. 22, p. 380-385, 2014.

NEUMANN, Niriane. **Dançasaterapia: uma opção viável para as empresas em relação à qualidade de vida no trabalho?** (Trabalho de conclusão de curso). Porto Alegre: UFRS, 2005.

NICO, Yara; LEONARDI, Jan L.; ZEGGIO, Larissa. **A depressão como fenômeno cultural na sociedade pós-moderna - Parte 1: um ensaio analítico-comportamental dos nossos tempos**. São Paulo: e-book, 2015.

NÚCLEO DE PSICOTERAPIA REICHIANA. **Psicoterapia Reichiana**. Rio de Janeiro: c2017. Disponível em: <http://centroreichiano.com.br/psicologia-corporal-analise-reichiana/>. Acesso em: 07 ago. 2018.

O'HARA, Maureen. Natalie Rogers: artist, healer, activist. **Journal of Humanistic Psychology**, v. 56, n. 5, p. 561-566, 2016.

OSSONA, Paulina. **A educação pela dança**. 4. ed. São Paulo: Summus, 1988.

ÖST, Lars-Göran. Det empiriska stödet för KBT vid psykiska störningar. In: ÖST, Lars-Göran (Ed.). **KBT: Kognitiv Beteendeterapi Inom Psykiatrin**. Stockholm: Natur och Kultur, p. 263-276, 2006.

PATINO, Cecilia M.; FERREIRA, Juliana C. Qual a importância do cálculo do tamanho amostral? **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 42, n. 2, p. 162, 2016.

PAYNE, Helen. **Dance movement therapy: theory and practice**. New York: Routledge, 1992.

PINNIGER, Rosa; BROWN, Rhonda F.; THORSTEINSSON, Einar B.; MCKINLEY, Patricia. Argentine tango dance compared to mindfulness meditation and a waiting-list control: A randomised trial for treating depression. **Complementary Therapies in Medicine**, v. 20, p. 377-384, 2012.

PINNIGER, Rosa; THORSTEINSSON, Einar B.; BROWN Rhonda F.; MCKINLEY, Patricia. Tango dance can reduce distress and insomnia in people with self-referred affective symptoms. **American Journal of Dance Therapy**, v. 35, p. 60-77, 2013.

PODEA, Delia Marina; RATOI, Florina. Anxiety Disorders. In: SZIRMAI, Ágnes (Ed.). **Anxiety and Related Disorders**. London: IntechOpen, 2011. p. 3-34. Disponível em: <https://www.intechopen.com/books/anxiety-and-related-disorders>. Acesso em 28 ago. 2018.

PRINA, Federica C.; PADOVAN, Maurizio. **A dança no ensino obrigatório**. Tradução de Helena Coelho. Lisboa: Fundação Caloust Gulbenkian, 1995.

PUNKANEN, Marko; SAARIKALLIO, Suvi; LUCK, Geoff. Emotions in motion: short-term group form Dance/Movement Therapy in the treatment of depression: a pilot study. **The Arts in Psychotherapy**, v. 41, p. 493-497, 2014.

PYLVÄNÄINEN, Päivi M.; MUOTKA, Joonas S.; LAPPALAINEN, Raimo. A dance movement therapy group for depressed adult patients in a psychiatric outpatient clinic: effects of the treatment. **Frontiers in Psychology**, v. 6, article 980, p. 1-11, 2015.

REIS, Bruna Martins. **Corpo fronteira: clínica, dança, loucura – Uma experiência**. (Dissertação de Mestrado). Campinas: UniCamp, 2014.

REIS, Bruna Martins; LIBERMAN, Flávia; CARVALHO, Sérgio Resende. Das inquietações ao movimento: um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a clínica e uma dança. **Interface – Comunicação Saúde Educação**, p. 1-10, 2017.

ROGERS, Natalie. **A conexão criativa**. Trabalho apresentado no I Fórum Internacional da Abordagem Centrada na Pessoa, México, 1983.

ROGERS, Natalie. **The creative connection: expressive arts as healing**. Palo Alto: Science & Behavior Books, 1993.

RÖHRICHT, Frank; PAPADOPOULOS, Nina; PRIEBE, Stefan. An exploratory randomized controlled trial of body psychotherapy for patients with chronic depression. **Journal of Affective Disorders**, v. 151, p. 85-91, 2013.

ROT, Marije aan het; COLLINS, Katherine A.; FITTERLING, Heidi L. Physical exercise and depression. **Mount Sinai Journal of Medicine**, v. 76, p. 204-214, 2009.

ROTH, Anthony; FONAGY, Peter. **What works for whom? A critical review of psychotherapy research**. New York: Guilford Press, 1996.

SANTANA, Aurilene L. R. **A linguagem do corpo sob o olhar da respiração**. (Monografia de Especialização em Psicologia Clínica). Recife: Libertas Clínica-Escola, 2006.

SILVA, André L. P. O tratamento da ansiedade por intermédio da Acupuntura: um estudo de caso. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 30, n. 1, p. 200-211, 2010.

SOMMERS-FLANAGAN, John. The development and evolution of Person-Centered Expressive Art Therapy: a conversation with Natalie Rogers. **Journal of Counseling & Development**, v. 85, p. 120-125, 2007.

STRASSEL, Juliane K.; CHERKIN, Daniel C.; STEUTEN, Lotte; SHERMAN, Karen J.; VRIJHOE, Hubertus J. M. A systematic review of the evidence for the effectiveness of dance therapy. **Alternative Therapies**, v. 17, n. 3, 2011.

VANKOVA, Hana; HOLMEROVA, Iva; MACHACOVA, Katerina; VOLICER, Ladislav; VELETA, Petr; CELKO, Alexander M. The effect of dance on depressive symptoms in nursing home residents. **The Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine**, v. 15, p. 582-587, 2014.

VIANNA, Klauss. **A dança**. 6. Ed. São Paulo: Summus, 2005.

VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara. **Psicologia Corporal: um breve histórico**. Curitiba: Centro Reichiano, 2003. Disponível em: [www.centroreichiano.com.br](http://www.centroreichiano.com.br). Acesso em: 07 ago. 2018.

VOLPI, José Henrique. **Um panorama histórico de Wilhelm Reich**. Curitiba: Centro Reichiano, 2004. Disponível em: [www.centroreichiano.com.br](http://www.centroreichiano.com.br). Acesso em: 08 ago. 2018.

WEIGAND, Odila. **Grounding na Análise Bioenergética: uma proposta de atualização**. (Dissertação de Mestrado). São Paulo: PUC-SP, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. Geneva: WHO, 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression**. 2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>. Acesso em: 09 jan. 2018.

YOUNG, Courtenay. **What is body-psychotherapy? A European perspective**. Amsterdam: European Association for Body Psychotherapy, c2009. Disponível em: <http://www.eabp.org/docs/WhatIsBodyPsychotherapy.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2018.

ZAMIGNANI, Denis Roberto; BANACO, Roberto Alves. Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 7, n. 1, p. 77-92, 2005.

**APÊNDICES**

## APÊNDICE A – MODELO DE FICHAMENTO UTILIZADO

- TÍTULO DA PESQUISA:

REFERÊNCIA:

- País de intervenção:
- Número de participantes:
- Composição da amostra:
  - Média Idade:
  - Sexo:
  - Diagnóstico?
  - Uso de medicação?
- Instrumentos utilizados:
- Tipo de intervenção:
- Frequência e tempo de duração das sessões:
- Duração da intervenção:
- Momentos de verificação dos dados:
- A pesquisa apresentou grupo controle? S( ) N( )
  - Qual tipo de intervenção?
- Principais resultados:
- Conclusões:
- Limitações:
- Observações:

APÊNDICE B – TOTAL DE RESULTADOS DAS PESQUISAS NAS BASES DE DADOS

Bases de dados:			PubMed	Portal de Periódicos CAPES	Google Acadêmico
		Idiomas	Resultados		
Descritores	“dança” AND “terapia” AND “depressão”	Português	0	23	6.010
		Inglês	64	5.664	26.800
		Espanhol	0	30	4
	“dança” AND “terapia” AND “ansiedade”	Português	0	22	7.360
		Inglês	6	5.467	33.300
		Espanhol	0	34	7

## APÊNDICE C – LIMITAÇÕES DOS ESTUDOS APRESENTADAS PELOS AUTORES

Jeong et al. (2005)	Amostra pequena; Falta de grupo controle com um exercício equivalente.
Haboush et al. (2006)	Amostra pequena; Baixo poder estatístico.
Koch et al. (2007)	Curto tempo de intervenção; Tipicidade da intervenção; Possibilidade de influência involuntária das expectativas dos pesquisadores/terapeutas sobre os resultados;
Akandere; Demir (2011)	Nenhuma apresentada pelas autoras
Pinniger et al. (2012)	Amostra relativamente pequena; Dificuldade de generalização dos resultados (amostra com predomínio de mulheres de alta escolaridade); Falta de coleta de informações sobre diagnósticos clínicos ou medicação; Ausência de <i>follow-up</i> .
Pinniger et al. (2013)	Amostra relativamente pequena; Dificuldade de generalização dos resultados (amostra com predomínio de mulheres de alta escolaridade); Seleção de participantes a partir de sintomas afetivos autorreferidos, sem verificação de diagnósticos psicológicos.
Murrock; Graor (2014)	Amostra pequena e por conveniência; Sem grupo controle
Punkanen et al. (2014)	Amostra relativamente pequena (apesar de que, comparada com estudos anteriores, tinha tamanho mediano); Sem grupo controle; Ausência de <i>follow-up</i> .
Vankova et al. (2014)	Dificuldade de generalização dos resultados (prevalência de mulheres na amostra); Seleção não-aleatória das instituições participantes; Exclusão de pessoas com escore abaixo de 15 no MEEM da análise de dados.
Hoyer et al. (2015)	Amostra pequena; Ausência de cálculo amostral para determinar o número mínimo de participantes; Número reduzido de sessões.
Pylvänäinen et al. (2015)	Amostra pequena; Seleção não-aleatória dos participantes entre os grupos; Medidas exclusivamente auto avaliativas; Pouca avaliação dos movimentos corporais como efeitos da intervenção; <i>Follow-up</i> curto.
Cardoso (2016)	Amostra pequena
Gao et al. (2016)	Nenhuma apresentada pelos autores
López-Rodríguez et al. (2017)	Uso de questionário online e escalas de autorrelato; Expectativas de tratamento dos participantes do grupo de intervenção; Possibilidade de o recrutamento de participantes para dançaterapia ter influenciado a composição predominantemente de mulheres no estudo; Possibilidade de a maior tendência de uso anterior de dançaterapia pelos sujeitos no grupo de Biodança ter levado o tratamento a ter um maior impacto neste grupo.
Melo et al. (2017)	Não ser realizado de forma longitudinal; Realização de coleta de dados em apenas um grupo específico.