



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA ARTE
FACULDADE DE DANÇA
CURSO DE LICENCIATURA EM DANÇA**

SOLARIS CARVALHO DA SILVA

**CORPOS QUE TREMEM: uma análise sobre os efeitos da dança sobre a
autoestima e autoimagem de pessoas com doença de Parkinson.**

**BELÉM-PA
2023**

SOLARIS CARVALHO DA SILVA

CORPOS QUE TREMEM: uma análise sobre os efeitos da dança sobre a autoestima e autoimagem de pessoas com doença de Parkinson.

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para obtenção de grau de Licenciatura em Dança, pela Universidade Federal do Pará.

Orientadora: Lane Viana Krejcovà

2023

Belém – PA

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Biblioteca Universitária da ETDUFPA-Belém-PA**

S586c Silva, Solaris Carvalho da
Corpos que tremem: uma análise sobre os efeitos da dança sobre a autoestima e autoimagem de pessoas com doença de Parkinson / Solaris Carvalho da Silva. 2023.
34 f.

Orientadora: Profa. Dra. Lane Viana Krejcovà

Monografia (Graduação) – Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Arte, Faculdade de Dança, Curso de Licenciatura em Dança, Belém, 2023.

1. Dança – Exercícios terapêuticos. 2. Parkinson, Doença de. 3. Autoestima. 4. Autoimagem. 5. Depressão. I. Título.

CDD - 23. ed. 793.319

Elaborado por Rosemarie de Almeida Costa – CRB-2/726



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA ARTE
FACULDADE DE DANÇA

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos quinze dias do mês de dezembro do ano de dois mil e vinte e três, às dezessete horas, na sala 16, da Faculdade de Dança - Curso de Licenciatura em Dança, reuniu-se a Banca Examinadora constituída pelas docentes: Profª. Dra. Lane Viana Krejcova (Orientadora e Presidente da Sessão) e a Profa. Dra. Benedita Afonso Martins (Bene Martins) (Membro Interno) e a Profa. M.a. Juliana dos Santos Duarte (Membro Externo), para proceder à avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado **CORPOS QUE TREMEM: UMA ANÁLISE SOBRE OS EFEITOS DA DANÇA SOBRE A AUTOESTIMA E AUTOIMAGEM DE PESSOAS COM DOENÇA DE PARKINSON**, de autoria da aluna: Solaris Carvalho da Silva, matrícula: 201706040018, da turma: 2017, do Curso de Licenciatura em Dança. Iniciado os trabalhos, a Presidente da Sessão apresentou as normas de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso e em seguida convidou a aluna para fazer a apresentação do trabalho. Após a exposição oral, a discente foi arguida pelos membros da banca, que atribuíram conceito EXCELENTE ao seu Trabalho de Conclusão de Curso, tendo sido assim APROVADA (aprovado/reprovado), conforme normas regulamentares. Nada mais havendo a tratar, eu, presidente(a) da banca, lavrei a presente ata que segue assinada por mim, pelos demais membros da banca examinadora do trabalho avaliado e pela aluna.

Presidente da Banca

Membro da Banca

Membro da Banca

Solaris Carvalho da Silva
Aluno (a)

À minha família e amigos, sem os quais não estaria aqui.

Agradecimentos

Agradeço a meus pais, por todo o apoio que me deram para que continuasse minha formação e chegasse até este momento. Sem eles, a caminhada da graduação em Dança nem teria começado, pois me incentivaram a sempre seguir meus sonhos e aspirações dentro da arte.

Aos meus guias e entidades, que me mantiveram firme nessa caminhada. Sem eles, haveria me perdido em meus problemas e não seguiria em frente.

Aos meus amigos, sem os quais eu não teria forças para continuar na graduação e em minha pesquisa, que me ouviram falar e explicar centenas de vezes sobre minha pesquisa e minha paixão pela área.

E por fim, agradeço ao meu marido, Bernardo, por todo o amor, apoio, companhia, conversas, dicas, correções e pesquisas que fizemos juntos para que eu chegasse a esse momento. Muito obrigada.

Tudo dança
Toda partícula
Tudo é sonho
Seja qual for a dimensão.
(Cícero Lins, 2020)

RESUMO

A pesquisa ambientada no projeto Baila Parkinson tem como objetivo analisar os efeitos da prática de dança na autoestima e autoimagem de pacientes com Doença de Parkinson. Para isso, foram utilizados três testes aplicados dentro da clínica onde o projeto funciona: a Escala de Autoestima de Rosenberg, a Body Appreciation Scale-2 e a Escala de Geriátrica de Depressão. Os dois primeiros testes foram realizados pela autora e o último, utilizado como fonte para comparação de resultados, foi aplicado por outros pesquisadores do projeto. Os resultados da pesquisa mostraram inconsistências entre os resultados apresentados e as vivências contadas pelos participantes, assim como uma diferença significativa entre os resultados dos participantes recorrentes e os ingressantes no programa. Tais resultados levaram a questionamentos e suposições sobre seus motivos, assim levando a uma discussão sobre a sensibilidade dos próprios testes aplicados, assim como a relação dos pacientes com a vergonha de se mostrarem infelizes com seus corpos, vidas e vivências.

Palavras-chave: Dança, Doença de Parkinson, Autoestima, Autoimagem, Depressão.

ABSTRACT

The research set in the Baila Parkinson project aims to analyze the effects of dance practices on the self-esteem and body image of Parkinson's Disease patients. For that purpose, three tests were utilized, applied on the clinic where the project takes place: the Rosenberg Self-Esteem Scale, the Body Appreciation Scale-2 and the Geriatric Depression Scale. The two former tests were applied by the author while the latter, used as a means of result comparison, was applied by other researchers in the project. The results of the research showed inconsistencies between the results shown and the life experiences told by the participants, as well as a significant difference between the results of the recurring participants and those starting on the program. These results led to questionings and suppositions about their reasons, thus leading to a discussion about the sensibility of the tests itselfs, as well as the relationship between the patients and the shame of showing themselves as unhappy with their bodies, lives and life experiences.

Keywords: Dance, Parkinson's Disease, Self-esteem, Body image, Depression.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resultados gerais dos 3 questionários

Tabela 2 – Resultados do grupo 1

Tabela 3 – Resultados do Grupo 2

LISTA DE SIGLAS

DP	Doença de Parkinson.
RSE	Escala de Autoestima de Rosenberg
BAS-2	Body Appreciation Scale-2
GDS-15	Escala Geriátrica de Depressão.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO:	11
2. METODOLOGIA:.....	13
3. RESULTADOS.....	17
3.1. Grupo 1	18
3.2. Grupo 2	19
4. DISCUSSÃO	21
5. CONCLUSÃO.....	25
REFERÊNCIAS:	27

1. INTRODUÇÃO:

A Doença de Parkinson, além de seus efeitos e sintomas motores, atravessa a barreira do físico em seus efeitos psicológicos, em especial a sua relação direta com o desenvolvimento de quadros de depressão e ansiedade nas pessoas acometidas dessa condição. De acordo com Sudeshna Ray e Pinky Agarwal (2019), sintomas de depressão são presentes em 20 a 30% dos pacientes com Parkinson, muitas vezes se apresentando antes mesmo de um diagnóstico definitivo da Doença de Parkinson. A ansiedade, por sua vez, apresenta sintomas significativos clinicamente em 20 a 52% dos pacientes. Ainda segundo os autores, na maioria dos casos, a ansiedade e a depressão coexistem, e os sintomas da ansiedade se dão principalmente em pacientes mais jovens, abaixo dos 55 anos.

Dentre os sintomas da depressão, estão presentes a falta de autoestima e a sensação de inutilidade profunda, muitas vezes causada, no caso da doença de Parkinson, pelos sintomas motores e perda de autonomia em suas atividades de vida diária. Tais sintomas, além daqueles prevalentes do Transtorno de Ansiedade, causam à pessoa uma perda na qualidade de vida, afetando não somente o paciente, mas também todos ao seu redor.

A partir da obra de Gammon M. Earhart, é possível afirmar que o exercício físico é uma das principais formas de melhora na qualidade de vida e dos sintomas motores da Doença de Parkinson:

[...]Uma análise recente acerca dos benefícios do exercício para aqueles com DP concluiu que existe evidência suficiente na literatura para suportar aos efeitos positivos do exercício na velocidade de marcha, força, equilíbrio e qualidade de vida. Evidências também sugerem que indivíduos com maiores níveis de atividade física habitual estão em menor risco de desenvolver DP. [...] (EARHART, 2009)

Também de acordo com Earhart (2009), os benefícios da Dança como forma de terapia para os sintomas da Doença de Parkinson se mostram ainda superiores aos efeitos da atividade física em si, como visto em um estudo realizado em seu próprio laboratório que mostrou uma melhora de 4 pontos na Escala de Equilíbrio de Berg após um período de 10 semanas em um programa de Tango. Ao mesmo tempo, foi observado

um grupo de controle que foi submetido a um programa de exercícios não baseado em dança. Tal grupo não apresentou melhoras significativas e ainda mostrou uma taxa de adesão pós-programa nula, enquanto o grupo do Tango reteve mais da metade de seus participantes e ainda alguns dos pacientes do outro grupo que se juntaram ao programa de dança.

A partir disso, a presente pesquisa tomou seu caminho inicial ao questionar-se sobre a ação da dança e atividade física sobre a relação da pessoa com Doença de Parkinson, seus sintomas motores e sua autoestima e autoimagem. Além disso, questionamos sua relação com o conceito de Aprovação/Desaprovação, exposto por Viola Spolin em sua obra “Jogos Teatrais na sala de aula: um manual para o professor” (2007).

Buscamos entender em que aspectos os sintomas da Doença de Parkinson afetam a capacidade da pessoa de apreciar seu corpo, suas capacidades, seus feitos e orgulhos, sua visão de si mesma e dos outros. Até que ponto os sintomas motores afetam apenas os aspectos físicos do corpo? É possível melhorar significativamente os aspectos psicológicos do paciente a partir do movimento e da interação em grupo?

O principal objetivo da pesquisa é observar as repercussões, em pessoas acometidas da Doença de Parkinson, da vivência em dança e movimento proporcionada pelo Projeto de Pesquisa Baila Parkinson, realizado pelo Grupo Parkinson. Buscamos analisar de forma quantitativa e qualitativa as mudanças comportamentais em relação a sua autoestima e percepção de autoimagem, além de sua interação em grupo dentro das experiências vividas.

2. METODOLOGIA:

O ponto de partida da pesquisa se dá nos primeiros protocolos aplicados aos pacientes, uma amostra de 19 adultos e idosos que fazem parte do projeto Baila Parkinson, 10 dos quais já faziam parte do projeto e 09 que estavam ingressando pela primeira vez. Dentre os participantes estão 13 homens e 6 mulheres entre as idades de 47 e 88 anos. Os tempos de diagnóstico estão entre 2 e 19 anos.

Os questionários aplicados foram a Escala de Autoestima de Rosenberg (originalmente Rosenberg Self-Esteem Scale ou RSE) e a *Body Appreciation Scale-2* (BAS-2), ambas respaldadas por suas respectivas pesquisas e reconhecidas como forma de avaliação comportamental. Os questionários foram aplicados oralmente e individualmente, durante o período de testes e avaliações realizados nos primeiros contatos com os pacientes.

Os questionários são formados por 10 afirmações cada, com pontuações definidas por cada alternativa. A Escala de Autoestima de Rosenberg é formada pelas seguintes afirmações:

1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.
2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.
3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.
4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.
5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.
6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.
7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.
8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.
9. Às vezes eu me sinto inútil.
10. Às vezes eu acho que não presto para nada.

Cada frase deve ser respondida em quatro alternativas: Discordo Totalmente, Discordo, Concordo e Concordo Totalmente, e a pontuação por item é feita de acordo com a alternativa marcada, em um sistema de 0 a 3 pontos. Os itens 1, 2, 4, 6 e 7 são pontuados diretamente e os itens 3, 5, 8, 9 e 10 são pontuados inversamente. O resultado se deu pela soma dos valores das alternativas marcadas, após inverter-se os valores dos itens de pontuação inversa.

Valores de referência:

- 0 a 15 pontos: Baixa Autoestima;
- 16 a 25 pontos: Autoestima normal;
- 26 a 30 pontos: Alta Autoestima.

O Body Appreciation Scale-2 (BAS-2) possui as seguintes afirmações:

1. Eu respeito meu corpo.
2. Eu me sinto bem com meu corpo.
3. Eu sinto que meu corpo tem ao menos algumas qualidades boas.
4. Eu tomo uma atitude positiva para com meu corpo.
5. Eu sou atencioso com as necessidades do meu corpo.
6. Eu amo o meu corpo.
7. Eu aprecio as características diferentes e únicas do meu corpo.
8. Meu comportamento revela minha atitude positiva em relação ao meu corpo.
9. Eu estou confortável no meu corpo.
10. Eu me sinto bonito(a) mesmo que eu seja diferente das imagens de pessoas atraentes na mídia.

Cada uma das afirmações deve ser respondida com uma das seguintes alternativas: Nunca, Raramente, Ocasionalmente, Frequentemente e Muito Frequentemente. Cada uma das alternativas tem uma pontuação de 1 a 5 e todas os itens são pontuados diretamente. A pontuação final se dá pela média da pontuação em relação ao número de itens.

Valores de referência:

- 0,1 a 2,0: Autoimagem ruim;
- 2,1 a 4,0: Autoimagem normal
- 4,1 a 5: Autoimagem boa.

O primeiro protocolo foi aplicado e as pontuações analisadas e então, para fins comparativos, também utilizamos os resultados da Escala Geriátrica de Depressão, que também foi aplicada aos pacientes em seu período de triagem para o início do semestre no projeto. A Escala Geriátrica de Depressão é formada pelos itens:

1. Você está satisfeito com sua vida?
2. Você deixou muitos de seus interesses e atividades?
3. Você sente que sua vida está vazia?

4. Você se aborrece com frequência?
5. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?
6. Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?
7. Você se sente feliz a maior parte do tempo?
8. Você sente que sua situação não tem saída?
9. Você prefere ficar em casa do que sair e fazer coisas novas?
10. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?
11. Você acha maravilhoso estar vivo?
12. Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?
13. Você se sente cheio de energia?
14. Você acha que sua situação é sem esperanças?
15. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?

Os itens são respondidos entre Sim e Não, com valores entre 0 e 1 alternados entre os itens. Sim=0 e Não=1 nos itens 1, 5, 7, 11 e 13; Sim=1 e Não=2 nos itens 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 e 15. A pontuação se dá pela soma do valor total das respostas aos 15 itens.

Valores de referência:

- 0 a 5 pontos: Normal;
- 6 a 10: Depressão Leve
- 11 a 15: Depressão Severa.

3. RESULTADOS

Uma análise preliminar dos resultados do protocolo mostrou os seguintes resultados dos três questionários aplicados, com todos os participantes incluídos, assim como a média geral e o desvio padrão da média de cada um dos testes:

Tabela 1 - Resultados gerais dos 3 questionários.

	Escala de Autoestima de Rosenberg	Body Appreciation Scale-2	Escala Geriátrica de Depressão
Participante 1	17	4.8	3
Participante 2	18	5	4
Participante 3	22	5	2
Participante 4	19	5	4
Participante 5	22	4.3	3
Participante 6	14	2.9	9
Participante 7	27	4.9	3
Participante 8	25	4.9	2
Participante 9	19	1.7	5
Participante 10	19	4	5
Participante 11	15	4.4	9
Participante 12	22	4.7	0
Participante 13	22	3.9	2
Participante 14	26	4.1	6
Participante 15	27	5	3
Participante 16	13	1.5	15
Participante 17	16	4.4	14
Participante 18	20	4.5	5
Participante 19	17	5	10
Média	20	4,833333333	5,473684211
Desvio Padrão	4,255715112	0,40824829	4,114586803

Fonte: Elaborado pela autora.

Em uma visão geral, os participantes apresentaram uma média de pontuação de 20 pontos na Escala de Autoestima de Rosenberg, que se encaixa no valor de referência de Autoestima Normal, e um desvio padrão de 4,25; 4,83 pontos na Body Appreciation Scale, que se encontra na faixa de Autoimagem boa, desvio padrão de 0,40 e 5,47 pontos na Escala Geriátrica de Depressão, que nos mostra uma pontuação de normalidade em relação à depressão, com um desvio padrão de 4,11 pontos. Após a análise dos resultados em um grupo geral, os resultados foram separados em dois grupos: Grupo 1, onde se encontram os pacientes já ativos do Projeto e o Grupo 2, onde se encontram os pacientes ingressantes do semestre.

3.1. Grupo 1

Tabela 2 – Resultados do grupo 1.

	Escala de Autoestima de Rosenberg	Body Appreciation Scale-2	Escala Geriátrica de Depressão
Participante 1	17	4.8	3
Participante 2	18	5	4
Participante 3	22	5	2
Participante 4	19	5	4
Participante 5	22	4.3	3
Participante 6	14	2.9	9
Participante 7	27	4.9	3
Participante 8	25	4.9	2
Participante 9	19	1.7	5
Participante 10	19	4	5
Média	20,2	4,75	4
Desvia Padrão	3,85284887	0,5	2,05480467

Fonte: Elaborado pela autora.

Analisando apenas os participantes que já faziam parte do projeto antes da aplicação dos questionários, podemos observar uma média de 20,2 pontos na Escala de Autoestima de Rosenberg, dentro da faixa de Autoestima Normal, desvio padrão de 3,85; 4,75 pontos na Body Appreciation Scale, na faixa de Autoimagem boa, desvio padrão de

0,5 e 4 pontos na Escala Geriátrica de Depressão, dentro da faixa de normalidade, com um desvio padrão de 2,05 pontos.

3.2. Grupo 2

Tabela 3: Resultados do Grupo 2.

	Escala de Autoestima de Rosenberg	Body Appreciation Scale-2	Escala Geriátrica de Depressão
Participante 12	15	4.4	9
Participante 13	22	4.7	0
Participante 14	22	3.9	2
Participante 15	26	4.1	6
Participante 16	27	5	3
Participante 17	13	1.5	15
Participante 18	16	4.4	14
Participante 19	20	4.5	5
Participante 20	17	5	10
Média	19,7777778	5	7,11111111
Desvio Padrão	4,89330609	0	5,25462759

Fonte: Elaborado pela autora.

Dentro da análise apenas com os participantes novos, que não tinham nenhum contato com o projeto antes da aplicação dos questionários, observamos uma média de 19,77 pontos na Escala de Autoestima de Rosenberg, na faixa de Autoestima Normal, e um desvio padrão de 4,89; 5 pontos na Body Appreciation Scale, pontuação máxima do teste, que se encontra na faixa de Autoimagem Boa, desvio padrão de 0 pontos e 7,11 na Escala Geriátrica de Depressão, que se mostra na faixa de Depressão Leve, com um desvio padrão de 5,25.

4. DISCUSSÃO

Após a análise inicial das pontuações dos participantes nos testes, foi possível observar uma diferença virtualmente insignificante nos resultados da Escala de Autoestima de Rosenberg e da Body Appreciation Scale, ambas com menos de um ponto de diferença entre a média dos participantes já ativos do projeto Baila Parkinson e os ingressantes do semestre. O Grupo 1 possuindo uma média de 20,2 no RSE e 4,75 no BAS-2, e o Grupo 2 com uma média de 19,77 no RSE e 5 no BAS-2. Tal análise gerou questionamentos durante as discussões dos resultados, levando em conta as aplicações orais dos questionários – onde diversos dos participantes relataram um intenso descontentamento consigo mesmos e suas vidas após o diagnóstico da Doença de Parkinson – e os resultados dos testes se apresentando consistentemente dentro da normalidade.

Muitos dos entrevistados relataram que a impossibilidade de realizar suas atividades de vida diária, como por exemplo comer e se vestir por conta própria, geram uma sensação de inutilidade intensa e até mesmo brigas e descontentamentos familiares, por conta de muitos não conseguirem facilmente aceitar a ajuda vinda de outras pessoas. A partir desse acontecimento, introduzimos na pesquisa os dados coletados na Escala Geriátrica de Depressão (GDS-15), aplicada pelos profissionais do Grupo Parkinson também nos primeiros momentos dos pacientes no projeto.

Nos resultados da Escala Geriátrica de Depressão, encontramos dados diferentes da impressão que os dois questionários aplicados por mim mostraram: uma diferença de 3,11 pontos entre o grupo dos pacientes antigos e dos novos. O grupo 1 (pacientes antigos do grupo) possui uma média de 4 pontos, com um desvio padrão de 2,05 pontos, enquanto o grupo 2 (pacientes novos) possui uma média de 7,11 pontos e desvio padrão de 5,25. Tais dados nos mostram que o grupo 1 possui uma média considerada normal e o grupo 2 apresenta, em uma visão geral, depressão leve.

Um olhar mais próximo também nos mostra que dentro do Grupo 1, a maior pontuação dentro da escala de depressão é de 9 pontos, nenhum dos casos chegando a entrar na faixa de depressão severa e a grande maioria dos pacientes dentro da normalidade. No Grupo 2, no entanto, a grande maioria dos pacientes se encontra dentro

da faixa de depressão leve e dois dos pacientes pontuaram dentro da faixa de depressão severa.

Pesquisas anteriores realizadas dentro do projeto Baila Parkinson nos permitem afirmar que

“A adesão ao programa de terapia em dança no programa Baila Parkinson® reduziu significativamente a prevalência de quadros de apatia em pacientes com DP. [...] A dança, por configurar atividade extremamente atrativa e aprazível, além de terapia enriquecida em estímulos motores e cognitivos, constitui ferramenta importante como terapia complementar à farmacológica no manejo da DP.” MACHADO et al (2017).

Assim, podemos inferir que a discrepância entre os resultados da GDS 15 entre os dois grupos pode ser atribuída aos efeitos positivos da prática de dança como terapia para a DP, visto que os grupos foram separados entre participantes recorrentes e ingressantes no programa. A dança vem sendo observada como uma alternativa para melhora tanto motora quanto psicológica dos pacientes, com diversas pesquisas e trabalhos em andamento.

No entanto, o resultado tanto quanto curioso dos dois primeiros questionários analisados, a Escala de Autoestima de Rosenberg e a Body Appreciation Scale-2 , principalmente quando comparados aos resultados da GDS-15, nos fazem pensar em possibilidades de explicação do motivo dessa discrepância. Uma dessas possibilidades é a da diferença na sensibilidade dos testes, principalmente levando em conta o público em que foram aplicados.

A Escala de Autoestima de Rosenberg é um questionário que infere sobre as atitudes do indivíduo, com 4 alternativas de resposta, assim como a BAS-2 questiona apenas sobre o corpo da pessoa, com 5 alternativas de resposta. A GDS-15, no entanto, questiona sobre os sentimentos do paciente, e possui apenas duas alternativas: “sim” e “não, tornando-a muito mais possível de uma análise direta, considerando que os paciente de DP podem possuir dificuldades de assimilar e racionalizar as perguntas e respostas dos dois primeiros questionários, pela dificuldade em escolher entre diversas alternativas, bem como a necessidade de memorização de alternativas para análise da

questão e subsequente escolha da que mais se enquadra. Assim, existe a possibilidade de que as respostas dos dois primeiros protocolos aplicados não sejam condizentes com a realidade dos pacientes, podendo ter sido afetada por fatores cognitivos associados à DP, ou até mesmo cansaço quando da aplicação dos questionários que acabam por levar um tempo relativamente longo.

Outra possibilidade vem através de estudos sobre a obra de Viola Spolin (2007), onde a autora escreve sobre um conceito chamado Aprovação/Desaprovação:

“A necessidade de olhar para os outros para dizer onde estamos, quem somos e o que está acontecendo resulta em uma séria perda de experiência pessoal. Buscando salvarmo-nos de ataques (desaprovação), construímos uma fortaleza e ficamos tímidos ou lutamos cada vez que nos aventuramos para fora. Alguns, na busca por aprovação, desenvolvem egocentrismo e exibicionismo, outros simplesmente desistem.”(SPOLIN, 2007)

Tal ideia nos leva a pensar sobre a possibilidade de as respostas dos questionários terem sido alteradas intuitivamente pelos pacientes, pelo medo e vergonha de se mostrarem desconfortáveis com seus próprios corpos e vidas em suas respostas. Essa possibilidade explicaria a grande diferença entre os resultados dos testes de autoestima e autoimagem e as falas dos pacientes enquanto conversavam comigo antes e durante a aplicação desses mesmos testes. É sempre necessária uma análise do ambiente e sociedade onde as pessoas estão inseridas e a realidade da sociedade atual é uma em que admitir que algo não está “perfeito” é uma demonstração de fraqueza e fracasso.

Na perspectiva do filósofo Byung Chul Han vivemos atualmente uma verdadeira ditadura da positividade, corroborada com o avanço da tecnologia que permeia o nosso cotidiano. Estímulos são lançados de todos os lados, uma quantidade massiva de informações sendo bombardeadas em nosso cérebro através de aplicativos nos celulares, na televisão, no computador, fazendo da felicidade e da positividade alémde um produto para consumo, uma regra de conformidade social (JUNIOR e ALVES, 2022).

Desse modo, especialmente no processo de enfrentamento de uma doença neurodegenerativa, frente à obrigatoriedades impostas pela “psicologia positiva”, a

maneira com a qual essa pessoa vai externar seu processo de enfrentamento ao diagnóstico e aos processos associados à progressão da DP, atribui a este um juízo de valor em uma sociedade onde a felicidade muitas vezes possui preço e deve ser conquistada a qualquer custo. Uma sociedade onde não ser feliz é visto como sinal de fracasso e culpa, na medida em que ser feliz é questão de mérito e quem não está feliz é porque não se esforçou o suficiente (LONGO, 2022). É possível que de certa forma as respostas das escalas aqui aplicadas possam ter sido influenciadas por tais conceitos, o que nos aponta ainda a importância em pensar sobre questões existenciais, sobretudo aquelas que hoje recebem muitas vezes uma rotulação negativa.

5. CONCLUSÃO

Pudemos verificar uma discrepância entre os resultados dos questionários aplicados e a realidade dos pacientes, como contada por eles próprios durante a realização dos testes. Além disso, após a separação dos participantes entre pacientes recorrentes e ingressantes no programa, pudemos também observar uma diferença significativa no resultado da Escala Geriátrica de Depressão: uma pontuação em média 3,1 pontos menor nos participantes antigos.

Os resultados da pesquisa, apesar de não conclusivos, nos levam a questionamentos e possibilidades dentro desse mesmo estudo. Uma análise mais minuciosa será feita na continuação dessa pesquisa em momentos futuros, com a reaplicação dos testes e análises comportamentais dos pacientes após um período determinado de participação no programa Baila Parkinson.

REFERÊNCIAS:

EARHART, Gammon M. **Dance as therapy for individuals with Parkinson disease.** European journal of physical and rehabilitation medicine, v. 45, n. 2, p. 231, 2009.

JUNIOR, Denis Fernandes Lino; ALVES, Alessandro Cavassin. **O eros e a contemplação como resposta à ditadura da positividade em Byung Chul Han.** Helleniká-Revista Cultural, v. 4, n. 4, p. 97-109, 2022.

LONGO, Giovan. 7. **Sobre o direito de ficar triste:** críticas à ditadura da felicidade. XXII Semana Acadêmica do PPG em Filosofia da PUCRS Vol. 4 FILOSOFIA CONTEMPORÂNEA III, p. 115.

MACHADO, Inara Priscylla Rodrigues; KREJČOVÁ, Lane Viana; TEIXEIRA, Viviane Kharine. **Alterações neuropsiquiátricas na doença de Parkinson:** depressão, apatia e os efeitos da prática de dança. Anais do VI Congresso de Educação em Saúde da Amazônia (COESA), Universidade Federal do Pará – 7 a 10 de novembro de 2017. ISSN 2359-084X.

RAY, Sudeshna; AGARWAL, Pinky. **Depression and anxiety in Parkinson disease.** Clinics in geriatric medicine, v. 36, n. 1, p. 93-104, 2020.

ROSENBERG, Morris. **Rosenberg self-esteem scale (RSE). Acceptance and commitment therapy.** Measures package, v. 61, n. 52, p. 18, 1965.

TYLKA, Tracy L.; WOOD-BARCALOW, Nichole L. **The Body Appreciation Scale-2:** item refinement and psychometric evaluation. Body image, v. 12, p. 53-67, 2015.

Artigo a ser submetido para publicação na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia - <https://www.scielo.br/journal/rbogg/about/#instructions>

INSTRUÇÕES PARA AUTORES

Categorias de Manuscritos

Todos os artigos, independentemente da categoria, deverão ser redigidos de acordo com as diretrizes da RBGG, observando o desenho do estudo do artigo (descrito no Checklist no site da revista).

Artigos originais: devem ser trabalhos de pesquisa originais que tenham como objetivo publicar novos resultados de pesquisas sobre áreas temáticas relevantes para a área de estudo. Embora outras estruturas possam ser aceitas, em geral os artigos deverão obedecer à seguinte estrutura: Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão e Conclusões.

Os artigos poderão conter no máximo 4.000 palavras, excluindo resumo, referências bibliográficas, tabelas e figuras. Número máximo de 35 referências e 5 tabelas e figuras.

O número de identificação de registro do ensaio será solicitado para aceitação de estudos originais que contenham dados de ensaios clínicos.

Artigos de opinião:

Os artigos de opinião são textos de livre opinião que visam provocar reflexões e discussões sobre temas de interesse para a Geriatria e a Gerontologia, elaborados com qualidade científica e ética.

Máximo de 4.000 palavras, excluindo resumo, referências, tabelas e figuras. Máximo de 30 referências e quatro tabelas e/ou figuras. O texto deverá incluir resumo e de duas a cinco palavras-chave.

Revisões:

a) Revisão sistemática – tipo de revisão que visa resolver uma questão específica que é foco da revisão. É realizado por meio de uma síntese dos resultados de estudos originais quantitativos ou qualitativos e descreve a metodologia adotada na pesquisa dos estudos, os critérios que foram utilizados para selecionar os estudos que foram incluídos na revisão e os procedimentos que foram implementados na síntese dos resultados. obtido.

b) Metanálise – É uma técnica estatística utilizada para combinar resultados de dois ou mais estudos diferentes encontrados na literatura sobre uma mesma questão de pesquisa. Integra os dados de forma padronizada, visando um resultado com maior poder explicativo e para esclarecer possíveis divergências nas conclusões dos diferentes estudos de origem.

c) Scooping review – Mapeamento da literatura em relação a métodos, análises de dados, variáveis, conceitos etc. utilizados sobre determinado

tema sobre o qual ainda não há muito conhecimento produzido. Em geral, tem como objetivo orientar a posterior execução de uma revisão sistemática ou de uma meta-análise. Parte de uma busca mais ampla e se aprofunda utilizando os descritores e referências inicialmente encontrados para orientar com mais precisão a revisão sobre o que foi publicado sobre o tema.

d) Revisão integrativa - método amplo de revisão que permite a inclusão de literatura teórica e empírica, além de estudos que adotam abordagens metodológicas alternativas (quantitativas e qualitativas). Os estudos incluídos na revisão devem ser analisados sistematicamente quanto aos seus objetivos, metodologias e materiais utilizados.

Máximo de 4.000 palavras, excluindo resumo e referências bibliográficas. Número máximo de 50 referências e 5 tabelas e figuras.

Estudos de caso: Relatórios inéditos, com descrição bem documentada, relacionados à área temática da revista. O objetivo desta categoria é anunciar novas variações em processos de doenças, tratamentos ou resultados incomuns, etc., para os quais ainda não houve tempo para que uma análise com maior número de casos seja preparada e submetida como “artigo original”. Os autores deverão descrever, na argumentação do texto, suas características relevantes e relação com casos já publicados na literatura da área. O texto deverá incluir Introdução, Método, Resultados (descrevendo o experimento não publicado), Discussão e Conclusão.

Máximo de 3.000 palavras, excluindo resumo e referências bibliográficas. Número máximo de 25 referências e 3 tabelas e figuras.

Recomendamos que você consulte as diretrizes para um relato de caso.

Atualizações: artigos descritivos e interpretativos que se baseiam na situação geral atual do assunto que está sendo estudado ou que pode ser pesquisado.

Máximo de 3.000 palavras, excluindo resumo e referências bibliográficas. Número máximo de 25 referências e 3 tabelas e figuras.

Research briefs: Relatórios breves dos resultados preliminares de pesquisas de estudos em andamento ou recentemente concluídos, antecipando resultados inovadores. Estes necessitam de ser publicados com urgência, pois demonstram fortes evidências de relações entre variáveis que podem levar a riscos para a saúde pública, embora nem todas as hipóteses ou efeitos alternativos tenham sido totalmente compreendidos.

Máximo de 1.500 palavras, excluindo resumo e referências bibliográficas. Número máximo de referências: 10 e uma tabela/figura.

Carta ao editor: Opinião individual sobre determinado artigo.

Máximo de 600 palavras, excluindo resumo e referências bibliográficas. Número máximo de referências: 08.

Mais informações disponíveis em: www.rbgg.com.br

Preparação do Manuscrito

São aceitos manuscritos em português, espanhol e inglês. Os manuscritos deverão ser digitados e submetidos em formato .doc, .txt ou .rtf, em fonte Arial12, em papel tamanho padrão A-4, espaçamento 1,5 entre linhas; alinhamento à esquerda.

As páginas não devem ser numeradas. Título:

a) Título completo do artigo, em português ou espanhol e em inglês, incluindo título abreviado para cada página.

Resumo: os trabalhos deverão incluir um resumo com no mínimo 150 e no máximo 250 palavras. Além do resumo em inglês, os trabalhos submetidos em inglês deverão ter resumo em português.

Os resumos dos artigos originais devem indicar os aspectos mais salientes dos objetivos, metodologia, resultados e conclusões do artigo. Para outros tipos de artigos, o formato dos resumos também deverá ser narrativo, porém deverão incluir as mesmas informações. Os resumos não devem conter citações.

Palavras-chave: indicar, no campo específico, de três a seis termos que identifiquem o objeto do estudo utilizando descritores em Ciências da Saúde - DeCS - da Bireme - disponíveis em <https://decs.bvsalud.org/>

Corpo do artigo: O número total de palavras do artigo não deve ultrapassar 4.000, incluindo Introdução; Método; Resultado; Discussão; Conclusão e Agradecimentos (este último não é obrigatório).

Introdução: deverá conter o objetivo e a justificativa do estudo; sua importância, abrangência, limitações, controvérsias e outras informações que o autor julgue relevantes. Deve ser breve, exceto para manuscritos submetidos como Artigos de Revisão.

Metodologia: esta seção deve descrever a origem da amostra e o processo de amostragem, além de apresentar dados referentes às métricas da pesquisa e à estratégia de análise utilizada. Para estudos que envolvam seres humanos, o projeto deve incluir a utilização de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que é apresentado aos participantes do estudo mediante aprovação do Comitê de Ética da instituição onde o projeto foi realizado.

Resultados: os resultados devem ser apresentados de forma clara e concisa. As tabelas e figuras devem ser apresentadas de forma autoexplicativa e devem mencionar a significância estatística, quando relevante. Deve-se evitar repetir dados que aparecem no corpo do artigo. O número máximo de tabelas e/ou figuras é 5 (cinco).

Discussão: esta seção deverá analisar os resultados, apresentar a interpretação/avaliação dos autores com base nas observações que aparecem na literatura atual e nas implicações/ramificações que estão implícitas ao conhecimento sobre o assunto. Os desafios e limitações do estudo devem ser mencionados nesta seção.

Conclusão: esta seção deve apresentar as conclusões tiradas que sejam relevantes para o objetivo do projeto e indicar direções futuras nas quais a pesquisa poderá progredir.

Agradecimentos: os agradecimentos às instituições ou pessoas que efetivamente colaboraram com o trabalho podem ser expressos nesta seção em um parágrafo de até cinco linhas.

Referências: as referências devem ser padronizadas de acordo com o estilo Vancouver. As referências no texto, tabelas e figuras devem ser identificadas com algarismos arábicos que correspondam aos seus respectivos números na lista de referências. As referências devem ser listadas na ordem em que aparecem pela primeira vez no texto (não em ordem alfabética). Cada uma das obras citadas no texto deve aparecer nas referências.

Um mínimo de 50% das referências devem ser provenientes de publicações dos últimos cinco anos.

Os autores são responsáveis pela veracidade das referências, bem como pela sua devida citação no corpo do artigo.

Notas de rodapé: devem ser limitadas àquelas que são absolutamente necessárias; uma nota final não deve ser incluída.

Imagens, figuras, tabelas, gráficos ou desenhos deverão ser encaminhados ou produzidos em formato Excel ou Word e deverão ser editáveis e em tons de cinza ou preto.

Os gráficos devem usar fonte tamanho 11, ser centralizados e conter informações sobre o local e ano do evento/coleção.

Serão aceitos trabalhos desenvolvidos em softwares estatísticos (como SPSS, BioStat, Stata, Statistica, R, Mplus etc.), porém deverão ser posteriormente editados de acordo com os requisitos da declaração normativa final e traduzidos para o inglês.

Estudos envolvendo participantes humanos: devem incluir informações referentes à aprovação pelo comitê de ética em pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O último parágrafo da seção “Método” deve indicar claramente o cumprimento da Resolução 466. O manuscrito deve incluir cópia da autorização do comunicado normativo do Comitê de Ética.

Ensaio clínico: a Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia apoia as políticas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) para o registro de ensaios clínicos e reconhece a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação pública internacional de informações sobre estudos clínicos. Com isso, a partir de 2007, os únicos trabalhos de pesquisa clínica que serão aceitos para publicação serão aqueles que receberam número de identificação de um dos Registros de Ensaios Clínicos certificados de acordo com os critérios estabelecidos pelo ICMJE e pela OMS, cujo e- endereços de correio estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá constar no final do resumo. O autor deverá consultar os seguintes Checklists, de acordo com o tipo de estudo realizado:

- CONSORT - para ensaios clínicos controlados e randomizados
- CONSORT CLUSTER - uma extensão para ensaios clínicos com clusters

- TENDÊNCIA - avaliação não randomizada em saúde pública
- STARD - para testes de precisão diagnóstica
- OBSERVAÇÃO - para testes de precisão prognóstica
 - STROBE - para estudos epidemiológicos observacionais (coorte, caso controle ou estudo transversal)
- MOOSE - para meta-análise de estudos epidemiológicos observacionais
- PRISMA - para revisões sistemáticas e meta-análises
- CASP - para revisões integrativas
- COREQ – para estudos qualitativos

Pesquisas com seres humanos: devem seguir os princípios éticos para pesquisas médicas adotados pela reunião da Associação Médica Mundial em Helsinque e as alterações das reuniões seguintes (<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-principios-eticos-para-pesquisa-medica-envolvendo-seus-humanos/>) e leis vigentes do país em que a pesquisa foi realizada. As pesquisas realizadas no Brasil devem incluir informações sobre aprovação do Comitê de Ética, conforme resoluções número 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Na seção dos Métodos, o último parágrafo deverá conter uma frase assegurando seu cumprimento. O manuscrito deverá ser acompanhado de cópia da aprovação do Comitê de Ética.

Ensaio Clínico: BJGG apoia a política de registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e apresentação internacional de informações de ensaios clínicos, em acesso aberto. Assim, somente serão aceitos para publicação manuscritos de ensaios clínicos que tenham recebido número de identificação de Registro de Ensaios Clínicos baseado em critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE. O número de identificação deverá ser citado no final do resumo.

Links: <http://www.who.int/ictcp/network/primary/en/> and <http://www.icmje.org/>