

Patrícia Portela Pereira

**A ARTE DA REABILITAÇÃO ATRAVÉS DA DANÇA NA
ASSISTÊNCIA DE PACIENTES COM DOENÇAS
NEUROLÓGICAS**

Monografia apresentada à Universidade
Federal de São Paulo – Escola Paulista
de Medicina, para a obtenção do título de
Especialista em Intervenções
Fisioterapêuticas em Doenças
Neuromusculares

São Paulo

2010

Patrícia Portela Pereira

**A ARTE DA REABILITAÇÃO ATRAVÉS DA DANÇA NA
ASSISTÊNCIA DE PACIENTES COM DOENÇAS
NEUROLÓGICAS**

Monografia apresentada à Universidade
Federal de São Paulo – Escola Paulista
de Medicina, para a obtenção do título de
Especialista em Intervenções
Fisioterapêuticas em Doenças
Neuromusculares

Orientador : Ft. Esp .Douglas Martins Braga

São Paulo

2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAUSTA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA/NEUROCIRURGIA

Chefe do Departamento : Prof . Dr. Acary Souza Bulle de Oliveira

Coordenadores do Curso de Especialização em Intervenção Fisioterapêutica em Doenças Neuromusculares: Prof . Dr. Acary Souza Bulle de Oliveira, Ms.Francis Meire Fávero, Sissy Veloso Fontes.

Patrícia Portela Pereira

**A ARTE DA REABILITAÇÃO ATRAVÉS DA DANÇA NA
ASSISTÊNCIA DE PACIENTES COM DOENÇAS
NEUROLÓGICAS**

Presidente da Banca:

Prof . Dr. _____

BANCA EXAMINADORA

Dedicatória

Dedico este estudo a todos que possam se beneficiar dele

Agradecimentos

Agradeço a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste estudo.

SUMÁRIO

Dedicatória -----	v
Agradecimentos -----	vi
Lista de tabelas -----	vii
Lista de abreviaturas e símbolos -----	viii
Resumo -----	ix
1 INTRODUÇÃO -----	1
2 OBJETIVOS -----	3
3 JUSTIFICATIVA -----	4
4 REVISÃO DA LITERATURA -----	5
4.1 Doenças Neurológicas -----	5
4.2 Principais métodos de Intervenção da Fisioterapia em Pacientes com Doenças Neurológicas -----	6
4.3 Dança -----	18
4.3.1 Conceito -----	18
4.3.2 Histórico -----	18
4.4 Reabilitação através da dança em pacientes neurológicos -----	27
5 MATERIAL E MÉTODO -----	38
6 RESULTADOS -----	39
7 DISCUSSÃO -----	49
8 CONCLUSÃO -----	52
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	53
Abstract	

Lista de tabelas

Tabela 1. Artigos que foram incluídos no trabalho de acordo com os critérios de inclusão e exclusão -----	39
--	----

Lista de abreviaturas e símbolos

APID – Associação Profissional Italiana de Dança movimento terapia

CREFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

DMT – Dança movimento terapia

EUROPC - European Paraolympic Committee

FNP – Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva

IPC - International Paraolympic Committee

ISOD - International Sports Organization For The Disabled

OMS – Organização Mundial da Saúde

WDSC - Internacional Wheelchair Dance Committee

RESUMO

Introdução : A dança ainda é pouco explorada na prática terapêutica especialmente quando se refere a pacientes com doenças neurológicas, apesar de estar sendo aplicada em diversos campos como: psiquiatria, oncologia, geriatria, ao tratamento da obesidade e de problemas posturais , além de crianças e adultos com déficit mental, dificuldades de aprendizagem e distúrbios emocionais.

O objetivo deste trabalho é identificar a contribuição da dança e caracterizar os seus benefícios psicológicos, motor e social na reabilitação de pacientes com doenças neurológicas em artigos científicos publicados de 1976 a 2009 .

Material e método : Este estudo trata-se de uma revisão narrativa analítica da literatura onde os manuscritos selecionados foram divididos em etapas : coleta, seleção e caracterização.

Resultados : Foram encontrados 38 artigos científicos, onde 23 foram excluídos pois não preencheram os critérios de inclusão e exclusão, de acordo com a metodologia empregada, sendo selecionados desta forma 15 artigos .

Conclusão : A dança desperta o lúdico e a motivação com grande potencial, que poderá ser utilizada como um recurso na reabilitação neuromotora, promovendo ganhos físicos, emocionais , psicológicos e desenvolvendo o aspecto social destes pacientes. Sugerimos como futuras pesquisas a necessidade da realização de ensaios clínicos futuros para que a sua aplicação seja ampliada , a partir de um embasamento científico.

1 INTRODUÇÃO

Centenas de milhões de pessoas em todo o mundo são afetadas por doenças neurológicas. Destes, 62 milhões de pessoas são afetadas por doenças cerebrovasculares, 50 milhões de pessoas apresentam epilepsia, 326 milhões de pessoas sofrem de enxaqueca, 24 milhões são afetadas pela doença de Alzheimer e outras demências ⁽¹⁾.

O sistema nervoso central (SNC) pode ser acometido direta ou indiretamente por várias doenças, sejam elas primárias intrínsecas do SNC, ou secundárias, doenças sistêmicas com comprometimento neurológico ⁽²⁾.

Em virtude deste acometimento surgem os sintomas neurológicos. Estes podem ser classificados em: motores (fraqueza muscular, movimentos involuntários, incoordenação), sensitivos (dores e parestesias), vertigem e perda da audição, comprometimento da visão, distúrbios do nível de consciência (síncope e coma) e das funções cognitivas (afasia, apraxia, agnosia, amnésia, delirium e demência) ⁽³⁾

Estes sintomas geram distúrbios neurológicos importantes, interferindo na capacidade de executar movimentos de forma adequada e/ou funcional ⁽⁴⁾.

As incapacidades geradas pelas doenças neurológicas são resultantes da interação da disfunção apresentada pelo indivíduo (seja orgânica e/ou da estrutura do corpo), a limitação de suas atividades e a restrição na participação social, e dos fatores ambientais que podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas atividades e da participação ⁽⁵⁾.

A reabilitação é um processo ativo pelo qual as pessoas afetadas por uma doença ou lesão conseguem uma recuperação total ou, se a recuperação total não for possível, exercem suas funções físicas, mentais e sociais estando integradas dentro de um ambiente adequado ⁽¹⁾.

Visa à reintegração dentro de um trabalho global, mantendo a tendência de primeiro tentar reduzir as limitações funcionais e, posteriormente, aumentar a reintegração social ou adaptação no ambiente ⁽⁶⁾.

Pacientes com seqüelas de doenças neurológicas necessitam de reabilitação por períodos prolongados, muitas vezes tornando-a cansativa e desmotivante ⁽⁶⁾.

Desenvolver programas de exercícios que incorporem os elementos-chaves de uma forma que seja agradável, atraente e deste modo promova uma motivação para a participação efetiva parece uma questão crítica. Dentro destas especificações a dança parece ser uma intervenção adequada ⁽⁷⁾.

Durante o processo de reabilitação de um indivíduo, muitas especialidades terapêuticas lançam mão de atividades artísticas como um meio reconhecidamente eficiente de se obter tratamento, seja ele físico e/ou emocional ⁽⁸⁾.

Desde a pré-história a dança tem sido uma das formas que as pessoas têm utilizado para enfrentar os efeitos do estresse e da doença ⁽⁹⁾.

A dança vem sendo aplicada em diversas patologias, em centros clínicos, psiquiátricos, a fim de que, com respostas coreográficas, seja possível exteriorizar habilidades funcionais e emocionais do indivíduo. Assim, está é uma modalidade lúdica e terapêutica que possibilita ao indivíduo o autoconhecimento e o restabelecimento físico, através de uma construção de uma consciência, ultrapassando seus próprios limites ⁽¹⁰⁾.

2 OBJETIVOS

Geral: Averiguar a contribuição da dança na reabilitação de pacientes com doenças neurológicas em artigos científicos publicados de 1976 a 2009.

Específico: Verificar os efeitos psicológicos, motores e sociais da dança nos pacientes com doenças neurológicas em artigos científicos publicados de 1976 a 2009.

3 JUSTIFICATIVA

O presente trabalho apresenta a dança como um recurso terapêutico, a fim de ser inserido num plano de tratamento fisioterapêutico para pacientes com doenças neurológicas.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Doenças neurológicas

A Neurologia é a especialidade da Medicina que estuda as doenças estruturais do Sistema Nervoso Central (composto pelo encéfalo e pela medula espinal) e do Sistema Nervoso Periférico (composto pelos nervos e músculos), bem como seus envoltórios (meninges) ⁽¹¹⁾.

Se considerarmos a enorme complexidade anatômica e funcional do Sistema Nervoso, entende-se que os sinais e sintomas que sugerem uma doença neurológica sejam variados e possam ocorrer de forma isolada ou combinada ⁽¹¹⁾.

Os sintomas e sinais neurológicos se dividem em: **alterações psíquicas** (distúrbios da consciência, do comportamento, da atenção, da memória, da organização do pensamento, da linguagem, da percepção e da organização de atos complexos, retardo do desenvolvimento neuropsicomotor e involução neuropsicomotora); **alterações motoras** (déficit de força muscular ou paralisias nos diferentes segmentos corporais, distúrbios da coordenação e do equilíbrio, movimentos involuntários, por ex. tremores, e outras); **alterações da sensibilidade** (anestésias, formigamentos, etc.); **alterações da função dos nervos do crânio e da face** (olfação, visão, movimentos dos olhos, audição, mastigação, gustação, deglutição, fala, movimentação da língua, do ombro e do pescoço); **manifestações endócrinas por comprometimento do hipotálamo ou hipófise**, que são as áreas do Sistema Nervoso que controlam as glândulas endócrinas (atraso de crescimento, puberdade precoce, diabetes insipidus, e outras); **alterações dependentes da função do sistema nervoso autônomo** (cardiovasculares, respiratórias, digestivas, da sudorese, do controle de esfíncter anal e vesical e outras); **manifestações devidas ao aumento da pressão intracraniana**, em decorrência do aumento de volume de um dos três componentes que ocupam a caixa craniana (tecido cerebral, vasos sanguíneos cerebrais ou líquido cefalorraquidiano), tais como dor de cabeça e vômitos; crises epiléticas, com ou sem convulsões motoras, com ou

sem alterações da consciência; manifestações de comprometimento das meninges, principalmente rigidez de nuca ⁽¹¹⁾.

As doenças neurológicas podem ter diferentes origens: genética ou hereditária e congênita, ou seja, dependente de um distúrbio do desenvolvimento embrionário ou fetal do Sistema Nervoso Central ou Periférico; adquirida, ou seja, ocorrendo, com maior ou menor influência do ambiente, ao longo dos diferentes períodos da vida, desde a fase neonatal até a velhice ⁽¹¹⁾.

Em diferentes combinações e gradações, os sinais e sintomas acima citados, compõem os principais grupos de doenças neurológicas:

- Doenças Vasculares: acidente vascular cerebral, popularmente conhecido como derrame.
- Doenças desmielinizantes: Esclerose múltipla e outras.

- Doenças infecciosas: meningites, encefalites.

- Tumores do Sistema Nervoso Central ou Periférico.

- Traumatismos cranianos (repercussão no cérebro) ou raquianos (repercutem sobre a medula espinal).

- Doenças inflamatórias: polirradiculoneurite, polimiosite;

- Alterações do desenvolvimento: deficiência mental, paralisia cerebral, déficit de atenção/hiperatividade, dislexia e outros.

- Doenças degenerativas, com ou sem hereditariedade definida, com ou sem distúrbio metabólico detectado: fenilcetonúria, distrofia muscular, Parkinson, Alzheimer, adrenoleucodistrofia e muitas outras ⁽¹¹⁾.

4.2 Principais métodos de Intervenção da Fisioterapia em Pacientes com Doenças Neurológicas

A fisioterapia é definida pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito) como uma área da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinesiológicos funcionais em órgãos e sistemas do corpo humano, gerado por alterações genéticas, traumas e/ou doenças adquiridas ⁽¹²⁾.

Entre as especialidades reconhecidas pelo Coffito está a Fisioterapia Neurofuncional, que tem como objetivo principal a recuperação funcional de pacientes com disfunções neurológicas, estimulando ao máximo suas capacidades e habilidades sensório-motoras para que mantenham ou alcancem sua independência funcional nos diversos âmbitos: nos cuidados pessoais, nas atividades profissionais, de lazer e sociais, dentro dos limites impostos pela doença ⁽¹²⁾.

Dentre os diversos procedimentos existentes, a cinesioterapia é considerada a intervenção principal para pacientes com doenças neuromotoras e compreende a terapia que utiliza exercícios e/ou atividades físicas. Esta é dividida em 5 recursos: Cinesioterapia (exercícios físicos terapêuticos realizados em solo), fisioterapia aquática (exercícios físicos terapêuticos realizados em piscina), mecanoterapia (exercícios físicos terapêuticos com a utilização de aparelhos ou equipamentos), equoterapia (exercícios físicos terapêuticos utilizando eqüinos) e cinesioterapia respiratória (exercícios físicos terapêuticos respiratórios com ou sem a utilização de aparelhos especiais) ⁽¹²⁾.

O recurso cinesioterapia pode, ainda, ser subdividido em duas modalidades terapêuticas: a clássica ou convencional e a não convencional, que utiliza como base teórica a prática de princípios neurofisiológicos, de aprendizado motor e biomecânicos. Cada uma das modalidades dos diversos recursos dos procedimentos cinesioterapêuticos é composta por inúmeras linhas terapêuticas ⁽¹²⁾.

Dentre as inúmeras linhas terapêuticas que merecem destaque estão:

- **A Técnica de Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva (FNP), Método Kabat ou PNF**

Foi desenvolvida por Dr. Herman Kabat, M.D., Pd., e Srta. Margareth Knott., B.S. no Instituto Kabat-Kaiser, entre 1946 e 1951 ⁽¹³⁾.

As técnicas de Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva (FNP) confiam, principalmente, na estimulação dos proprioceptores para aumentar a demanda feita ao mecanismo neuromuscular, para obter e simplificar suas respostas. O tratamento através destas técnicas é muito compreensível e envolve a aplicação dos princípios de Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva em todos os aspectos e em todas as fases de reabilitação ⁽¹³⁾.

A FNP é uma excelente técnica para treino de força muscular, pois é baseada na aplicação de resistência para facilitar a contração muscular. O FNP é funcional para pacientes com lesões do neurônio motor superior, mas também pode ser utilizado para iniciar contração muscular em casos de lesão periférica e fraqueza muscular de qualquer etiologia ⁽¹⁴⁾.

• **Princípios básicos**

Os procedimentos básicos da facilitação fornecem ao terapeuta as ferramentas necessárias para ajudar seus pacientes a atingir uma função motora eficiente. Estes podem ser usados no tratamento de pacientes com qualquer diagnóstico ou condição, porém algumas adaptações podem ser necessárias em determinadas situações ⁽¹³⁾.

Os procedimentos básicos são: resistência; irradiação e reforço; contato manual; posição corporal e biomecânica; comando verbal; visão; tração e aproximação; estiramento; sincronização de movimentos e os padrões de facilitação ⁽¹³⁾.

O objetivo das técnicas de FNP é promover o movimento funcional por meio da facilitação, da inibição, do fortalecimento e do relaxamento de grupos musculares. As técnicas utilizam contrações musculares concêntricas, excêntricas e estáticas, combinadas com resistência propriamente graduada e procedimentos facilitatórios adequados, todos ajustados para atingir as necessidades de cada paciente ⁽¹³⁾.

A resistência aplicada nas técnicas de FNP tem como função facilitar a habilidade do músculo em se contrair, aumentar o controle motor, ajudar o paciente a adquirir consciência dos movimentos e aumentar a força muscular.

A quantidade de resistência aplicada durante os padrões deve estar de acordo com as condições do paciente e com os objetivos do padrão ^(13,15).

Quando uma resistência é aplicada de forma correta, a mesma resulta em irradiação e reforço. Irradiação é definida como a deflagração da resposta ao estímulo. A resposta aumenta à medida que o estímulo aumenta em intensidade ou duração. Já o reforço é definido como aumento da força muscular adicionando um estímulo novo ^(13,15).

Através do contato manual, o terapeuta consegue estimular no paciente os receptores cutâneos e de pressão. Este contato deve indicar ao paciente a direção correta do movimento ^(13,15).

Uma pressão aplicada corretamente em um músculo incrementa a sua capacidade de contração. Quando o terapeuta aplicar uma pressão em oposição à direção do movimento, em qualquer ponto do membro, estimulará a musculatura sinérgica, reforçando assim a contração ^(13,15).

A posição corporal durante o padrão é de grande importância, pois o terapeuta consegue um controle mais efetivo do paciente quando está em alinhamento com o movimento desejado. Para um alinhamento apropriado, os ombros e os quadris do terapeuta devem estar voltados para a direção do movimento. Os braços e as mãos também se alinham com o movimento. A resistência advém do corpo do terapeuta, sendo que suas mãos e seus braços se mantêm relativamente relaxados ^(13,15).

O comando verbal indica ao paciente o que fazer, quando fazer e como fazer. As instruções preparatórias devem ser claras, sem utilizar palavras desnecessárias e devem ser combinadas com o movimento passivo, ensinando assim ao paciente o movimento a ser realizado. O reflexo de estiramento deve estar em sincronia com o comando, pois o comando inicial deve ocorrer imediatamente antes do reflexo. O comando é dividido em três partes: preparação, ação e correção ^(13,15).

A visão tem como função ajudar o paciente a controlar e corrigir sua posição e seu movimento, isto se dá pelo *feedback* fornecido pelo sistema sensorial da visão, podendo ainda promover uma contração muscular mais potente ^(13,15).

Quando a tração é utilizada, a mesma visa facilitar os movimentos, adicionar um alongamento ao tecido muscular e resistir a alguma parte do

movimento. Já a aproximação é utilizada para promover a estabilização, facilitar a contração dos músculos antigravitacionais e resistir ao movimento (13,15).

O estímulo de estiramento facilita a contração do músculo alongado, dos músculos da mesma articulação e dos outros músculos sinérgicos. O reflexo de estiramento é dado nos músculos sob tensão, tanto por alongamento quanto por contração (13,15).

Um movimento necessita de uma seqüência de atividades musculares suaves e o movimento coordenado depende de um sincronismo preciso desta seqüência. A sincronização é definida como a seqüência dos movimentos. Esta sincronização ocorre da parte distal para a proximal (13,15).

O movimento funcional normal é composto por padrões de movimento em massa dos membros e dos músculos sinérgicos do tronco. As combinações dos músculos sinérgicos formam os padrões de facilitação em FNP (13,15).

• **Técnicas específicas**

O objetivo principal das técnicas específicas de FNP é promover o movimento funcional das estruturas corporais através da facilitação, da inibição, do fortalecimento e do relaxamento de grupos musculares. Estas técnicas estão relacionadas a contrações musculares concêntricas, excêntricas e estáticas (13,15).

A iniciação rítmica é uma técnica específica que utiliza movimentos rítmicos iniciando por um movimento passivo e progredindo até um movimento ativo resistido. Esta técnica tem como objetivos principais facilitar a iniciação motora, melhorar a coordenação e a sensação do movimento, normalizar o ritmo do movimento, ajudar o paciente a relaxar e a ensinar o movimento. A técnica é iniciada com movimento passivo realizado pelo fisioterapeuta durante toda amplitude de movimento, seguindo para a participação ativa do paciente e finalmente aplicando resistência ao movimento (13,15).

A técnica inversão dinâmica é caracterizada pela alternância do movimento ativo de uma direção para a oposta sem interrupção ou relaxamento. Esta técnica tem como objetivos aumentar a amplitude de movimento, aumentar a força muscular, desenvolver coordenação e prevenir ou reduzir fadiga muscular. A técnica é iniciada com o fisioterapeuta resistindo

ao movimento do paciente em uma direção. Próximo ao final da amplitude de movimento o terapeuta inverte o contato manual distal. Ao final da amplitude ativa, o terapeuta dá o comando para inversão da direção, sem relaxamento, e resiste o novo movimento em sua parte distal. Após isso o fisioterapeuta inverte o contato proximal e aplica toda a resistência à nova direção (13 15,16).

A combinação de isotônicas é caracterizada por contrações concêntricas e excêntricas permanentes de um grupo muscular, objetivando aumentar o controle ativo do movimento, melhorar a coordenação, aumentar amplitude de movimento, força muscular e treinar o controle excêntrico funcional do movimento. Nesta técnica o terapeuta resiste ao movimento ativo do paciente, e ao final do mesmo, o terapeuta solicita ao paciente que mantenha a posição. Quando a estabilização é alcançada, o terapeuta pede ao paciente que permita que o membro seja movido para trás (13 15,16).

A técnica reversão de estabilizações se caracteriza por contrações isotônicas alternadas, com objetivo de aumentar a estabilidade, equilíbrio e força muscular. Na realização desta técnica, o terapeuta aplica resistência em uma direção, enquanto solicita ao paciente que se oponha a esta força. Quando a força máxima é alcançada, o terapeuta aplica resistência em outra direção (13 15,16).

Na técnica de estabilização rítmica o terapeuta aplica resistência para causar uma contração isométrica do grupo muscular agoniza. Esta contração é seguida imediatamente por uma contração isométrica do grupo muscular antagonista. Esta técnica visa aumentar força muscular, suprimento sanguíneo, estabilidade e equilíbrio (13 15,16).

As contrações repetidas no início da amplitude de movimento são caracterizadas por um reflexo de estiramento de alguns músculos sob tensão. Como objetivos desta técnica podemos citar aumento de amplitude de movimento ativo, força muscular e prevenção ou redução da fadiga. Nesta técnica, o terapeuta alonga completamente os músculos de um padrão e realiza um rápido e leve estiramento, com intuito de evocar uma resposta reflexa (13 15,16).

As contrações repetidas através da amplitude são realizadas de forma idêntica às do início da amplitude. Seus objetivos são os mesmos, porém, o movimento é realizado por toda amplitude e não apenas no início ^(13 15,16).

Na técnica contrair-relaxar o terapeuta move passivamente o membro do paciente até o final da sua amplitude passiva. E então, solicita que o paciente realize uma forte contração da musculatura antagonista. O movimento não é permitido e após um tempo de 5 segundos é pedido ao paciente para relaxar. Após isso o segmento corporal é reposicionado pelo terapeuta e iniciado novamente ^(13 15,16).

A técnica manter-relaxar é muito similar à técnica contrair-relaxar, exceto pelo fato de que o grupamento muscular antagonista é resistido suficientemente para causar uma contração isométrica ao invés de isotônica. Os objetivos desta técnica são aumentar a amplitude passiva de movimento e diminuir a dor ^(13 15,16).

- **Conceito Boba ou Neuroevolutivo**

A era pós-guerra trouxe uma crescente conscientização da necessidade da reabilitação, levando a um crescente interesse em todos os aspectos da reabilitação. Até o início de 1950, um grande número de abordagens de tratamento específico para o tratamento de alterações neurológicas surge, sendo que a maioria se baseava em conceitos Neurofisiológicos. O Conceito Bobath foi uma dessas abordagens com seus fundadores Berta Bobath uma fisioterapeuta, e seu marido, o Dr. Karel Bobath. Juntos, eles desenvolveram o Conceito Bobath para o tratamento de Crianças com Paralisia Cerebral e adultos com problemas neurológicos ⁽¹⁷⁾.

O conceito Bobath é toda a nova forma de observar, pensar e interpretar o que o paciente está fazendo, e ajustar em termos de técnicas a fim de ver e sentir o que é necessário para que eles alcancem o objetivo. Bobath não é um método ou técnica, não é limitado, e sim fluido, não era rígida, mas está em constante mudança. O conceito pode ser resumido da seguinte forma: É essencialmente uma forma de observar, analisar e interpretar o desempenho

da tarefa. Isto também inclui a avaliação do potencial do aluno, que foi desempenhado na tarefa ou nas atividades que poderiam ser realizadas pela pessoa com um pouco de ajuda e, portanto, possível para que a pessoa possa alcançar de forma independente, sempre que possível. Claro que o conceito também envolve a utilização de várias técnicas, e Bobath sempre defendeu que o terapeuta deve-"fazer o trabalho da melhor forma possível" ⁽¹⁷⁾.

Nos dias atuais, isso significa que a terapia é baseada em evidências quando estas estiverem disponíveis. Isso não significa que as estratégias da terapia devem ser descartadas, mas que elas requerem uma investigação e, uma explicação alternativa do seu efeito ⁽¹⁷⁾.

Os praticantes do conceito Bobath tem a capacidade de aprender com a experiência e adaptar os seus conceitos de acordo com a evolução das necessidades dos seus pacientes. Isso fez com que o Conceito Bobath desenvolvido, se enquadre numa abordagem de tratamento, o que é relevante, sendo hoje uma das abordagens mais amplamente utilizada na Neurologia ⁽¹⁷⁾.

- **Equoterapia**

A equoterapia é um método terapêutico de reabilitação motora e educacional que busca o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas portadoras de deficiência e/ou com necessidades especiais reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (Parecer 6/97). A equoterapia tem sido utilizada com êxito em pacientes portadores de síndromes neurológicas ⁽¹⁸⁾.

O cavalo atua como agente cinesioterapêutico, facilitador do processo ensino-aprendizagem e como agente de inserção ou reinserção social ⁽¹⁸⁾.

Na área de saúde, o praticante, ao interagir com o agente cinesioterapêutico (o cavalo), participa ativamente da sua reabilitação ⁽¹⁸⁾.

O cavalo possui três andaduras naturais: passo, trote e galope. Dentre essas, a mais utilizada na equoterapia é o passo, sua andadura natural que se caracteriza por ser ritmada, cadenciada e em quatro tempos, ou seja, ouvem-se quatro batidas distintas, nítidas e compassadas que correspondem ao pousar do

animal. É a andadura mais freqüente por conta da riqueza dos movimentos tridimensionais ⁽¹⁹⁾.

O movimento causado pelo passo se assemelha ao da marcha humana, pois o dorso do cavalo realiza um movimento tridimensional: para frente e para trás; para um lado e para outro; para cima e para baixo. Isso requer do praticante, reações de equilíbrio e de retificação postural para que possa se manter sobre ele. Esse movimento é transmitido ao cérebro do praticante pelas inúmeras terminações nervosas aferentes. O cérebro, por sua vez, manda informações ao corpo para que novos ajustes motores sejam realizados por meio do comportamento adaptativo, que é resultante também dos estímulos sensoriais da equoterapia ⁽¹⁹⁾.

São inúmeros os estímulos relacionados ao cavalo. Seu ambiente é natural, diferenciado da área urbana, constituído por picadeiro (piso em terra) e área exterior onde podem ser encontrados outros animais, plantas, árvores, baias, etc. Há uma riqueza de informações proprioceptivas e cinestésicas, sensações de posição do corpo e de movimento durante o contato físico entre o praticante (como é chamado o paciente da equoterapia) e o animal. Essas informações propiciam uma nova imagem do corpo do praticante e, quando associadas à abordagem dos terapeutas, segundo Lallery (1992), favorecem o desenvolvimento do eu ⁽¹⁹⁾.

O animal atua não apenas como um espelho, onde são projetadas as dificuldades, progressos e vitórias, mas também como um novo estímulo que propicia novas percepções e vivências, atribuição de novos significados. Por meio da relação com o cavalo, o indivíduo pode aprender a controlar suas emoções iniciais, como o medo, enfrentando o desafio de montá-lo e, sentada numa posição superior, direcioná-lo. Cavalgar um animal dócil, porém de porte avantajado, leva o praticante a experimentar sentimentos de liberdade, independência e capacidade: sentimentos esses importantes para a aquisição da autoconfiança, realização e auto-estima ⁽¹⁹⁾.

Em equoterapia, existem 4 modalidades fundamentais, que são:

- **Hipoterapia:** O cavalo se torna um instrumento dotado de ritmo, oscilação e corpo.

- **Reeducação eqüestre:** Para fins pedagógicos, tendo o praticante um mínimo de autonomia para conduzir o cavalo;

- **Pré-esporte:** O trabalho é realizado em grupo (é uma realidade social);

- **Esporte :** O que resulta em socialização, organização espacial mais elaborada, regulando a agressividade e melhorando a estrutura da personalidade ⁽²⁰⁾.

- **Fisioterapia Aquática**

A fisioterapia aquática pode ser dividida nas modalidades Clássica ou convencional e Não clássica. Dentro da Fisioterapia Clássica destaca-se a Hidrocinesioterapia ⁽²¹⁾.

A palavra hidrocinesioterapia deriva das palavras gregas hydor (água), cynesio (exercício) e therapeia (cura), é a terapia de exercícios dentro da água, isto é, que utiliza os princípios físicos da água. Não podemos esquecer que a hidroterapia é a um recurso fisioterapêutico que utiliza os efeitos físicos, fisiológicos e cinesiológicos, advindos da imersão do corpo em piscina aquecida, como recurso auxiliar da reabilitação, ou na prevenção de alterações funcionais ⁽²²⁾.

Dentro dos princípios físicos da água que fundamentam a hidroterapia e a hidrocinesioterapia estão: a flutuação e a viscosidade. A flutuação é a força experimentada como empuxo para cima, que atua em sentido oposto à força da gravidade; a viscosidade é o resultado do atrito entre as moléculas de um líquido devido à força de adesão e coesão. A flutuação e a viscosidade sozinhas ou combinadas possibilitam o uso da água como facilitador, resistência ou suporte para o movimento corporal ou de determinado

segmento, dependendo da postura do paciente, ou seja, esta diretamente relacionada à posição do corpo na água (decúbito) ⁽²²⁾.

Os exercícios assistidos ou facilitados pela flutuação são aqueles em que determinada parte do corpo está se movendo para cima, em direção à superfície da água. Esses exercícios promovem amplitudes articulares precoces passivas e sem dor. Podem ser utilizados quando ocorrer fraqueza muscular excessiva a ponto de não conseguir deixar o membro na superfície da água para exercícios ativos assistidos. O uso de flutuadores neste tipo de movimento aumenta a força de tração sobre os tecidos moles ⁽²²⁾.

A água oferece resistência em qualquer direção do movimento quando a velocidade do exercício for maior do que a velocidade crítica da água, efeito este causado pela viscosidade. A graduação da resistência da água às atividades motoras se faz pela velocidade de movimento, profundidade da água, braço de alavanca, área frontal do objeto, mudança de direção dos movimentos e densidade (uso de flutuadores) Os flutuadores exigem que o paciente exerça uma força e controle motor para impulsionar e/ou frear o membro através da água ⁽²²⁾.

A água oferecerá suporte a um segmento corporal quando não ocorrer contração muscular do membro utilizado no momento em que a força da flutuação se equivale à força da gravidade, fazendo com que o membro ou corpo fique na superfície da água. É um empuxo de baixo para cima que atua na direção oposta à da gravidade O suporte ao paciente será maior com o uso de flutuadores, proporcional ao tamanho, tipo e posição do flutuador utilizado ⁽²²⁾.

O uso de equipamentos aquáticos de flutuação em imersão pode potencializar o uso da água nestas três situações: facilitador, resistência e suporte e também, pode alterar a posição natural de flutuação. Isso é importante para alterar posturas das atividades motoras nestes três objetivos fisioterapêuticos. O tipo de lesão e o grau de deficiência determinam os tipos de exercícios e os equipamentos aquáticos a serem utilizados ⁽²²⁾.

Os equipamentos aquáticos da hidrocinesioterapia podem ser usados nos membros superiores, inferiores e tronco. São materiais menos densos que a água, pois possuem grande volume de ar e pequeno peso. Quanto mais leve for o objeto com relação ao seu volume, mais flutuante ele será. A matéria

prima dos equipamentos aquáticos da hidrocinesioterapia é: borracha, plástico e espuma de acetato-vinil-etileno .A indicação da quantidade e tipo de equipamentos aquáticos a serem utilizados na hidrocinesioterapia deve servir aos propósitos ou objetivos do exercício, portanto, é muito importante considerar os princípios da hidrodinâmica quando se vai modificar um exercício para determinada meta ⁽²²⁾.

A hidrocinesioterapia, por ser realizada em um ambiente que possibilita uso de muitos equipamentos aquáticos lúdicos e possibilitar a realização de exercícios tridimensionais, permite uma enorme variedade de opções de exercícios para o mesmo objetivo terapêutico ⁽²²⁾.

A **Fisioterapia Não Clássica** é composta pelos métodos. Dentre eles merecem destaque:

- Método Ai chi:

O método Ai chi foi criado a partir da combinação dos conceitos do Tai-chi e do Qigong, juntamente com as técnicas de Shiatsu e Watsu. É uma modalidade terapêutica individual realizada dentro da água (na altura dos ombros), utilizando a combinação de respiração profunda com movimentos leves e amplos dos membros superiores, inferiores e tronco. É o total alongamento e relaxamento progressivo do corpo, integrando mente, corpo, e a energia espiritual ⁽²³⁾.

A progressão dos movimentos do Ai Chi desenrola-se desde uma respiração simples, para a incorporação de movimentos da extremidade superior, para a incorporação de movimentos do tronco, depois incorporação de movimentos de extremidade inferior e finalmente, para o envolvimento total do corpo ⁽²³⁾.

- Watsu

Watsu, ou Água-shiatsu, foi criado por Harold Dull em 1908. Ele adotou técnicas de flutuação, em uma piscina com água morna, por movimentos de extensão do Zen Shiatsu. Watsu foi criado, inicialmente, como uma forma de massagem, tendo sido aplicado para pacientes portadores de variadas enfermidades, incluindo-se aqueles com desordens neuromusculares ⁽²³⁾.

- Método Halliwick

O método Halliwick foi criado por James McMillan em 1949, na Escola Halliwick para Meninas, em Southgate, na Inglaterra. O método foi baseado em princípios conhecidos de hidrostática, hidrodinâmica e mecânica dos corpos. Ele é realizado em grupos, sendo aplicado sob uma forma individualizada: um terapeuta para cada paciente, até o momento em que a independência completa seja atingida. A filosofia do método visa ensinar a “felicidade de estar na água”. Os terapeutas auxiliam os pacientes, sem utilizarem flutuadores; tratam os alunos pelo primeiro nome, dando ênfase na habilidade e não na deficiência. As atividades são ensinadas como jogos e os pacientes encorajam uns aos outros, trabalhando em grupo ⁽²³⁾.

- Método Bad Ragaz

O método Bad Ragaz, também conhecido como “método dos anéis”, foi inicialmente desenvolvido na cidade de Bad Ragaz, na Suíça, entre 1950 e 1960. São características do método, o uso das propriedades da água, como turbulência e hidrodinâmica (posição de menor resistência); a flutuação com suporte; o restabelecimento dos movimentos anatômicos, biomecânicos e fisiológicos das articulações e músculos em padrões funcionais e a aplicação individualizada, utilizando bóia ou flutuador cervical, flutuador circular grande para o quadril e vários flutuadores circulares pequenos. Os objetivos procurados são os de aumentar a amplitude do movimento articular, aumentar a mobilidade dos tecidos nervosos e miofascial, melhorar a função muscular e preparar os membros inferiores para descarga de peso, restaurar o padrão normal de movimento dos membros superiores e dos membros inferiores. As

principais indicações são para os problemas ortopédicos e os reumatológicos (pré e pós-operatório, após fratura, artrite reumatóide, osteoartrite, espondilite anquilosante), para pacientes com cirurgia torácica, cardíaca e cirurgia de mama, e para condições neurológicas (paraplegia, hemiplegia e doença de Parkinson) ⁽²³⁾.

4.3 A DANÇA

4.3.1 Conceito

A dança é a forma sinestésica que expressa e objetiva as emoções e experiências humanas através de seqüências ordenadas de movimentos rítmicos padronizados ⁽²⁴⁾.

4.3.2 Histórico

A abordagem histórica da dança evidencia que ela é uma das mais antigas formas de manifestação do ser humano. A dança mostrava-se intimamente relacionada aos rituais religiosos, significando uma de relação do homem com o mundo mágico e o sagrado. As mulheres dançavam para ter fertilidade, para comemorar os nascimentos, para manifestar seus sentimentos fúnebres, para ter boa plantação e colheita. Já os homens dançavam para a caça guerreira e para os espíritos ⁽²⁵⁾.

Nas civilizações da Antiguidade, a dança continuou a fazer parte das cerimônias religiosas do antigo Egito. Nessa época, o calendário anual das comemorações festivas dependia dos altos e baixos das águas do Rio Nilo ⁽²⁵⁾.

Também na Grécia, estes rituais religiosos se repetiam. Dançavam-se para deuses como Apolo, Afrodite, Atena e outros. Mas é na celebração ao Deus Dionísio que se verificaram as marcas da dança grega da época. O culto a Dionísio passou por dois momentos: No primeiro momento (séc. VI e VI

a.C.), a dança dionisíaca tinha como objetivo possibilitar aos seus praticantes a obtenção de um estado de êxtase, na busca da identificação com o próprio deus, somente as mulheres conhecidas como "mênades, participavam deste ritual (25).

Num segundo momento, a dança perdeu o seu caráter de êxtase e passou a ter um caráter dramático, ou seja, o culto passou a ser celebrado por aproximadamente cinquenta homens que, sob ordem de um chefe, executavam cantos e danças onde eram ressaltados episódios (supostos) da vida do deus. Estas apresentações criaram um caráter de competição entre os dançarinos (25).

Com isto, a dança dionisíaca sofreu modificações: pois passou de culto a um deus para se transformar em um espetáculo teatral. Conseqüentemente, passou a ser elaborada por um autor que estabelecia alguns movimentos a ser previamente realizados. Os registros da dança grega, através de figuras representadas em vasos, gravuras e esculturas, vislumbra alguns passos de dança, mas não é suficiente para resgatar o que teria sido a sua técnica. Fornecem apenas uma visão limitada do que na verdade foi o significado da dança nesta cultura (25).

Até então, os registros das danças mostram que as mesmas eram oriundas dos rituais mágicos dos etruscos e das influências grega e egípcia, afora os cortejos dançantes das comemorações religiosas que, eram cheios de excessos etílicos e sexuais. Poucas foram adaptadas pelos nobres feudais, sendo executada em recintos fechados com padrões sofisticados (25).

- **A dança na Idade Média**

Com o predomínio do cristianismo perante as civilizações no séc. IV, a dança foi banida e o corpo foi visto com desprezo durante séculos. Nesta época, o importante no homem não era seu corpo. Da carne vinha todo o mal e esta devia

então ser punida, ignorada e mortificada, porque somente a alma justificava a existência humana ⁽²⁵⁾.

Esta situação foi reforçada com a decadência do Império Romano. A autoridade eclesiástica se sobrepôs ao poder civil, interferindo em todos os setores da vida pública, inclusive no controle das *artes*. Durante um longo tempo, a dança foi exaustivamente condenada pela igreja através dos seus padres. Santo Agostinho a proclamou como a "loucura lasciva", e a classificou como "negócio do diabo". Acreditava-se que através da dança o corpo era exaltado ⁽²⁵⁾.

Diante do predomínio desta filosofia, a dança foi proibida pela igreja, perdendo seu caráter religioso. Mas, apesar da dança ter sido reprovada pela igreja, ela sobreviveu através das festas camponesas, onde se dançava em comemoração à sementeira e à colheita, estabelecendo-se como atividade lúdica. Outro episódio relevante, que favoreceu a propagação e o desenvolvimento da dança lúdica, ocorreu nos séculos X e XII. A Europa foi tomada por uma peste negra, espalhando-se um pavor catártico entre todos os povos. E para amenizar este problema, surgiu, entre as manifestações populares, a "dançomanie", que era como uma dança macabra (da morte contra a morte) ⁽²⁵⁾.

A dança macabra se espalhou por diversos países sendo que na Alemanha e nos Países Baixos ela teve o nome de dança de São Vito. Na Itália, a dança macabra foi chamada de Tarântula ²¹. Acreditava-se que dançando vigorosamente o veneno seria eliminado do corpo, através da transpiração ⁽²⁵⁾.

Estes fatos acarretaram conseqüências significativas para o desenvolvimento da dança ocidental. Não existindo mais enquanto atividade religiosa, a dança sobreviveu como atividade lúdica, como atividade de prazer e divertimento para os não cristãos. E foi a partir deste fato que a dança evoluiu até se tornar atividade artística ⁽²⁵⁾.

Na segunda metade da Idade Média, os grupos sociais foram se transformando, com o surgimento das cidades. O crescimento destas acarretou modificações na forma como a dança era praticada ⁽²⁵⁾.

A partir deste momento a dança passou a fazer parte da educação, sendo considerada importante para o aprendizado de boas *maneiras*. Surgiam aqui os mestres de dança, que acompanhavam seus nobres ⁽²⁵⁾.

- **A dança na Idade Moderna**

Com o Renascimento os valores se alteram e a importância do corpo vai ser novamente ressaltada. O desenvolvimento econômico das cidades italianas trouxe como consequência o desenvolvimento de uma vida luxuosa nas cortes. Com isto, a dança volta a ter grande relevância entre os povos. Desta vez, porém, com o objetivo de divertimento da aristocracia nos cerimônias das cortes, já não tão submissas a interferências religiosas ⁽²⁵⁾.

Os mestres da dança foram reconhecidos pela corte italiana adquirindo prestígio junto aos nobres. Nesta época, muitos mestres redigiram tratados sobre a dança, criaram repertórios de movimentos compostos basicamente por passos e posições fundamentais, e estabeleceram regras para a combinação destes movimentos ⁽²⁵⁾.

A partir da criação de repertórios para a dança, fica estabelecida uma distinção entre a dança popular e a dança aristocrática, sendo que a dança aristocrática seria constituída a partir de variantes em torno de uma fábula ou enredo, denominando-se de "balletto" ⁽²⁵⁾.

Muitos estudos sobre a dança foram realizados a partir desta época. É importante ressaltar o tratado de dança escrito em 1455, pelo dançarino Antônio Comanzo: *A arte de dançar*. Os séculos XV e XVI marcaram a passagem da dança espontânea/popular, para uma dança com posturas estudadas e movimentos codificados. E surge então o que veio a ser chamado de balé clássico ⁽²⁵⁾.

A partir desta passagem, a dança passou a ter como concepção "uma combinação geométrica de várias pessoas dançando juntas". O mestre de dança Cesarí Negríni escreveu o manual "Novas invenções do balé" onde se codificou a técnica de dança. Tempos depois este manual foi publicado em francês com o nome de *Tratado elementar de dança*, e apresentava, como

sendo objetivo da dança, alcançar a perfeição técnica e o equilíbrio. Este manual se tomou fundamental para o entendimento e o conhecimento das danças européias no século XVI ⁽²⁵⁾.

Muitos nobres se interessaram por esta atividade, possibilitando a expansão da dança por diversos países. As apresentações dos primeiros bailados em festas duravam de horas a dias, a praça de São Marcos constantemente servia de palco. Veneza se orgulhava de oferecer os mais suntuosos balés da época ⁽²⁵⁾.

Esse novo tipo de espetáculo foi levado para a França em 1581, para ser apresentado à corte do Rei Henrique 11. E foi a rainha Catarina de Médice quem implantou os costumes italianos em Paris, organizando diversas festas com apresentações de bales, 27 caracterizando a dança como atividade artística ⁽²⁵⁾.

Estes balés continuaram a ser incentivados na França através do Rei Luís XIII, (1610-1643), porém o rosto dos intérpretes era coberto por máscaras e, em nome do "decoro", a presença das mulheres era banida das danças. Com a ausência das mulheres, os homens se travestiram. Nesta época o balé tinha caráter melodramático ⁽²⁵⁾.

- **A dança na Idade Contemporânea**

Já no início do século XIX, a sociedade francesa sofreu grandes modificações após a revolução, dando origem a outras formas de concepções artísticas. Neste contexto, surge o Balé Romântico, como que na busca de um sonho, as bailarinas buscarão nesse momento sair do chão, utilizando as sapatilhas de pontas ⁽²⁵⁾.

Maria Taglione. aos 13 anos de idade, dançou pela primeira vez com sapatilhas de ponta usando, também pela primeira vez, os tutus ⁽²⁵⁾.

O balé clássico, que teve como berço a França e a Itália, propagou-se por toda a Europa. Mas foi na Rússia, a partir de 1900, que encontrou o seu apogeu, através do bailarino francês Marius Petipa. Enquanto na França, os bailarinos se preocupavam com a beleza dos movimentos, as escolas russas preocupavam-se com autonomia, técnica e estilo, dando mais velocidade e eficácia de execução dos movimentos ⁽²⁵⁾.

A Rússia se tomou um grande centro de danças clássicas, devido à dedicação total, concentração absoluta, obediência e noção de conjunto, estabelecidos para os dançarinos pelos mestres da dança ⁽²⁵⁾.

A partir de 1909, com a Companhia de Diaghilew a Rússia tomou-se uma das mais conhecidas e reconhecidas escolas de dança do mundo, divulgando e propagando o balé clássico, tendo como característica marcante a disciplina acadêmica e seus grandes bailados, como, por exemplo, *A bela adormecida* criada em 1921, e *A morte do cisne*, idealizado para a bailarina Anna Pawtowa ⁽²⁵⁾.

Anos depois, muitos dançarinos protestaram contra a técnica do balé clássico. Eles o interpretavam como um encadeamento de movimentos estabelecidos que restringia ao homem sua liberdade de expressão, porque obedeciam a uma ordem já predeterminada. Os artistas e dançarinos, clamando por mudanças, buscavam em seus espetáculos uma forma de movimento que tivesse mais vida, mais liberdade. Mas não rejeitavam totalmente a tradição clássica do balé ⁽²⁵⁾.

O surgimento da dança moderna

Laban foi o primeiro coreógrafo que ignorou a técnica do clássico. Ele questionava os limites da linguagem, delimitados pelo balé clássico. E criou o estilo expressionista alemão para a dança moderna. Na busca da liberdade corporal, ele estudou as bases de uma nova dança, que teve continuidade por diversos outros bailarinos importantes da época, como por exemplo, Mary Wigman e Maurício Bejart ⁽²⁵⁾.

Enquanto isto, do outro lado do mundo, nos EUA, que se encontravam em plena ascensão industrial, ocorreu um grande apoio às artes, principalmente no cinema.

As novas escolas de dança passaram a buscar uma linguagem que expressasse os sentimentos deste novo século, pois a linguagem utilizada no balé clássico até aquele momento tinha sido codificada tendo como referencial os postulados estéticos do Renascimento. Então, a partir de questionamento e

de contestações, a dança moderna foi intensificada nos EUA e na Alemanha⁽²⁵⁾.

Devido à necessidade de uma nova linguagem, a dança moderna, se caracteriza pela necessidade de liberdade de expressão e pelo surgimento de um novo homem, determinado pelos horrores da Primeira Guerra, das transformações econômicas, sociais, políticas e filosóficas. Nesta época, influenciado pela arte moderna que se instalavam nos EUA, duas dançarinas fundaram uma escola de dança com esta nova concepção de mundo. “Isadora Duncan” e Ruth ST Denis⁽²⁵⁾.

Ambas questionavam a arte e como a faziam em suas vidas. A partir deste questionamento elas romperam com a tradição clássica. Isadora Duncan recusou os ensinamentos da dança clássica, abandonou as sapatilhas, e buscou livrar o corpo de qualquer repressão. Os seus movimentos foram inspirados nos movimentos das ondas e do vento, e nas frisas da Grécia antiga⁽²⁵⁾.

Em 1917, os EUA decidiram tomar partido na I Guerra Mundial. Neste período, as escolas de dança foram fechadas e os bailarinos se dedicaram a cuidar das vítimas da guerra. Um ano depois, as escolas retomaram e duas bailarinas se destacaram: Martha Graham e Doris Humphrey⁽²⁵⁾.

Durante alguns anos Martha Graham desenvolveu sua própria técnica, inspirada na combinação da técnica do balé clássico com o balé romântico, onde ela refinou os movimentos de maneira que se pudesse mostrar sentimentos, através de imagens produzidas no dia-a-dia dos dançarinos. Nos seus estudos, ela explorou o estado de emoção dos indivíduos, projetados a partir de imagens construídas pelo corpo. Este processo foi utilizado não somente para motivar o movimento, mas para investigar, manipular e sintetizá-lo, criando assim uma técnica individual, onde o corpo é o instrumento de expressão do bailarino⁽²⁵⁾.

Nos anos 30, danças, como o sapateado e o jazz invadiram os clubes noturnos. Nesta época, muitas escolas, fundações e teatros foram abertos. A dança moderna e a dança expressionista alemã estavam no auge. Ambas rejeitavam tudo o que já existia e buscavam sua própria identidade. Nova York tornou-se então a capital da dança⁽²⁵⁾.

Com a ascensão da dança moderna, foi criada uma nova gramática de movimentos, com uma sintaxe diferente daquela do balé clássico. Neste período, a dança moderna estava imbuída de idealismo social e da crença em uma nova forma de vida. É importante ressaltar, porém que nesta época só mulheres participavam da dança moderna ⁽²⁵⁾.

Martha Graham dançava protestando contra o desemprego, as diferenças sociais e as tragédias da guerra. Doris Humphrey também montou uma companhia de dança em Nova York, e seus trabalhos também foram inspirados no idealismo social da época ⁽²⁵⁾.

Enquanto isto, a dança moderna também já tinha uma posição mais importante do que a clássica na Alemanha. Os alunos de Laban e Wigman espalharam a dança no mundo todo ⁽²⁵⁾.

Em 1932, a Alemanha apresentava dificuldades econômicas e políticas, e a dança alemã encontrava-se no auge. O bailarino Kurt Jooss, como um eco da realidade, mostrava na dança uma crítica à ordem social, inserindo em seus trabalhos a questão das diferenças sociais ⁽²⁵⁾.

Laban e Wigman não transferiram para suas danças a situação social do País.

Em Janeiro de 1933, Hitler assumiu o poder, e em seguida, no mês de maio, tomou todos os direitos de assembléia e, conseqüentemente, o direito de liberdade de expressão foi eliminado. Nesta época, muitos intelectuais, artistas e judeus, emigraram para a Inglaterra e para os EUA ⁽²⁵⁾.

Laban e Wigman continuaram na Alemanha. Seus dançarinos, porém que até então tinham sido educados para buscar a liberdade de movimento, passaram através do nazismo a ter seus corpos submissos a movimentos de ginástica ⁽²⁵⁾.

Nos EUA, no entanto, os dançarinos da dança moderna continuaram a defender, através da dança, os seus direitos de liberdade. A partir de 1936, estes dançarinos passaram a se encontrar anualmente no verão para discutir e apresentar os trabalhos desenvolvidos por eles. Durante estes encontros, eles apresentavam e davam aulas nas universidades, facilitando e propagando assim a dança moderna ⁽²⁵⁾.

A partir de 1939, com a explosão da II Guerra Mundial, a ditadura foi estabelecida e a dança ficou estremecida pelas confusões do mundo. Com o início da Guerra, muitos artistas emigraram para os EUA, e conseqüentemente, em 1940, Nova York tomou-se o grande centro das artes modernas ⁽²⁵⁾.
ação do home

Nesta época, não só Martha Graham, mas muitos dançarinos retiraram da dança moderna o conteúdo social. Elas' não queriam contar as histórias de guerra, não queriam dançar a realidade e sim a abstração de movimentos ⁽²⁵⁾.

Após a guerra em 1945, o mundo estava horrorizado e destruído. Paris, a cidade que simbolizava a liberdade, era freqüentada por uma juventude desiludida. Foi nesta época que o bailarino Maurício Bejart retratou, nas suas danças os medos e testemunhos da sua solidão ⁽²⁵⁾.

Sua dança mostrava a angústia da época e a busca dolorosa de encontrar o significado de a humanidade ter estado face a face com a morte, buscando assim compreender as realidades sociais da época ⁽²⁵⁾.

Os dançarinos queriam dançar os significados daquela época, exprimir os sentimentos que traziam na alma, a experiência de uma época conturbada da história, marcada pelas Guerras. Com isto os homens queriam dançar a esperança de um mundo novo ⁽²⁵⁾.

Muitos dançarinos da dança moderna se opunham às escolas e aos métodos pré-estabelecidos. A principal característica era a busca de uma nova linguagem, onde pudessem oportunizar a liberdade de *criação*, permitindo o desenvolvimento dos potenciais individualizados de cada dançarino ⁽²⁵⁾.

Com isto, a dança moderna foi embasada na busca de um método que oportunizasse experiências corporais, que abordasse um novo mundo, através da relação do homem com o seu próprio corpo, e do seu corpo com o mundo, expresso pelos movimentos que significassem os valores humanos da época ⁽²⁵⁾.

A dança moderna, enquanto movimento de arte de uma elite, continuou ainda em ascensão, e nos anos 70 viveu o triunfo do modernismo e depois do pós- modernismo ⁽²⁵⁾.

Atualmente o mundo também se encontra em crise política, social e moral, e a dança continua sendo um veículo de comunicação entre os homens.

Em 1988 o grande tema dançado pelos bailarinos em Londres e em Nova York também mostrava os medos e testemunhos da solidão causada no homem, mas desta vez pela Aids ⁽²⁵⁾.

- **A contextualização da dança no Brasil**

A dança no Brasil está primeiramente associada aos índios e em seguida a influência que veio com os negros africanos, a partir de 1538. No período do Brasil Colonial, os nobres também trouxeram danças de salão, que eram modas que vinham da Europa como, por exemplo, os minuetos e as valsas ⁽²⁵⁾.

A partir de 1922 muitas companhias de balé da Europa vieram para o Brasil a convite da corte. E, devido às guerras, alguns professores russos e franceses ficaram exilados no Brasil. Eles começaram então a dar aulas particulares para as moças da elite, para que elas aprendessem a ser delicadas ⁽²⁵⁾.

Nesta época, predominava no Brasil o teatro de revista. A dança tinha papel secundário, sem preocupações com a técnica interpretativa ⁽²⁵⁾.

Em 1927, foi criada a primeira escola de bailado, junto ao Teatro Municipal do Rio de Janeiro, dirigida pela bailarina Maria Olenewa. Mas a companhia só foi oficializado em 1930. A partir de 1930 então começaram a surgir as companhias de dança. A Companhia *Balé da Juventude*, dirigida pelo bailarino Igor Scwezoff, foi a primeira companhia que realizou uma turnê de dança pelas principais cidades do país, onde apresentavam um espetáculo de dança, música e teatro ⁽²⁵⁾.

Á convite da Universidade Federal de Minas Gerais, o primeiro bailarino desta companhia, professor Carlos Leite, resolveu desenvolver um trabalho de balé clássico na cidade de Belo Horizonte. Carlos Leite, durante 55 anos de dedicação à dança, seguiu rigorosamente a tradição clássica ⁽²⁵⁾.

Em 1932 chegaram ao Brasil as primeiras influências da dança moderna, tendo como precursores a bailarina Chinita Ullmann e posteriormente Maria Duschenes, René Gumiel e Yanka Ruska. Somente em

1940 foi criada a Escola de bailado da Prefeitura Municipal de São Paulo com direção de Vaslav Veltchek. Em 1943, Maria Olenewa mudou-se para São Paulo para dirigir esta companhia, onde permaneceu até 1948. Após esta data, ela manteve sua própria escola ⁽²⁵⁾.

Em relação à dança moderna, a primeira escola oficializada só se deu em 1956, em Salvador, onde a escola de dança foi filiada à Universidade Federal da Bahia, tendo como primeira diretora a bailarina Yanka Rudzka, passando a direção para Rolf Gelewsk em 1960 ⁽²⁵⁾.

Entre as influências da dança moderna no Brasil, está o expressionismo alemão, e, a partir da década de 60, as influências de Martha Graham. Através destas escolas, a dança foi propagada na cultura brasileira e em 1959 foi realizado, na cidade de Curitiba, o I Encontro de Escolas de Dança do Brasil ⁽²⁵⁾.

Na década de 60, a dança moderna tomou maior impulso e veio se desenvolvendo relevantes trabalhos no mundo da arte ⁽²⁵⁾.

4.4. Reabilitação por meio da dança nos pacientes neurológicos

O movimento com finalidades terapêuticas oferece vários benefícios, na readaptação de pessoas portadoras de limitações físicas. Entretanto a maneira de realizá-lo pode assumir inúmeras variações. Assim, quanto maior o leque de opções oferecido, maiores serão as chances de se encontrar uma atividade que suscite a identificação e motivação. Para que a mesma alcance resultados favoráveis, a receptividade do sujeito ao tipo de proposta é fundamental, pois se é o elemento ativo e central neste processo, antes de tudo, ela deve se engajar ao respectivo programa de treinamento ⁽²⁶⁾.

A dança pode ser considerada como um recurso de grande valor na reabilitação, pois é uma fonte de motivação para os pacientes. Por ser uma atividade física natural, é uma atividade promissora podendo ser utilizada na Fisioterapia ^(27,28).

O fato de o exercício ser praticado com música tornar-se mais agradável e menos cansativo. Além seus aspectos puramente artísticos, esta atividade também pode ser utilizada com fins terapêuticos ⁽²⁹⁾.

Ela se difere das terapias convencionais. A terapia pela dança promove uma opção divertida e empolgante para que terapeuta e paciente executem atividades usualmente prescritas, sendo apropriada para crianças e adultos ⁽²⁶⁾.

A utilização terapêutica da dança ainda é pouco explorada para portadores de deficiência física. É praticada mais freqüentemente com pacientes com comprometimento mental. Isto reforça a necessidade de explorá-la também com as pessoas portadoras de deficiência física ^(26,30).

A dança tem sido aplicada para fins terapêuticos em diversos campos, sendo que encontramos, na literatura, trabalhos referentes à psiquiatria, à oncologia, à geriatria, ao tratamento da obesidade e de problemas posturais, além de crianças e adultos com retardo mental, dificuldades de aprendizagem, distúrbios emocionais e incapacidades físicas diversas. Há também pesquisas em psicologia que avaliam a dança sob o ponto de vista da imagem corporal ⁽²⁶⁾.

Assim como a música dispõe de um determinado código, o movimento humano também possui alguns sistemas de registro. Dentre eles, o mais utilizado nas linguagens do teatro e da dança foi desenvolvido por Rudolf Laban. Ele observou que todo o gesto era constituído de uma relação entre o tempo, o espaço e o peso. O fluxo consiste em outro componente, que poderia manifestar-se de modo livre ou contido ⁽²⁶⁾.

Laban elaborou também a noção de Kinesfera ou esfera de movimento, baseando-se nas diversas atitudes que o corpo pode assumir em relação ao espaço que ocupa, exprimindo conteúdos diferentes de acordo com a intenção desejada. A dança com fins terapêuticos pode utilizar o arsenal de imagens expressivas desta metodologia, a fim de motivar a pesquisa de movimentos, atividade de grande valor para aqueles que possuem uma limitação física ⁽²⁶⁾.

A importância da dança se estende desde o ponto de vista emocional à aspectos motores Além das vantagens econômicas dado o fato de apenas um terapeuta e assistente atenderem a um grupo de cinco a oito pessoas, o que consiste numa economia de tempo, dinheiro e energia ^(26,27).

A prática da dança moderna com portadores de deficiência física tem demonstrado importantes resultados terapêuticos nos aspectos físicos, psicológicos e profissional, dentre eles o ganho de força muscular, de equilíbrio estático e dinâmico e de flexibilidade; alterações significativas nas noções de auto-imagem corporal e sexualidade, além de ser uma nova oportunidade de emprego, contribuindo desta forma para um adequado processo de reabilitação⁽⁸⁾.

Dentre os métodos de abordagem terapêutica através da dança destacam-se: A Biodança , a Dançaterapia.e a Dança movimento terapia.

- **Biodança**

O nome Biodança é formado pelo prefixo “Bio” deriva do termo “Bios” que significa vida e da palavra “dança” que é de origem francesa e significa movimento integrado, pleno de sentido. É um sistema de integração afetiva, regulação global das funções biológicas e reaprendizagem das funções originais da vida, baseada em vivências induzidas pela dança, pelo canto e por situações de encontro em grupo. Sua base conceitual provém de uma meditação sobre a vida, objetivando um aprofundamento da consciência de si mesmo e a elevação da auto-estima⁽³¹⁾.

A Biodança possui um Modelo Teórico inspirado em experiências clínicas com pacientes psiquiátricos. Em 1965 realizaram-se as primeiras investigações com a música e a dança no Hospital Psiquiátrico de Santiago/Chile pelo antropólogo chileno Rolando Toro Araneda membro da Escola da Medicina da Universidade do Chile. A abordagem consistia em incluir uma atividade corporal e estimular as emoções através da dança e do encontro humano. Com o objetivo de induzir harmonia e tranquilidade , eram propostas aos pacientes, danças harmoniosas e lentas, com os olhos fechados⁽³¹⁾.

A observação revelou que estes exercícios tinham efeitos contra producentes, pois conduziam os enfermos a estados regressivos e em alguns casos as alucinações e delírios se acentuaram. Estes resultados, aparentemente negativos, sugeriam uma forte mobilização do inconsciente. Na sessão seguinte sugeriram-se danças euforizantes a partir de ritmos alegres que estimulassem a motricidade. O resultado foi um notável aumento de censo de realidade e o desaparecimento dos delírios e alucinações. A Biodança é relativamente nova em comparação a outros métodos de abordagem de desenvolvimento humano, mas por quase 40 anos o modelo teórico vem experimentando modificações e evoluindo ⁽³¹⁾.

A Biodança, busca compreender o ser humano na sua dimensão holística e procura restaurar, mediante vínculo afetivo pessoal e com outros, a integração do ser, cuja base conceitual, provém da meditação sobre a vida, ou talvez do desespero, do anseio de renascer dos nossos gestos, da nossa vazia e estéril estrutura de repressão, os potenciais de felicidade tendem a alcançar estados cada vez mais intensos de satisfação com a vida ⁽³²⁾.

Em Biodança o sentido de renovação existencial tem o mesmo sentido da autopoiese, visto que as transformações ocorrem tanto em nível biológico, quando observamos a melhora na qualidade da saúde, quanto no plano mental, ao percebemos que as pessoas se revelam mais integradas consigo mesmas, mais harmonizadas e felizes e, no plano social, quando as pessoas buscam melhor integração com os outros e com todo o ambiente a sua volta ⁽³²⁾.

Emprega-se a palavra autopoiese para definir o ser humano como sistema que se produz continuamente e, para isso, faz-se necessária a interação com o meio ambiente, ambos se modificando de forma congruente ⁽³²⁾.

- **Dança-terapia**

Maria Fux é uma artista que descobriu com sua experiência de vida e profissional, em 1968, um método que se utiliza a dança e movimento para melhorar e transformar a vida dos praticantes. Ela acredita que através do movimento há mudanças não somente físicas e externas, mas também

internas, o que ajuda as pessoas a lidarem com suas limitações sejam elas físicas ou psíquicas. Seu método, que fora nomeado Dançaterapia não interpretativo, estimula o reconhecimento do próprio corpo, a aceitação, a alegria e trabalha com a "idéia do espelho interior", para que a pessoa entre em contato consigo e descubra seu ritmo interno e suas próprias respostas. Nunca se fala de cura, mas de mudança; e seja qual for o tipo ou a gravidade de um problema, há sempre algo que pode mudar, embora deva ficar claro que o movimento só não faz uma mudança, e nem todos são necessariamente predispostos a uma mudança (seja em seu corpo ou em sua vida) ⁽³³⁾.

Através de mudanças na circulação não são geradas apenas mudanças para influenciar no aspecto físico, mas para participar ativamente nosso corpo interior, que muitas vezes está isolado, ignorado, com medo. Através de estímulos, passa-se a estimular as áreas dormentes, não somente através de formas fonéticas, mas com todo o corpo ⁽³³⁾.

O enfoque é sempre de caráter psicológico, mas isso não implica uma posição terapêutica preestabelecida, a chamaria de profilática, não é para curar ninguém, mas, para que esse alguém se ponha a salvo do risco da enfermidade; e enfermidade nestes casos seria não reconhecer o corpo, sua possibilidade expressiva e sua evolução em relação á idade que se tem. Mas em alguns casos o trabalho de comunicação e expressão com o corpo se complementa com um tratamento psicoterapêutico, que se faz com médicos especializados ⁽³³⁾.

A dança serve para expressar não só a beleza, mas também os medos, raiva, ansiedade e dor. Cada um desses estados são personagens que vivem dentro de nós e desejam sair com a mesma intensidade com que resistem, muitas vezes, para deixá-los à superfície ou, talvez, a reconhecer como seus. E é através da dança, em vez da palavra, que eles podem encontrar a saída ⁽³³⁾.

Fux desenvolveu um eficaz trabalho de dançaterapia com o público não-ouvinte. Partindo do pressuposto de que todos somos iguais, descobriu que no silêncio existe uma vasta possibilidade de movimento e dança. O uso de imagens, bem como as cores e formas geométricas como linhas (ondulantes, retas, ascendentes ou descendentes, abertas e fechadas), são fortes estímulos que proporcionam variados ritmos e conseqüentemente diversos movimentos. Maria Fux considera que tudo que está em nosso exterior, assim como o que

há em nosso interior como sentimentos, batidas do coração, respiração, entre outros, são possibilidades de movimento e de uma linda dança. Outro aspecto fundamental de sua metodologia é a integração dos seres, não há distinção entre o são e o enfermo, o surdo e o não-surdo, durante suas aulas as pessoas estão sempre integradas ⁽³³⁾.

Há muitas vozes em torno da Dançaterapia, gerando mal-entendidos e confusões já que no Brasil existe um desconhecimento geral do termo e de sua essência. O que é normal, uma vez que a Dançaterapia no Brasil é um campo novo do conhecimento que está se difundindo pelo nosso país. Infelizmente atrasada 20 anos em relação ao circuito internacional da Dançaterapia. Esse desconhecimento tem gerado distorções com outras realidades no Brasil que não são Dançaterapia e sim "danças como forma de terapia, ou terapêuticas", de conteúdo curativo como o são as danças xamânicas de tribos indígenas e africanas; Danças terapêuticas dos egípcios para devolver a fertilidade às mulheres(relatos históricos de 1.500 anos A.C); Danças Circulares(Findhorn); Danças do Ventre(Oriente Médio); Danças de Liberação de Tensões(Catarse); Biodanza; Dança Aquática de Wa Ta, entre outras ⁽³³⁾.

A Dança terapia oferece uma vastíssima área de atuação e se dirige a crianças, adolescentes, adultos, idosos, e se aplica no campo da educação e da reabilitação com pessoas que têm dificuldades relacionais ou psíquicas, deficiências físicas ou sensoriais ⁽³³⁾.

- **Dança movimento terapia (DMT)**

É uma disciplina específica, orientada a promover a integração física, emocional, cognitiva e relacional, a maturidade afetiva e psicossocial, o desenvolvimento do potencial criativo e a qualidade de vida da pessoa (de acordo com o estatuto e código de ética da A.P.I.D - Associação Profissional Italiana de Dança movimento terapia) ⁽³⁴⁾.

É uma abordagem corporal que faz uso terapêutico da dança e do movimento, e é um instrumento simples e poderoso que permite, através de um

gesto, melhorar o próprio modo de ser e estar, física e mentalmente no mundo (34).

Na dança terapêutica não existe a idéia de dançar como exibição, e os movimentos não se baseiam num desenho externo e formal de passos, a atenção é colocada em como nos sentimos e a partir disso há uma escuta interna e as pessoas aprendem a expressar-se de forma autêntica. O trabalho é realizado sempre em grupo e com integração. Como a DMT é um instrumento que se adapta aos limites e possibilidades de cada grupo e de cada ser, qualquer pessoa, independente de suas limitações, mas, principalmente através da sua parte sã, pode descobrir novas possibilidades criativas de se comunicar, se movimentar e dançar (34).

A dança movimento terapia parte do princípio de que o estado emocional e a personalidade da pessoa estão refletidos em seus movimentos e que, portanto se houver uma modificação nos padrões de movimento isto refletirá em uma transformação na saúde emocional e física do indivíduo. Por esta razão, a dançaterapia pode ser uma ótima opção para as pessoas que possuem dificuldade em se expressar verbalmente. Desta maneira a dançaterapia surge como uma ferramenta auxiliar em tratamentos de psicoterapia verbal (34).

A DMT propõe que o indivíduo se reconheça como um ser da natureza, participante consciente ou inconsciente dos ritmos biológicos, dos rituais sociais e comunitários e da dança universal (34).

Promove o reencontro interior que nos ajuda a perceber que somos uma totalidade e que somos um espírito holístico, que foi fragmentado com a modernidade, que ansiosa por objetividade e busca de certezas separou a mente do corpo, o subjetivo do objetivo, o natural do cultural, o individual do social, o racional do emocional. Em consequência estamos vivendo dando sentido só a um aspecto da polaridade, e o outro lado acaba sendo desconhecido, segregado ou adiado. Isto nos faz levar uma vida de separação, onde as metas estão em primeiro lugar, onde o artificial vem primeiro que o natural, onde a certeza está por cima do novo, até o ponto de ignorarmos nosso corpo e de nos isolarmos daquilo que realmente somos (34).

Assim, a dança movimento terapia pretende juntar o separado, reintegrar estes fragmentos e a polaridade. Tem o intuito de promover no indivíduo,

através do movimento, o reencontro com seu corpo sensível e a atenção e consciência de seus sentimentos e sensações durante a dança e em demais processos cotidianos da vida. Tem como objetivo maior promover o resgate da totalidade do ser, através dos movimentos livres e conscientes e o reconhecimento do corpo, da expressão do nosso mundo interno ⁽³⁴⁾.

A dança movimento terapia pode ser praticada por pessoas com e sem doença (Parkinson, doenças cardíacas, motoras e etc.) e deficientes físicos e mentais em geral. Pessoas que sofrem por conflitos emocionais, ou que têm dificuldade de movimentos devido a tensões, ansiedades; por pessoas que queiram trabalhar o receio da proximidade, do contato físico ou da confiança e por pessoas que estão passando por momentos traumáticos associados à perda, transições ou mudanças, etc ⁽³⁴⁾.

- Benefícios

- Melhora e aumenta a autoconsciência e autonomia pessoal;
- Possibilita conectar-se com a memória corporal,desbloqueando sentimentos ou pensamentos oprimidos, proporcionando uma nova oportunidade criativa de ser ;
- Melhora os recursos da comunicação;
- Estimula a criatividade e livre expressão;
- Promove auto-conhecimento físico e emocional;
- Estimula a descoberta e redescoberta das potencialidades adormecidas;
- Promove a aceitação e o respeito ao próprio ritmo interno e ao tempo do outro;
- Melhora a auto-estima e autoconfiança;
- Promove a atenção;
- Estimula a integração social;
- Desenvolve as capacidades cognitivas como motivação e memória;
- Diminui a tensão e rigidez muscular;
- Melhora a coordenação motora;
- Melhora da elasticidade;
- Estimula a circulação sanguínea;

- Possibilita que o indivíduo descubra em si novos movimentos e novas maneiras de se expressar ⁽³⁴⁾.

5.2.4 Dança terapia X Dança movimento terapia (DMT).

De acordo com a Associação Argentina de Dançaterapia , a **Dança movimento terapia (DMT)** se refere ao uso terapêutico e / ou psicoterápico do movimento e da dança que visa promover processos de integração emocional, cognitivo, físico e social ⁽³⁵⁾.

Já o termo Dançaterapia, que foi patenteado por Maria Fux, se refere a um método que utiliza a dança e movimento para melhorar e transformar a vida dos praticantes ⁽³⁶⁾

Desta forma, a principal diferença entre as duas técnicas, se refere ao caráter psicoterapêutico, que não é empregado na dançaterapia, já que Maria Fux, não se considera uma professora e sim uma artista.

- **Dança inclusiva**

A dança inclusiva é um trabalho que inclui pessoas com deficiência no qual os focos terapêuticos e educacionais não são desprezados, mas a ênfase encontra-se em todo o processo do resultado artístico, levando em consideração a possibilidade de mudança da imagem social e inclusão social dessas pessoas, pela arte de dançar ⁽³⁷⁾.

Além das modalidades citadas anteriormente, existem as categorias esportivas, que não são objeto alvo deste trabalho, no entanto serão abordadas.

- **A Dança esporte em Cadeira De Rodas**

A dança em cadeiras de rodas, regulamentada em 1989 pelo International Sports Organization For The Disabled (ISOD), com sede em Munique, foi reconhecida oficialmente pelo European Paralympic Committee

(EUROPC), em 1993, e também pelo International Paralympic Committee (IPC). No ano de 1998, foi fundado o Internacional Wheelchair Dance Committee (WDSC) ⁽³⁷⁾.

Em 1975, aconteceu a primeira competição nacional, na Escandinávia, e no ano de 1977 ocorreu a primeira competição internacional, na Suécia. Desde então, as competições tornaram-se mais freqüentes e sistematizadas, destacando-se os campeonatos Europeus; 1985, nos Países Baixos da Europa, 1987 na Bélgica (ambos não-oficiais), 1991 na Alemanha (primeiro campeonato reconhecido pelo ISOD), 1993 na Noruega (primeiro campeonato reconhecido pelo EUROPC), 1995 na Alemanha (campeonato reconhecido pelo EUROPC), 1997 na Suécia (campeonato reconhecido pelo EUROPC e ISOD). Neste mesmo ano, houve os campeonatos na Grécia e nos Países Baixos, reconhecidos pelo EUROPC e IPC ⁽³⁷⁾.

Campeonatos internacionais, desde 1990, abertos para todas as nações, como Bélgica, Estônia, Finlândia, Alemanha, Japão, Países Baixos da Europa, Polônia, Romênia, Suécia. Campeonatos mundiais: 1998 no Japão e em 2000 na Noruega. Na América Latina, o único país que atualmente tem a dança como modalidade para competição é o México ⁽³⁷⁾.

No Brasil, a dança foi desenvolvida por grupos independentes, vinculados a clubes, universidades, associações de deficientes, prefeituras municipais, centros de reabilitação e algumas escolas de dança isoladas. Porém, não existem grupos oficialmente regulamentados e mantidos pelos órgãos governamentais ⁽³⁷⁾.

Há, na atualidade, um esforço crescente para seu desenvolvimento.

No Brasil, como no Exterior, observamos que os grupos possuem algumas diversidades em relação ao número de participantes, idade e ao método utilizado ⁽³⁷⁾.

Alguns são compostos por deficientes físicos que utilizam cadeira de rodas (cadeirantes), outros por dançarinos portadores de deficiências múltiplas (auditivas, físicas, mentais) e outros, ainda, de dançarinos portadores de deficiência física (cadeirantes) e dançarinos não-deficientes (não-cadeirantes) ⁽³⁷⁾.

Em julho de 2001, aconteceu o Primeiro Encontro Nacional de Dança para Pessoas com deficiência física, em Macaé, Rio de Janeiro. O encontro

contou com a participação de dez companhias e grupos de dança, apresentando seus melhores trabalhos, contando com o apoio da Fundação Nacional de Arte (Funarte), órgão vinculado ao Ministério da Cultura. Neste mesmo ano foi realizado na Universidade de Campinas o primeiro Simpósio Internacional de Dança em Cadeira de Rodas, com o apoio da Associação Brasileira de Desporto em Cadeiras de Rodas – ABRADecAR, tendo como objetivos principais um crescimento contínuo dos grupos no Brasil e a introdução da dança como esporte. Como resultado deste simpósio, fundou-se a confederação Brasileira de Dança em cadeira de Rodas e decidiu-se levar esta atividade esportiva para os jogos regionais de 2002 ⁽³⁷⁾.

- **Classificação de Dança Esporte**

A classificação esportiva de dança em cadeira de rodas engloba duas categorias: a *standart* (composta por valsa inglesa, fox lento, tango de salão, valsa vienese e passo rápido) e a latina (composta por samba, chá-chá-chá, rumba, passo *double* e passinho) ⁽³⁷⁾.

A classificação funcional é baseada em cinco critérios:

1. Controle da cadeira: o bailarino deve ter a habilidade para acelerar e parar a cadeira com uma mão ou outra;
2. Função de empurrar: o bailarino deve ter a capacidade de empurrar com uma mão ou outra o seu parceiro, demonstrando um bom controle da cadeira;
3. Função de puxar: o bailarino deve ter a capacidade de puxar com uma mão ou outra o seu parceiro, demonstrando um bom controle da cadeira;
4. Extensão de membros superiores: o bailarino deve demonstrar uma boa habilidade em sua *performance* sobre o controle do movimento, realizando uma extensão de membros superiores, associado à condução de cadeira;
5. Rotação de tronco: com as mãos livres, o bailarino deve demonstrar um bom controle e equilíbrio de tronco, realizando giros ⁽³⁷⁾.

A categoria se divide em: Forma – *Combi dance*; Tipo – Somente um par; Seções – (a) *standart* e (b) dança latina, classes LWd1 e LWd2. A *combi dance* é uma forma de dança em que estarão participando um usuário de

cadeira de rodas (deficiente) e um não usuário de cadeira de rodas (não-deficiente). Deve existir um perfeito entrosamento entre os bailarinos e os movimentos devem ser harmônicos, de acordo com o ritmo ⁽³⁷⁾.

Cada critério vale de 0 a 2 pontos; os bailarinos que obtiverem de 0 a 13 pontos ficam na classe um e os que conseguirem 14 a 20 pontos ficam na classe dois. O bailarino só se efetiva numa classe após duas classificações, passando por observação no momento das competições. Há possibilidade de uma doença regredir ou evoluir, o que poderia causar mudança de classes ⁽³⁷⁾.

5 MATERIAL E MÉTODO

Este estudo trata-se de uma revisão narrativa analítica da literatura onde os manuscritos selecionados para este estudo, se subdividiram em três etapas: coleta, seleção e caracterização.

Na primeira etapa, foram coletados artigos científicos publicados entre os anos de 1976 e 2009 utilizando como fonte de consulta as bases de dados: medline, lilacs, scielo, pubmed e dedalus.

Foram utilizados descritores da língua portuguesa (dança, dançaterapia, reabilitação, Fisioterapia, doenças neurológicas, terapia através da dança) e inglesa (dance, dance therapy, Rehabilitation, Physical therapy, neurological disorders) e por busca manual das referências citadas nos artigos encontrados.

A estratégia de busca na medline, lilacs e scielo foi baseada na utilização da combinação dos seguintes termos: descritor de assunto= dança, descritor de assunto = terapia através da dança, dança and reabilitação, dança and fisioterapia na pubmed : dance as therapy, dancing AND Rehabilitation; dance therapy and rehabilitation e no dedalus : dance, dancing and rehabilitation in article title or Key words .

Na segunda etapa foram selecionados os artigos coletados segundo critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram: artigos de estudos práticos; artigos em português e inglês e espanhol; Os critérios de exclusão adotados foram: artigos em que a amostra não era de indivíduos com doenças neurológicas e artigos de revisões bibliográficas.

Na terceira etapa foram caracterizados os dados obtidos e tabulados em relação à: ano de publicação, autores, título da obra, objetivos e resultados.

6 RESULTADOS

Foram encontrados 38 artigos científicos, onde 23 foram excluídos, pois não preencheram os critérios de inclusão, de acordo com a metodologia empregada.

Desse modo, 15 artigos foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão e estão representados na Tabela 1.

Tabela 1- Artigos que foram incluídos no trabalho de acordo com os critérios de inclusão e exclusão

Ano	Autores	Título da obra	Objetivos	Resultados
1976	Hecox,B;Levine,E; Scott D	Dance in Physical Rehabilitation	Descrever 4 anos de experiência na adaptação da dança para fins de terapia em grupo.	Embora tenham sido observados resultados positivos, tais como: diminuição da espasticidade, melhora do equilíbrio, coordenação motora e aumento da amplitude de movimento, os autores levantam a dificuldade de avaliar a abordagem, já que a mesma trouxe mudanças físicas e mentais sutis.

1981	Couper,J.L	Dance Therapy Effects on Motor Performance of Children with Learning Disabilities	Estudar o efeito da dançaterapia na performance motora de crianças que apresentam deficiência no processo de aprendizagem	Ambos os grupos (experimental, composto por 5 indivíduos que realizaram a dançaterapia e controle , composto por 5 indivíduos que receberam a terapia sensitiva convencional) apresentaram melhora no desempenho motor do equilíbrio, sendo esta levemente maior no grupo experimental.
1985	Berrol,C.F; Katz, S.S	Dance/Movement Therapy in the Rehabilitation of individuals surviving severe head injuries	Verificar os efeitos da dança movimento terapia na reabilitação de indivíduos que sofreram um trauma crânio encefálico.	A Dança movimento terapia se mostrou eficaz no tratamento de indivíduos que sofreram um trauma crânio encefálico. Estes apresentaram uma melhora da postura, na amplitude de movimento global, uma diminuição da espasticidade e uma melhora da imagem corporal.

1990	Berrol,C.F;	Dance/Movement Therapy in head injury rehabilitation	Apresentar a dança/movimento terapia através de uma perspectiva teórica e prática, que foi introduzida através de um estudo de caso.	O sujeito do estudo apresentou uma melhora da Amplitude de Movimento global, assim como no desempenho das atividades de vida prática e de vida diária, além de melhora da função cognitiva e da auto-estima.
1996	Molho,E.S; Factor, A.S Podskalny, G.D	The Effect of Dancing on Dystonia	Determinar se a dança exerce um efeito significativo na distonia.	Uma melhora da distonia de tronco e de cervical principalmente durante a marcha e a manutenção da postura sentada.
1997	Berrol,C.F et al	Dance/ Movement Therapy with Older adults who have Sustained Neurological Insult: A Demonstration Project.	Determinar a eficácia da dança movimento terapia numa população de idosos com trauma cranioencefálico e acidente vascular encefálico	Os sujeitos do estudo apresentaram uma melhora do padrão de marcha, no equilíbrio dinâmico, aumento da amplitude de movimento de tronco, melhora da performance cognitiva, e interação social.

1997	Bertoldi,A.L.S	A interferência da prática da dança na reabilitação de portadores de deficiência física	Verificação de possíveis alterações nos aspectos físicos, psicológicos e profissionais a partir da prática da dança moderna.	A prática da dança moderna promoveu o ganho de força muscular, diminuição da espasticidade, flexibilidade, equilíbrio, melhorou o condicionamento físico geral, facilitou as atividades de vida diária e ao mesmo tempo, estimulou os aspectos profissionais através da transmissão dos conhecimentos adquiridos durante a realização da atividade, além de alterações a nível psicológico especialmente nas noções de auto-estima, autoconfiança, imagem corporal e sexualidade

1998	Bracciali,L.M.P; Ravazzi,R.M	Dança: influência no desenvolvimento da criança com paralisia cerebral	Utilizar a dança e a música como recurso auxiliar para estimular a experimentação sensorial, o ritmo, o desenvolvimento motor e a sociabilização de crianças com paralisia cerebral	No desenvolvimento motor verificou-se uma melhora nas atividades que exigiam a execução de movimentos simétricos ou associados de MMSS, além de uma melhor independência na execução das avds, melhora da auto-estima e asseio pessoal, observada através da preocupação com o visual, melhora do equilíbrio e coordenação global do sujeito do estudo
------	---------------------------------	--	---	--

2005	Hollatz,K; Sarro,K.J	O uso da dança como aspecto lúdico no tratamento fisioterapêutico para criança portadora de paralisia cerebral.	Avaliar a efetividade da dança no tratamento da Paralisia Cerebral.	Melhora da força muscular, simetria, equilíbrio, coordenação motora, locomoção, normalização de tônus e finalmente uma melhora no Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM) do indivíduo, além de tornar mais prazerosa a terapia e promover a inclusão social.
------	-------------------------	---	---	--

2007	Peres,M.A ; Mello,F; Gonçalves,C.A	Efeitos da dança em cadeira de rodas no controle de movimentos de tronco em paraplégicos	Avaliar o efeito de um treinamento baseado em dança no incremento da movimentação de tronco em grupo de paraplégicos.	A tendência ao ganho de amplitude de movimento de tronco após o treinamento por dança sugere que esta abordagem pode ser mais uma opção na reabilitação de pessoas com lesão medular, já que houve uma diferença no grupo experimental entre os testes pré e pós intervenção, no entanto esta não fora estatisticamente significativa.
------	--	--	---	--

2007	Andrade,S.P; Santana, J.M	Dançaterapia no Domínio Corporal do Paciente Cadeirante portador de Lesão Medular Cervical Baixa	Identificar o efeito da dançaterapia sobre os componentes motores, funcional afetivo-motivacional e social de um portador de paraplegia	Melhora da consciência corporal e manutenção postural, auto-estima, coordenação motora, equilíbrio de tronco, locomoção, concentração, memorização, sugerindo que a dançaterapia exerce efeitos benéficos para o indivíduo que a prática, além de um feedback emocional para a prática de exercícios e tarefas de aperfeiçoamento do desempenho motor, promoveu a inclusão social e a auto-aceitação do sujeito.
2007	Hackney,M.E et al	A study on the effects of Argentine Tango as a form of Partnered Dance for those with Parkinson Disease and the Health Eldery	Comparar os efeitos do tango em relação ao exercício tradicional na mobilidade funcional de indivíduos com Doença de Parkinson.	O grupo experimental composto por indivíduos com doença de Parkinson apresentou um aumento nos índices de equilíbrio, velocidade da marcha e quedas em relação ao grupo controle composto por indivíduos sadios.

2007	Hackney, M.E	Effects of Tango on Funcional Mobility in Parkinson's disease : A Preliminary Study	Comparar os efeitos entre um programa composto de aulas de exercícios e um programa de aulas de tango.	Melhora não significativa dos índices da escala de Berg e na mobilidade do grupo que realizou a dança (tango).
2007	Calil,S.R et al	Reabilitação por meio da dança: uma proposta fisioterapêutica em pacientes com seqüela de AVC	Avaliar a contribuição da dança na reabilitação dos pacientes com seqüelas de AVC	Os grupos apresentaram diferença significativa em relação ao tônus. Observou-se que após o tratamento, os grupos de dança e cinesioterapia apresentaram-se homogêneos quanto à mobilidade funcional. Não apresentaram diferenças em relação às AVDS. O grupo de dança apresentou diferença significativa em alguns domínios do SF-36: estado geral de saúde e aspectos emocionais enquanto o grupo de cinesioterapia apresentou diferenças nos domínios: capacidade funcional, vitalidade, aspectos sociais e emocionais.

2009	Silva,F et al	Dança em Cadeira de Rodas e Paralisia Cerebral: Estudo de caso da menina Laura	Analisar as possibilidades da dança com cadeira de rodas enquanto recurso auxiliar para o desenvolvimento dos aspectos afetivo social, cognitivo, psicomotor e terapêutico de uma criança com Paralisia Cerebral	A menina Laura demonstrou nítida progressão em aspectos motores, além de uma melhora da sua auto-estima.
------	---------------	--	--	--

7 DISCUSSÃO

A dança é considerada, para todos os povos, em todos os tempos, um meio de comunicação e expressão. Ela se materializa através dos movimentos dos corpos, organizados em seqüências significativas e de experiências que transcendem o poder das palavras e da mímica. É um modo de existir, pois representa a magia, religião, trabalho, festa, amor e morte. Os homens dançaram e continuam dançando em todos os momentos solenes de sua existência ⁽⁴⁷⁾.

A dança ainda é pouco explorada na prática terapêutica, assim, encontra-se certa dificuldade em encontrar literatura especializada e em avaliar esse tipo de abordagem especialmente quando se refere à pacientes com doenças neurológicas, apesar de estar sendo aplicada em diversos campos já que, na literatura encontramos trabalhos referentes à psiquiatria, à oncologia, à geriatria, ao tratamento da obesidade e de problemas posturais, além de crianças e adultos com déficit mental, dificuldades de aprendizagem e distúrbios emocionais ^(10 26,27).

Devido à diversidade dos métodos empregados nos artigos, dividimos a discussão em aspectos motores, psicológicos, sociais, e qualidade de vida para clareza e entendimento do leitor.

Em relação aos **Aspectos Motores**,: Calil et al (2007); Hollatz (2005) ; Bertoldi (1997); Hanna (1995); Berrol (1985,1990) em seus estudos, apresentaram melhora clínica relacionada ao tônus muscular. Esta melhora, segundo os autores se deve ao fato da dança ser uma atividade que exige uma maior mobilidade motora, além de despertar sensações que causam emoção, favorecendo o relaxamento dos músculos e tornando o movimento mais efetivo ^(6,8,9,10,24,39).

Bertoldi (1997) e Hollatz (2005) verificaram em seus estudos o aumento de força muscular adquirida já que a dança desenvolve alguns grupos musculares não trabalhados anteriormente em outras atividades, além de promover uma grande motivação para a prática de outras atividades que desenvolvem a força muscular como a natação e a fisioterapia ^(8,10).

O equilíbrio também é um aspecto motor que parece ser beneficiado com a dança, de acordo com estudos feitos por Berrol et al (1997); Bracciali et al (1998); Peres et al (2007); Andrade et al (2007) . No entanto, Monteiro e col (2007) afirmam que a literatura atual não nos esclarece a respeito do efeito científico da dança de salão na melhora ou manutenção do equilíbrio dinâmico (31,41,42,43,48).

Bertoldi (1997) afirma que o ganho do equilíbrio com prática da dança moderna se deve ao desenvolvimento da ousadia dos movimentos ⁽⁸⁾.

Hacney et al (2007) verificaram uma melhora do equilíbrio dinâmico de indivíduos com doença de Parkinson, após a realização de uma série de aulas de Tango, que se deu ao efeito do ritmo, toque, novidade e interação social promovido pela dança. Além disso, o parceiro fornece informação sensorial e apoio, o que estabiliza o indivíduo e favorece o equilíbrio e a marcha, não esquecendo das posturas adotadas durante a execução do Tango, como : tandem e apoio unipodálico ⁽⁴⁴⁾.

O desempenho nas atividades de vida diária (AVDs) parece ser influenciado pela prática da dança, de Bertoldi (1997) relata que 100 % dos participantes observaram uma facilitação da realização de diversas atividades de vida diária. Braga (2003) relata que foi possível verificar e analisar resultados positivos, principalmente como melhora da função motora ^(8,49).

Bracciali (1998) da mesma forma, em seu estudo encontrou progressão em diversas atividades como : subir na cama e na cadeira de rodas e finalmente , Calil (2007) também encontrou uma melhora nas AVD's em seu estudo. Segundo esses participantes, a motivação para a conquista de novas alternativas de movimento e a capacidade de ousar na busca destas alternativas, unidas ao aprimoramento músculo-esquelético obtidos com a dança, foram os fatores responsáveis por esta facilitação na realização de diversas atividades de vida diária ^(6,41).

Aspectos Psicológicos: De acordo com Bertoldi (1997), Bracciali (1998) a dança enquanto atividade artística , ao interagir globalmente no indivíduo , promove alterações especialmente nas noções de auto- estima , autoconfiança, imagem corporal e sexualidade ^(8,41).

Ela também proporciona ao portador de deficiência física o bem estar mental e a auto valorização, pois o sucesso , a alegria, a excitação, a

realização que os participantes experimentam a partir de atividades em dança , permite aos mesmos reforçar a sua auto – imagem e auto – conceito ⁽⁵⁰⁾.

Além de propiciar o prazer em comparecer à terapia, fazendo com que o indivíduo apresente respostas positivas nas demais terapias ⁽¹⁰⁾.

Dentre estas emoções destacam-se a alegria e euforia, que segundo Hanna (1995) são promovidas através da liberação de endorfinas, que podem ainda bloquear a dor, fazendo com que esta se disperse. Calil (2007) avaliou o índice de depressão dos participantes do seu estudo , onde o grupo que realizou dança não apresentou melhora significativa ^(6,9).

Aspectos sociais : A dança favorece a convivência em sociedade pois nos reconhecendo aprendemos primeiro a nos aceitar e depois aceitar o outro ^(44,46).

Outro aspecto que se deve levar em consideração é que o fato da dança ser uma atividade em grupo, favorece o relacionamento entre as pessoas . Fontes (2004) acredita que a interação social, propiciada pela fisioterapia em grupo, desperta a competição entre os componentes do grupo e, conseqüentemente motiva os participantes a vencerem suas limitações, facilitando a melhora tanto nos aspectos relacionados à qualidade de vida , como na realização das AVDs ⁽⁵¹⁾ .

Qualidade de Vida : Fontes (2004) afirma que a fisioterapia em grupo pode trazer grandes benefícios na qualidade de vida desses pacientes, o que foi mostrado por Calil et al (2007) através do SF-36 no seu estudo após realizarem intervenções de cinesioterapia e dança durante 2 anos ^(6,51).

8 CONCLUSÃO

Pacientes com doenças neurológicas, geralmente necessitam de um processo de reabilitação em longo prazo. Neste aspecto a dança desperta o aspecto lúdico com grande potencial que poderá ser utilizada como um recurso na reabilitação neuromotora, promovendo ganhos físicos, psicológicos e desenvolvendo o aspecto social destes pacientes.

Sugere-se como futuras pesquisas, a realização de ensaios clínicos para que a sua aplicação seja ampliada, a partir de um embasamento científico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Who. Neurologic Disorders: public health challenges. Switzerland: OMS; 2007. p. 16.
2. Oliveira RMC. Afecções neurológicas do sistema nervoso central. In: Levy J, Oliveira ASB. Reabilitação em doenças neurológicas: guia terapêutico prático. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 15-301.
3. Levy JA, Mendonça LI. Sinais e sintomas Neurológicos. In: Levy J, Oliveira ASB. Reabilitação em doenças neurológicas: guia terapêutico prático. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 9-14.
4. Bobath K. Uma base neurofisiológica para o tratamento da paralisia cerebral. 2.ed. São Paulo: Manole; 1984.
5. Farias N, Buchalla C. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. Rev Bras Epidemiol. 2005; 8(2): 187-93.
6. Calil SR, Santos TDBP, Braga DM, Labronici RHDD. Reabilitação por meio da dança: uma proposta fisioterapêutica em pacientes com seqüela de AVC. Rev Neurocienc. 2007; 15 (3): 195-202.
7. Earhart GM. Dance as therapy for individuals with Parkinson disease. Eur J Phys Rehabil Med. 2009; 45 (2): 231-8.
8. Bertoldi ALS. A interferência da prática da dança na reabilitação de portadores de deficiência física. Fis em Mov. 1997; X(1): 30-44.
9. Hanna JL. The power of dance: health and healing. Journal of Alternative and Complementary Medicine. 1995; 1 (4): 323-331.
10. Hollatz K, Sarro J. O uso da dança como aspecto lúdico no tratamento fisioterapêutico para criança portadora de paralisia cerebral. Físio Brasil. 2005; 6(3): 223-225.
11. Reed, UC. Neurologia: noções básicas sobre a especialidade. Disponível em : <http://www.fm.usp.br/pdf/neurologia.pdf>.

12. Siliano MR, Fontes SV, Moura RCR, Fukujima MM. Intervenção da fisioterapia em pacientes com doença neurológica: complicações clínicas e neuroplasticidade. In: Fontes SV, Fukujima MM, Cardeal JO. Fisioterapia Neurofuncional : Fundamentos para a prática. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 129-130.
13. Adler, SS; Buck M; Beckers D. PNF: Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva. São Paulo: Manole, 1999.
14. Stendig-lindberg G. [homepage na internet] **Therapeutic exercise**, 2004. Disponível em :
<http://www.emedicine.com/pmr/topic199.htm>
15. Reichel HS. Facilitação neuromuscular proprioceptiva. São Paulo: Premier, 1998.
16. Surburg PR.; Schrader, J W. Proprioceptive neuromuscular facilitation techniques in sports medicine: a reassessment. Journal of Athletic Training, vol. 32, n. 1, 1997.
17. Mayston MJ. [homepage na internet] The Bobath Concept today, 2000. Disponível em:
<http://www.bobath.org.uk/TheFoundersandHistory.html>.
18. Dias MNA, Fortes CEA, Dias RP. Atuação da Equoterapia na espondilite anquilosante. Rev Bras Reumatol. 2005;45,(2): 17-18.
19. Marcelino JFQ, Melo ZM. Equoterapia: suas repercussões nas relações familiares da criança com atraso de desenvolvimento por prematuridade. Estudos de Psicologia. 2006;23(3): 279-287.
20. Adário YS. Equoterapia- Um método terapêutico. Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde. 2005;1(2):48-67.

21. Fontes SV, Alves MAF, Ottoboni C, Fukujima MM. Classificação dos procedimentos fisioterápicos. In: Fontes SV, Fukujima MM, Cardeal JO. *Fisioterapia Neurofuncional : Fundamentos para a prática*. São Paulo: Atheneu; 2007 p.149-164.
22. Candeloro JM, Caromano FA. Discussão crítica sobre o uso da água como facilitação, resistência ou suporte na hidrocinesioterapia. *Acta fisiatr* 2006; 13(1): 7-11.
23. Cunha MCB, Labronici RHDD, Oliveira ASB, Gabbai AA. Relaxamento aquático em piscina aquecida, realizado através do método Ai-Chi: nova abordagem para pacientes portadores de doenças neuromusculares. *Revista Neurociências*. 2000; 8(2): 46-49.
24. Berrol C. Dance /movement therapy in head injury rehabilitation. *Brain Injury*. 1990; 4(3): 257-265.
25. Ferreira EL. Dança em cadeira de rodas: os sentidos da dança como linguagem não-verbal [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1998.
26. Peres MS. Dança e ganho de equilíbrio de tronco em portadores de lesão medular: um estudo preliminar. [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2000.
27. Helcox B, Levine E, Scott D. Dance in Physical Rehabilitation. *Physical Therapy*, 1976; 56 (8): 919-924.
28. Couper J. Dance therapy – Effects on Motor Performance of Children with Learning Disabilities. *Physical therapy*. 1981; 61(1): 23-26.
29. Boshoff PH. [The therapeutic value of ballroom dancing](#). *S Afr Med J*. 1978; 54(14): 555.

30. Delisa JA. Medicina de Reabilitação – Princípios e Prática. São Paulo:Manole,1992.
31. Araneda, Rolando T. Teoria de Biodança: Coletânea de Textos. TOMO I, II, III. Associação Latino Americana de Biodança, 1992.
32. Alencar BPD et al. Biodança como processo de renovação existencial do idoso. Rev Bras Enferm.2008; 61(5): 608-14.
33. Fux M. Dança, Experiência de vida. São Paulo: Summus, 1983.
34. Cerruto E. No ritmo do coração- Dançaterapia entre o oriente e o ocidente. 1.ed. São Paulo: Phorte, 2009.
35. Aadt.org.ar [homepage na internet]. Buenos Aires. Asociación Argentina de Danzaterapia. Disponível em: <http://www.aadt.org.ar/dmt/queesdmt.html>.
36. Mariafux.com.ar [homepage na internet]. Buenos Aires. Disponível em : <http://www.mariafux.com.ar>.
37. Braga DM, Melo APG, Labronici RHDD, Cunha MCB, Oliveira ASB. Benefícios da Dança Esporte para Pessoas com Deficiência Física. Rev. Neurociências. 2002; 10(3): 153-157.
38. Berrol, C.F, Katz, S.S. Dance/Movement Therapy in the Rehabilitation of individuals surviving severe head injuries. American Journal of Dance Therapy. 1985; 8:46-66.
39. Molho, E.S, Factor, A.S, Podskalny, G.D. The Effect of Dancing on Dystonia. Movement Disorders. 1996; 11 (2):225-227.
40. Berrol CF, Katz SS. Dance/Movement Therapy with older adults who have Sustained Neurological Insult: A Demonstration Project American Journal of Dance Therapy. 1997; 19(2): 135-160.

41. Braccialli, L.M.P, Ravazzi, R.M. Dança: influência no desenvolvimento da criança com paralisia cerebral. Temas sobre desenvolvimento. 1998;7(38):22-25.
42. Peres MS, Mello F, Gonçalves CA. Efeitos da dança em cadeira de rodas no controle de movimentos de tronco em paraplégicos. Arquivos em Movimento. 2007;3(2):56-66.
43. Andrade, S.P; Santana, J.M. Dançaterapia no Domínio Corporal do Paciente Cadeirante portador de Lesão Medular Cervical Baixa. Revista Fafibe On Line. 2007;(3):1-7.
44. Hacney, ME. A study on the effects of Argentine tango as a form of Partnered dance for those with Parkinson Disease and the healthy elderly. American Journal of Dance therapy. 2007;29(2):109-127.
45. Hacney, ME. Effects of Tango on Funcional Mobility in Parkinson's disease : A Preliminary Study. Jnpt. 2007;31:173-178.
46. Silva F, Carvalho BA, Neto ARMN. Dança em Cadeira de Rodas e Paralisia Cerebral: Estudo de caso da menina Laura. Conexões. 2009;7(1): 121-132.
47. Peto AC. Terapia através da dança com laringectomizados: relato de experiência. Rev. latino-am. Enfermagem. 2000; 8 (6): 35-39 .
48. Monteiro W, Monteiro FFS, Oliveira AV, Jesus AP, Bueno CS, Oliveira CS. Análise do equilíbrio dinâmico em idosas praticantes de dança de salão. Fisioterapia em movimento. 2007;20(4):125-136.
49. Braga DM, Mello AP, Labronici RHDD, Cunha MCB, Brandão R, Oliveira A, et al. Dança como recurso artístico: atuando na reabilitação de pacientes com seqüela de acidente vascular cerebral (AVC). Anais do Simpósio Internacional de Dança em Cadeiras de Rodas 2003;27.

50.Nanini D.Dança-educação-Pré-escola à universidade.2.ed.Rio de Janeiro: Sprint,1998.

51.FontesSV. Impacto da fisioterapia em grupo na qualidade de vida de pacientes por AVCI [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2004.

Abstract

Introduction: The dance is not explored in practice therapy especially when referring to patients with neurological diseases, although it is being applied in various fields such as psychiatry, oncology, geriatrics and in treatment of obesity and poor posture, well as children and adults with mental deficits, learning disabilities and emotional disturbances. The goal of this study is to identify the contribution of dance and to characterize its psychological benefits, motor and social rehabilitation of patients with neurological diseases in scientific articles published from 1976 to 2009.

Materials and methods: This study is a narrative review of the literature where the manuscripts selected for this study were selected following the criteria: collection, selection and characterization.

Results: There were 38 scientific papers, where 23 were excluded because it did not meet the criteria for inclusion and exclusion, according to the methodology used, and thus selected 15 articles.

Conclusion: The dance awakens humor and motivation with great potential, which can be used as a resource in neuromotor rehabilitation, promoting higher physical, psychological and developing the social aspect of these patients. We suggest how future research to clinical trials so that its application be extended, from a scientific basis.