

PERFIL DA DOR EM BAILARINOS EM UMA ESCOLA DE DANÇA NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS- MA.

Pedro Henrique Padilha Ferreira¹
Roseana Silva Correa²

INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR FRANCISCANO / IESF

RESUMO

O presente artigo estudou uma amostra da população geral dos alunos da escola dança, onde se descreveu o perfil da dor dos bailarinos. Foram relacionados, os níveis de dor percebida com a carga horária de treino dos bailarinos, evidenciando o seguimento corporal mais afetado pela dor, e o sexo mais acometido. Foi realizado um estudo descritivo de caráter exploratório. A coleta de dados foi realizada através de um questionário previamente elaborado e aplicado, e explicado pelos pesquisadores, por meio de ida a Escola de Dança Adagio no período de fevereiro de 2017. A partir dos resultados do questionário, os dados coletados foram tabulados, e avaliados pelos pesquisadores. Observou-se que a carga horária semanal dos bailarinos influenciou no nível de dor, esta avaliada através da Escala Visual Analógica (E.V.A). A área do corpo afetada em comum foi do joelho, este analisado pelo mapa corporal de Corlett; e maior nível de dor encontrada foi nos indivíduos sexo masculino, levando em consideração todas as variáveis envolvidas nos questionários. Conclui-se que a partir dos dados encontrados, onde é notável a presença dor nos bailarinos, o que torna importante a atuação de profissionais da saúde nas escolas e companhias de dança, a fim de contribuir beneficentemente para diminuir a vulnerabilidade dos bailarinos ao aparecimento da dor.

Palavras-chave: Perfil. Dor. Dança. Vulnerabilidade.

1 INTRODUÇÃO

Dor é definida por Baez, Corona e Estañol (1990), como um fenômeno inatingível, invisível e imensurável. Individuais para ocorrências de alterações na integridade ou funcionalidade do organismo, podendo ser incapacitante e acarretar modificações danosas ao âmbito orgânico, emocional, comportamental e social do indivíduo que dela sofre (TEIXEIRA, 1997).

A dança por sua natureza esta ligada às capacidades criativas e motoras do indivíduo. Composta pelas relações estabelecidas entre o dançarino, seu instrumento (corpo) e a sociedade, através de um processo que se desenvolve conscientemente a partir de elementos existentes ou descobertos (SAYÃO, 2003).

A dança traz muitos benefícios ao corpo, porém, se não respeitado o limite do mesmo, pode acarretar danos. A sua prática, de maneira sequencial, compromete a integridade osteomioarticular, complicações que ocorrem por diversos fatores como, por exemplo: idade, peso, altura, horas de treino e hábitos de vida.

¹ Graduado em Fisioterapia na Faculdade Santa Terezinha Cest.

² Graduada em Gestão de Saúde Comunitária na UEMA, e Serviço Social na Faculdade Anhanguera.

Diante aos fatos, é possível que a quantidade horas de treino influencia na dor percebida? Devido aos saltos e impactos absorvidos, a articulação do joelho seja mais afetada pela dor? Por ter maior densidade osteomuscular, e em coreografias, sustentar suas parceiras, o sexo masculino venha a sofrer mais com a dor? Então como descreve o perfil da dor percebida?

Este trabalho apresenta como objetivo principal, descrever o perfil da dor em bailarinos de uma escola de dança em São Luis – MA.

A pesquisa ora explicitada, classifica-se segundo a taxionomia de Vergara (2014) quanto aos fins em descritiva e explicativa. Descritiva por expor a característica de determinada população, sem interferência do pesquisador, exploratória por estabelecer métodos para a elaboração de uma pesquisa e visa oferecer informações sobre o objeto. Quanto aos meios, ainda consoante a autora, em bibliográfica haja a vista se precisar fazer uso de livros, revistas, internet, dentre outros meios para compor o marco teórico do problema. Também se constitui em um estudo de caso por estudar uma amostra de alunos da escola de dança Adágio. Quanto a abordagem classifica-se em uma pesquisa qualitativa por se interpretar os dados colhidos. Para tanto, far-se-á uso de questionários fechados, para que possa proceder com uma tabulação dos resultados.

O local escolhido para a realização da pesquisa foi a Escola de dança Adágio no município de São Luís – MA, localizada na Rua Carutapera, Quadra 35 , nº 17, no bairro do Renascença II, no período de fevereiro de 2017. A população estudada foi os alunos da escola de dança, no total de 237 estudantes. A amostra foi composta pelos alunos de ballet clássico, maiores de idade da Escola de dança Adágio, em um total de 18 alunos.

Por mais que deva parecer óbvio, nossa História só é possível porque estamos no mundo através de um corpo. E esse corpo sente, e através da dor, ele expressa que algo acontece, e no caso algo que não estar fazendo bem. Pois é bem verdade, que ela é subjetiva, somente quem a sente é capaz de descrevê-la e quantificá-la. É importante descrever de que forma esse sinal clínico se apresenta, e onde se localiza, para que se possa investigar sua etiologia, e aos olhos científicos propor resoluções e promover assim, uma melhor qualidade vida aos bailarinos.

Diante do explicitado, para concretização deste estudo, inicialmente analisam-se a literatura bibliográfica existente a respeito do assunto. Em seguida, relacionam-se a carga horária de treinamento dos bailarinos com o grau de dor, destacando a área do corpo mais afetada pela dor. Logo após, aponta-se qual o sexo é mais acometido pela dor, sugerindo medidas de precaução, que possam minimizar a dor.

2 ESTADO DA ARTE

2.1 Dor

A dor é uma resposta que alerta os indivíduos para ocorrências de alterações na integridade ou funcionalidade do organismo, podendo ser incapacitante e acarretar modificações danosas ao âmbito orgânico, emocional, comportamental e social do indivíduo que dela sofre (TEIXEIRA, 1997). A dor é sempre subjetiva, cada indivíduo aprende a utilizar este termo através das suas experiências (SOUSA, 2002).

A principal função da dor seria a proteção do organismo. Mostrar os limites que não podem ser transgredidos. É sempre associada a fenômenos neurofisiológicos, que são considerados iguais para todos os seres humanos. Já as diferenças nas experiências e descrições dolorosas seriam explicadas por elementos psicológicos, sociais e culturais presentes nas formas como se percebe e se vivencia a dor (WOOLF; SALTER, 1999).

A dor também ocorre em casos em que não há uma ameaça direta ao organismo. Uma pessoa profundamente triste pode sentir dor no peito. O estresse pode ser sentido como dor na cabeça. Problemas que uma pessoa carrega podem ser sentidos como dor nos ombros, e etc. Mas mesmo nesses casos, a dor sinaliza que, deve-se agir para mudar o contexto de vida. (DIAS, 2007)

2.1.1 Fisiologia da dor

O fenômeno sensitivo-doloroso é a captação dos estímulos ambientais, ou nociceptivos pelas terminações livres das fibras A-delta e C e a transformação destes estímulos em potenciais de ação para serem transportados para o sistema nervoso central (TEIXEIRA; FIGUEIREDO, 2010).

A atividade dos receptores nociceptivos é modulada pela ação de substâncias químicas, liberada em elevada concentração no ambiente tecidual em decorrência de processos inflamatórios, traumáticos e isquêmicos (SOUSA, 2002).

As células do tecido lesado, juntamente com os macrófagos e neutrófilos, liberam diversas substâncias oxidantes e enzimas, que resultam na formação de espécies reativas de oxigênio e nitrogênio. Estas estimulam a produção de uma segunda geração de produtos que tanto exercem função reparadora (catalases para eliminar radicais livres, colagenases e esteromelisinase com atividade de reparo tecidual) como mantêm a inflamação com produção de citocinas e moléculas de adesão (GUYTON; HALL, 2002).

Os nociceptores são transdutores encontrados nos tecidos superficiais, profundos e vísceras, que, anatomicamente, se apresentam como terminações nervosas livres. Sua principal característica eletrofisiológica é o alto limiar de excitabilidade. Quando um estímulo mecânico, térmico ou químico intenso, potencialmente lesivo é aplicado ao

organismo, os nociceptores são ativados e uma informação de agressão é encaminhada ao sistema nervoso central (CARVALHO, 1999).

Existem três classes de nociceptores: os mecanoceptores, que são sensíveis a estímulos mecânicos; os termoceptores, sensíveis a estímulos térmicos; e os nociceptores polimodais, que respondem a estímulos mecânicos, térmicos e químicos. (WOOLF; SALTER, 1999)

Os macrófagos e leucócitos polimorfonucleares liberam fatores solúveis de regulação da fase aguda, as citocinas (interleucina 1,6 e fator alfa de necrose tumoral), que vão estimular as células endoteliais a iniciar o processo de adesão. Esse processo faz parte do mecanismo de migração dos leucócitos para a área lesada e libera selectinas, integrinas, fatores quimiotáticos e óxido nítrico (GOZZANI, 2000).

A estimulação dos nociceptores produz um reflexo axônico local, que libera substância P, neurocinina A e peptídeo geneticamente relacionado à calcitonina. (WOOLF; SALTER, 1999).

A vasodilatação e aumento da permeabilidade vascular são consequências da ação da substância P, e resultam em produção de enzimas lisossômicas, prostaglandina, interleucina 1 e 6, além de síntese de óxido nítrico pelo endotélio vascular. Esses fatores contribuem tanto para a manutenção da inflamação como para a sensibilização dos nociceptores. (SOUSA, 2002)

A via que transmite a dor lenta, formada por fibras do tipo C, amielínicas, são vias multissinápticas. A informação é lenta, gradativa e prolongada, muito difusa. Uma parte das fibras vai ao tálamo e deste ao córtex somestésico, mas a maioria se dirige à formação reticular mesencefálica e, a partir destas áreas, a informação é mandada para: córtex límbico e frontal, hipotálamo, núcleos motores. Esse tipo de dor não consegue ser analisada com precisão, nem sua localização, nem intensidade e características sensibilidade visceral e sensibilidade profunda (GOZZANI, 2000).

2.1.2 Classificação da dor

De acordo com a origem, segundo Kanner (1998) a dor pode ser classificada em nociceptiva e não-nociceptiva. A primeira subdivide-se em somática e visceral, e a segunda em neuropática e psicogênica.

A dor aguda tem função de alerta, geralmente desaparece com a resolução do processo patológico. Tem etiologia definida e, é exposta principalmente em termos de localização, padrão, qualidade frequência e duração. A crônica pode ser considerada como aquela que persiste além do tempo razoável para a cura de uma lesão, ou que estar relacionada a um processo patológico crônico. Geralmente é vaga, muitas vezes

decorrente ou agravada por fatores estressantes, ambientais ou psicológicos (LUNDY-EKMAN, 2000).

Segundo Carvalho (1999) identificar o tipo de dor é fundamental para que se possa fazer a melhor opção terapêutica. De acordo com a sua natureza, a dor pode ser nociceptiva, quando originada a partir de estimulação de nociceptores. Somática por receptores da pele e sistema musculoesquelético. Costuma ser muito bem localizada, descrita simplesmente como dor, contínua e agravada pelo movimento, dor óssea, ulcerações de pele, linfonodos inflamados, entre outros. Visceral, receptores localizados em vísceras. Costuma acontecer em paroxismos (cólicas), mal localizadas, segue muitas vezes trajetos de dermatômos, como dor em couraça das lesões de pulmão, cólicas abdominais.

Neuropática é originada a partir de lesões ou compressões em estruturas do sistema nervoso central ou periférico. Tem características distintas e pode ser descrita como em choque, queimação, facada ou espinhos. Pode ser desencadeada por um estímulo táctil (alodinia) e ter paroxismos aberrantes (hiperalgesia). Costuma irradiar-se por trajetos nervosos conhecidos (CARVALHO, 1999).

A dor complexa ou mista, comumente encontrada em pacientes com tumores, que por seu crescimento podem provocar inflamação, compressão e destruição de estruturas, originando uma dor de múltiplas características e que necessite de uma correta associação de drogas para o seu controle. A dor crônica não raramente adquire um caráter neuropático pela excessiva ativação de neurônios em sua transmissão (CARVALHO, 1999).

Na dor rápida ou epicrítica bem localizada, qualificada e quantificada está relacionada com o estímulo. A dor de uma alfinetada, ou de um beliscão pode ser causada por estímulos químicos, térmicos ou mecânicos sensação começa e termina abruptamente, transmitida por fibras do tipo A delta (mielinizadas) (LUNDY-EKMAN, 2000).

A dor lenta ou protopática mal localizada, qualificada e quantificada, estímulos químicos ou mecânicos. Corresponde à sensibilidade visceral e estímulos profundos, transmitida por fibras do tipo C (amielínicas). (CARVALHO, 1999)

2.1.3 Avaliação da dor.

A avaliação da queixa dolorosa visa detectar a presença da dor, estimar seu impacto sobre o indivíduo e determinar a eficácia dos tratamentos. Observando o tipo de dor, a duração e intensidade e fatores que desencadeiam ou aumentam a mesma, considerando que a percepção dolorosa é individualizada, estar influenciada pelas experiências vivenciadas pela pessoa. (SILVA, et al. 2011)

Segundo Teixeira e Figueiredo (2010) pode-se dividir didaticamente a avaliação da dor em duas etapas, avaliação inicial e avaliação sequencial. A primeira objetiva definir o diagnóstico etiológico e equilibrar suas repercussões na vida do indivíduo. A segunda permite o seguimento do quadro álgico contendo avaliações das características da dor bem como a influência do alívio obtido na vida cotidiana do indivíduo.

Inicialmente, as escalas de avaliação da dor preocupavam-se apenas com a intensidade da queixa álgica, portanto, instrumentos unidirecionais. Considerados métodos simplistas, evoluíram para as escalas multidimensionais que enfocam as dimensões sensorial-discriminativa, motivacional-afetiva e cognitivo-avaliativa. (SILVA, et al. 2011)

Uma das avaliações das características da dor é mensurar sua intensidade através de escalas, estas organizadas em categorias como: numéricas, e visual analógica. As numéricas variam de 0 a 5, ou de 0 a 10, onde 0 é ausência de dor, e 5 ou 10 pior dor imaginável. A visual analógica consiste em uma linha reta de 10 centímetros de comprimento, em cujas extremidades constam as palavras âncoras: sem dor e pior dor imaginável (PIMENTA; TEIXEIRA, 1997).

O auto-relato da dor é o método recomendado para avaliação da sua presença tanto em adultos quanto em crianças. Quando a criança não pode falar ou compreender e utilizar o relato de dor nos instrumentos de mensuração da dor, o comportamento é a primeira forma de comunicação da sua dor (DELIBERATO, 2002).

Para avaliar dor também usa-se o mapa corporal de Corlett, dividido em segmentos para especificar os locais do desconforto experimentado por aqueles envolvidos nas tarefas que estão sendo investigadas. O objetivo do processo é mapear o desenvolvimento de desconforto percebido (MORAIS; MONT'ALVÃO, 1998).

Com a mensuração apropriada, torna-se possível determinar se os riscos de um dado tratamento superam os danos causados pelo problema clínico e, também, permite escolher qual é melhor e o mais seguro entre os diferentes tipos (SOUSA, 2002).

2.2 DANÇA.

A dança por sua natureza está ligada às capacidades criativas e motoras do indivíduo. Composta pelas relações estabelecidas entre o dançarino, seu instrumento (corpo) e a sociedade, através de um processo que se desenvolve conscientemente a partir de elementos existentes ou descobertos (SAYÃO, 2003).

O cérebro permite realizar movimentos voluntários em geral. O planejamento do movimento (esquerda) ocorre no lobo frontal, onde o córtex pré-frontal na superfície externa (não visível) e a área motora suplementar analisam os sinais (setas) que chegam de outras partes no cérebro, indicando essa informação como uma posição no espaço e

lembranças de ações passadas. Em seguida, essas duas áreas se comunicam com o córtex motor primário, que determina quais músculos precisam se contrair, e com qual intensidade, e envia as instruções pela medula espinhal até os músculos (BROWN; MICHELI, 2006).

Na dança, a cognição espacial é primeiramente cinestésica, sente-se o posicionamento do tronco e membros o tempo todo, mesmo com os olhos fechados, graças aos órgãos sensoriais dos músculos. Eles graduam a rotação de cada articulação e a tensão em cada músculo e retransmitem essas informações para o cérebro que gera uma representação articulada do corpo como resposta (MERINO et al, 2006).

Instrumento de comunicação do homem no mundo é por intermédio do corpo que recebe e emite informações, de fora e de dentro. Entretanto, o que comumente ocorre é o impedimento desse intercâmbio devido ao acúmulo de tensões que enrijecem os músculos, bloqueiam as articulações, afetam a respiração, restringem os movimentos e comprometem o psiquismo, contribuindo para estressar e dessensibilizar o organismo humano (KATZ; GREINER, 2001).

A prática dos bailarinos exige deles horas de treinamento exaustivo que envolve as articulações em posições excessivas, muitas vezes não fisiológicas, podendo exceder a amplitude de movimento normal resultando em lesões (CAMINADA, 1999).

Um dos fatores que podem explicar a grande incidência de lesões em membros inferiores nos indivíduos praticantes de dança é relativo ao posicionamento adotado: a prática da dança exige uma ampla e complexa movimentação dos pés, exigindo por vezes, posicionamentos extremos e antianatômicos, como a rotação externa dos pés (posição básica do balé clássico), que causa tensão nos ligamentos mediais do joelho (GAGLIARDI; GOMES; PUGLIESE, 2003).

O balé clássico caracteriza-se por exercícios de saltos, giros, flexões e extensões, piques curtos em velocidade e equilíbrio de posturas realizadas em coreografias, nos mais variados tempos de duração. Esses movimentos têm componentes tanto isométricos quanto isotônicos. Porém, essa rotina de atividades pode não ser suficiente para desenvolver a aptidão física necessária às exigências energéticas específicas para essa modalidade (Silva et al.2011).

3 RESULTADOS

Temos como resultado da pesquisa em relação à identificação, dos resultados foi extraído seguintes dados, da amostra selecionada de 18 alunos de balé clássico do total de 237 estudantes da escola, apenas 6 eram do sexo masculino e 12 do sexo feminino.

Enquanto à idade cronológica, a idade mínima foi de 18 anos e a máxima de 28 anos da quantidade total da amostra selecionada, tendo como achado do sexo masculino, quatro estudantes com idade de 18 a 23 anos (66,6%), e dois estudantes com idade de 23 a 28 anos (33,3%). Das 12 estudantes do sexo feminino da amostra, seis tinham de 18 a 20 anos (50%), três de 20 a 22 anos (25%), um exemplar entre 22 a 24 anos (8,3%) um exemplar de 24 a 26 anos (8,3%) e um exemplar de 26 a 28 anos (8,3%).

Em relação ao peso, pode-se observar através dos resultados, que dentro dos voluntários masculinos da amostra selecionada foi encontrado três com peso entre 60 e 65 kg (50%), e três com peso entre 65 e 70 kg (50%). Já entre as voluntárias do sexo feminino, encontraram-se seis de 53 a 58 kg (50%), e seis de 58 a 63 kg (50%)

Falando agora sobre a altura da amostra selecionada, os voluntários masculinos encontravam-se nas seguintes estaturas, três com altura de 1,69 a 1,74 (50%) e três com altura entre 1,74 e 1,79 (50%). As voluntárias do sexo feminino encontraram-se as seguintes estaturas, cinco de 1,55 a 1,60 (41,6%), quatro de 1,60 a 1,65 (33,3%) e três de 1,65 a 1,70 (25%).

Quando se fala do início ao balé, os resultados apontam que na amostra selecionada, o sexo masculino iniciou na adolescência e na fase adulta, enquanto o sexo feminino começou na infância e na adolescência. Dos voluntários masculinos, quatro (66,6%) iniciaram na adolescência, e dois (33,3%) na fase adulta. Das voluntárias do sexo feminino, sete (58,3%) iniciaram na infância, e cinco (41,7%) iniciaram na adolescência.

Observa-se que dos resultados encontrados acima citados, houve uma grande diferença na quantidade entre o sexo masculino e o feminino na amostra selecionada. A escassez de homem em escolas de balé clássico ainda tem raízes no preconceito em relação a uma atividade considerada feminina. Por começarem a dançar mais tarde do que as meninas, os meninos precisam receber um treinamento acelerado, conseqüentemente mais pesado. A mulher vem mais dotada, começa aos 3, 4 anos fazendo borboletinha, movimento básico do balé, feito com as pernas (SANTIAGO, 2013).

Corroborando para o entendimento dos resultados, Santiago (2013) afirma que, houve um tempo em que as mulheres tomaram conta da dança, e os homens foram meramente deixados de lado por uma questão de estética. Neste período o pensamento da época era que homens deixavam o ballet grotesco por causa do desenvolvimento muscular, e a estética da época exigia um ser estéreo, para as obras deste período (séculos XVII E XVIII). No século XX o Ballet Russo trouxe de volta a figura masculina, transformando o papel do homem em mero “segurador de mulher”.

Em relação ao peso e altura, observaram-se distintamente entre os dois sexos que a estrutura masculina é bem maior e mais pesada que a estrutura feminina que se apresentou menor e mais leve, na amostra coletada. Por isso, segundo Abramovay (2004), quando uma mulher dança ninguém se importa, mas quando um homem dança, é outra coisa. O homem que dança se torna um tipo especial das minorias, já que, os movimentos corporais são socialmente construídos e o movimento, estereótipo de homens e mulheres são aprendidos desde o início da vida como crenças, repletos de expectativas. Os indicadores de movimentos sexuais na nossa sociedade tendem a fundir com a dominação interpessoal e masculina, os padrões ligados ao sexo têm origem na evolução humana e como já vimos à dança, o movimento expressivo está presente desde os primórdios.

Com relação à quantidade de horas diárias, encontrou-se no sexo masculino, três (50%) se dedicavam duas horas diárias à prática do balé, um (16,6%) praticava três horas diárias, e dois (33,3%) se dedicavam mais de 3 horas diárias. E na frequência semanal, três (50%) praticavam de duas a três vezes por semana, enquanto que, os outros três (50%) praticavam de três a quatro vezes por semana. No sexo feminino encontrou-se carga horária diária bem divergente, três (25%) dedicavam-se à prática somente uma hora diária, enquanto quatro (33,3%) praticavam por duas horas, duas (16,6%) dedicavam três horas diárias, e três (25%) praticavam por mais de três horas por dia. Notou-se que apenas uma (8,3%) praticava uma vez por semana, quatro (33,3%) de duas a três vezes, e sete (58,3%) dedicavam-se de seis a sete vezes por semana.

Foi feito um link, relacionando a frequência semanal de prática do balé com nível de dor percebida, pelos bailarinos, onde se percebeu que nos exemplares masculinos, a prática de duas a três vezes por semana, o nível de dor avaliado pela escala visual analógica (EVA) foi de transição de 1 a 3 considerado leve, enquanto que nos exemplares de praticavam de quatro a cinco vezes semanais foi de transição de 4 a 6, considerado uma dor moderada. Na relação da frequência semana de prática do balé como nível de dor percebida nos exemplares femininos, a prática de uma vez por semana, encontrou-se um nível de dor entre 0 a 1, considerado leve, as de prática de duas a três vezes semanais, encontrou-se o nível de dor entre 2 a 4, na transição de leve para moderado, e as que se dedicavam de 6 a 7 vezes por semana, o nível de dor encontrado foi de 3 a 4, já considerado moderado.

Dando ênfase a esses resultados observados, segundo Hanna (1999) a desvantagem para os bailarinos tornarem-se mais susceptíveis a dores, é porque possuem pés maiores, mais largos, mais rígidos e musculatura mais pesada sobre os tornozelos. Há ainda quem diga que o alongamento e a musculatura adquiridos não

justificam o risco de sintomatologias dolorosas e que aparência das pontas em homens não é tão delicada quanto à das mulheres.

Divergindo da opinião de Hanna (1999), Abramovay (2004), relata que em geral, as mulheres possuem uma menor densidade óssea e menor índice de massa corporal quando comparadas com os homens. Como resultado, as mulheres apresentam uma maior frouxidão propensão dores, porem devido ao treinamento diferenciado aos homens, o limiar de dor percebida é maior.

Colaborando para o entendimento dos resultados encontrados, é notório que devido à diferença fisiológica entre homens e mulheres, a sensibilidade dolorosa altera de um sexo para o outro, isso por que fatores como flexibilidade, força e resistência, contribuem para distinção (DANTAS, 2005).

Os seguimentos corporais afetados pela dor foram avaliados através do o mapa corporal de Corlet, popularmente chamando de homem fatiado, onde os voluntários da amostra apontaram no mapa os pontos onde sentiam dor e marcaram o nível dor na escala que ia de 0 (sem presença de dor) a 10 (pior dor imaginável). Os resultados encontrados, nos voluntários masculinos da amostra, apontaram quadril e coxas, três (50%) apontaram nível de dor de 1 a 8, transitando do leve para uma dor intolerável. Joelhos cinco (83,3%) de seis, apontaram nível de dor de 3 a 6, transitando de leve à moderada. Pernas três (50%) apontaram nível dor de 3 a 4, transitando de leve para moderado. Nos tornozelos quatro (66,6%), apontaram nível de dor de 2 a 9, ou seja, transitando do considerado leve a pior dor imaginável. Os resultados encontrados nos voluntários femininos da amostra foram os seguintes seguimentos, quadril e coxas, onze (91,66%) apontaram nível de dor de 2 a 4, na escala transitando de leve para moderada. Nos joelhos, doze (100%) apontaram nível de dor de 2 a 4, transitando de leve para o moderado. Pernas nove (75%) apontaram nível de dor de 1 a 4, na escala transitando de leve para moderado, nos tornozelos nove (75%) apontaram nível de dor de 1 a 3, na escala considerada leve.

Depois de observados os dados, um dos fatores que podem explicar a grande incidência de dor em membros inferiores nos indivíduos praticantes de dança é relativo ao posicionamento adotado: a prática da dança exige uma ampla e complexa movimentação dos pés, exigindo por vezes, posicionamentos extremos e antianatômicos, como a rotação externa dos pés (posição básica do balé clássico), que causa tensão nos ligamentos mediais do joelho (GAGLIARDI; GOMES; PUGLIESE, 2003).

Corroborando com os achados dos resultados dos seguimentos corporais masculinos Vários autores como Garrik e Requa (1993), apontam a articulação do tornozelo como um dos segmentos onde acontece o maior número de lesões em

bailarinos. Isso se deve ao fato de alguns bailarinos apresentarem uma mobilidade articular exagerada e diminuição da força local, o que levaria ao surgimento de lesões, o justificariam sintomas de dores.

De acordo com Bittar (2004), na dança, muitos bailarinos possuem uma diminuição da capacidade de reconhecimento do próprio corpo, o que os deixa mais vulneráveis ao aparecimento das dores. Evidenciados nos resultados encontrados, embora seja essencial para o desenvolvimento dos bailarinos, em ambos o sexos, segundo Minguez (1988), o aumento de a hipermobilidade articular, os predispõem a apresentar lesões ligamentares entre outras patologias, e pode ser considerada mais como uma desvantagem para o corpo, portanto aumento a sintomatologia dolorosa.

Em relação ao acometimento da dor, embora a quantidade feminina tenha sido maior, o nível de dor percebida encontrado foi de 1 a 3 na escala E.V.A, considerada leve. E nos voluntários masculinos a quantidade foi menor em comparação ao feminino, porém o nível de dor percebida encontrada foi de 2 a 3 na escala E.V.A, considerada o um valor transitório do leve para o moderado.

Observando os resultados, em relação ao nível de dor ser mais alto nos homens, segundo Bussell (1996), esta relacionado à força exercida, pois o ballet clássico é caracterizado pela busca constante de padrões estéticos exagerados, ou seja, movimentos de grande amplitude articular que vão além dos limites anatômicos. Sem haver uma adequação de cargas de trabalho com a exigência da dança, provavelmente podem sentir dor, ocorrer ou lesões ou o não rendimento.

Em outro ponto de vista, contribuindo com a opinião de Bussell (1996), Samir Daher, o diretor da Sociedade Brasileira Medicina do Esporte, em entrevista à revista de Medicina do Esporte, em 2013, diz que em relação à prática da dança em especial a o balé, a força masculina é exercida duas vezes. Exercer força contra a resistência do peso do próprio corpo, e em determinados momentos contra o peso de suas parceiras, colaborando para os achados da pesquisa.

Ainda dentro dos resultados, a quantidade de amostra do sexo feminino ser maior detém de que os processos de sociabilização e aceitação do gênero masculino com a dança é complexo, sutil e marcado por inevitáveis resistências individuais e coletivas, bem como por profundas contradições. Neste caso a intenção conservadora lógica, presente nas sociedades para reportar comportamentos, valores e ideias, conflita-se com a tendência, que busca mudar os caracteres dessa formação social que se demonstra desconfortável para alguns indivíduos ou grupos que compõe o complexo e conflitante conjunto social (MARQUES, 1997).

A respeito dos resultados encontrados, a prática dos bailarinos exige deles horas de treinamento exaustivo que envolve as articulações em posições excessivas, muitas vezes não fisiológicas, podendo exceder a amplitude de movimento normal resultando em estresse muscular, dores e até lesões, para a especialista em dança Sayão (2003), a falta de informação dos bailarinos sobre seu próprio corpo, faz com que a percepção dolorosa seja cada vez maior, uma vez que muitos professores de dança apresentam-se despreparados no sentido de orientar seus alunos em questões anatômicas, cinesiológicas e fisiológicas, questões estas que estão diretamente ligadas à dança no que se refere ao rendimento técnico.

Sobre as lesões na dança, é notório que os bailarinos clássicos nos geral costumam ter o treinamento composto por exercícios de aquecimento, alongamento, flexibilidade, quedas, saltos, equilíbrio, amplitudes exageradas de movimento, forças dinâmicas, estáticas e explosivas, giros, pegadas, criatividade, relaxamento, trabalho sobre sapatilha de pontas, resistência aeróbica, anaeróbica, entre outros, tudo para buscar o sincronismo perfeito e a técnica apurada que resultam em um desempenho corporal de qualidade. Vários são os fatores que contribuem para as lesões. Eles podem ser divididos em fatores extrínsecos, como calçados, piso e temperatura inadequados; e fatores intrínsecos, como encurtamento muscular, hipermobilidade, fraqueza muscular, dietas inadequadas, entre outros (DAHER, 2014).

Assim, as medidas preventivas devem incluir o preparo adequado dos aspectos físicos e mentais; o uso de roupas e calçados adequados; o conhecimento acerca dos fatores climáticos e dos principais tipos de lesão em casos de frio ou calor extremos; alimentação equilibrada, com a ingestão de grande quantidade de líquidos diariamente; repouso adequado nos períodos entre apresentações ou competições; análise das condições das superfícies onde a dança será praticada; proteção das áreas mais susceptíveis a lesões e prática de atividades físicas compensatórias (DELIBERATO, 2002).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fundamental trabalhar com consciência e saber que as articulações funcionam como alavancas que conduzem os movimentos e que se é possível desenvolver o corpo em sua totalidade (VIANNA, 2005). No *ballet clássico*, deve-se estimular o desenvolvimento da aptidão física em geral, pois pode trazer benefícios maiores quando aplicados, sendo estes, necessário para facilitar o processo de desenvolvimento físico e motor (PRATI; PRATI, 2006).

Quando praticamos a dança, usamos uma ferramenta bastante complexa que é o corpo, e aí passamos a dar real valor a essa ferramenta. A dança ao organizar seus

códigos nas suas diversas linguagens, produz e ocupa continuamente o espaço transformando o estado do corpo em cada movimento que produz.

A partir dos dados encontrados, onde é notável a presença dor nos bailarinos, é importante valorizar a atuação de profissionais de ballet capacitados e de profissionais da saúde nas escolas e companhias de dança, sendo este último um profissional detentor de conhecimentos e recursos capazes de contribuir beneficentemente para o melhor desempenho técnico dos bailarinos, e de diminuir a vulnerabilidade destes corpos ao aparecimento da dor.

ABSTRACT

The present article studied a sample of the general population of the students of the dance school, where the profile of the dancers' pain was described. The levels of pain perceived with the training hours of the dancers were related, evidencing the body follow up most affected by the pain, and the sex most affected. A descriptive exploratory study was carried out. The data collection was performed through a questionnaire previously developed and applied, and explained by the researchers, through the Adagio Dance School in February 2017. From the results of the questionnaire, the data collected were tabulated, and Evaluated by the researchers. It was observed that the weekly workload of the dancers influenced the pain level, which was evaluated through the Visual Analogue Scale (E.V.A). The area of the body affected in common was of the knee, this analyzed by Corlett's corporal map; And the highest level of pain was found in the male sex, taking into account all the variables involved in the questionnaires. It is concluded that from the data found, where the presence of pain in the dancers is remarkable, what makes important the performance of health professionals in schools and dance companies, in order to contribute beneficially to reduce the vulnerability of the dancers to the appearance of the ache.

Keywords: Profile. Pain. Dance. Vulnerability.

REFERÊNCIAS

- ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G.; SILVA, L. B. da. **Juventudes e Sexualidade**. Brasília: Unesco, 2004.
- BAEZ, BR; CORONA, T; ESTAÑOL, B; **Fisiopatología del Dolor**: Revista Medica: Instituto Mexicano del Seguro Social: México.1990; 8 (3/4) 121- 4.
- BITTAR, A. J. Educere: **Pela inteligência do corpo que dança**. In: _____. **Diálogos com a dança**. Salvador: Editora PEA, 2004.
- BROWN TD, MICHELI LJ. Foot and ankle injuries in dance. **Am J Orthop**. 2004; 33(6): 303-9.
- BUSSELL, Darcey. **Os jovens bailarinos**: colaboração com Royal Ballet School. Tradução Aureliano Sampaio. Itália: Américo Fraga Lmares & C. Lda. / Livraria Civilização, 1996.
- CAMINADA, E. **Entendendo a dança 1**. Rio de Janeiro: Sprint, 1999.
- CARVALHO MMMJ. **Dor um estudo multidisciplinar**. 2ª ed. São Paulo: Summus; 1999.
- DANTAS, E.H.M Flexibilidade, alongamento e flexionamento, 5ª ed. Rio de Jnaeiro: Shape, 2005.
- DAHER, Samir, disponível em www.medicinadoesporte.com, acessado em 24 de janeiro de 2014.
- DELIBERATO, P. C. P. Fisioterapia Preventiva: Fundamentos e Aplicações. São Paulo: Manole, 2002.
- DIAS, Susana. **A versão biológica da dor**. Reportagem do dia 10 de maio de 2007, disponível no site: www.comciencia.br acessado no dia 21 de dezembro de 2013.
- GAGLIARDI, H. H.; GOMES, C. M.; PUGLIESE, G. **Relação da dor e mobilidade lombares em bailarinos profissionais**. Revista de Fisioterapia da UNICID, São Paulo, v.2, n.2, p.111-120, jul./dez. 2003.
- GARRICK, J. G.; REQUA, R. K. Ballet injuries: an analysis of epidemiology and financial outcome. **The American Journal of Sports Medicine**, v.21, n.4, p.586-590, 1993.
- GOZZANI JL . Fisiopatologia e Neurofarmacologia da dor, em Yamashita A,Takaoka F, Auler Jr JOC, Iwata NM . **Anestesiologia**. Atheneu, São Paulo, 5 ed, 2000:1151-1155
- GUYTON AC, HALL JE. **Fundamentos de Guyton** – tratado de fisiologia médica. 10ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
- HANNA; J. L. **Dança, Sexo e Gênero** – Signos de identidade, dominação, desafio e desejo. Rio de Janeiro:Rocco, 1999.
- KANNER, R. **Segredos em Clínica da Dor**: resposta necessária ao dia a dia em rounds, na clinica, em exames orais e escritos. Porto Alegre. Artmed. 1998.

KATZ, H. e GREINER, C. **A natureza cultural do corpo. Lições de Dança 3.** Rio de Janeiro: Universidade Editora, 2001.

LUNDY-EKMAN, L. **Sensações Somáticas Aplicadas Clínicas.** In:_____ **Neurociência, Fundamentos para Reabilitação.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2000. 7: 87-98.

MARQUES, I. Dançando na escola. **Revista Motriz**, UNESP, Rio Claro, vol. 3, nº I, p.20-28, 1997.

MERINO, B C; GLASER, D E; GRÉZES J; PASSINGHAM R E ; HAGGARD P, Seeing or doing? Influence of visual and motor familiarity in action observation. em **Current Biology**, vol. 16, no 19, págs. 1905-1910, 10 de outubro de 2006.

MINGUEZ, J. B. C. **La medicina entra el arte de la danza.** El Medico, p. 93-95, 1988.

MORAES, ANAMARIA DE. MONT'ALVÃO, CLAUDIA. **Ergonomia: conceitos e aplicações.** Rio de Janeiro: 2AB, 1998. 120 p.

PIMENTA, CAM; TEIXEIRA, MJ; Questionário de Dor, MC Gill: proposta de adaptação para língua portuguesa. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, 1997. 47(2) 177- 86.

PRATI, Sérgio R. A.; PRATI, Adriana, R. C. Níveis de aptidões físicas e análise de tendências posturais em bailarinas clássicas. **Revista Brasileira Cineantropometria& Desempenho Humano**, Maringá, 2006, p. 80-87.

SANTIAGO, Andressa em homens no Ballet 2013, disponível www.veroartista.blogspot.com, acessado em 21 de janeiro de 2014.

SAYÃO, D.T. Corpo, poder e dominação: um diálogo com Michelle Perrot e Pierre Bourdieu. **Perspectiva.** v.21, n.1, jan/jun, 2003.

SILVA, TON; SILVA, VR; MARTINEZ, MR; GRADIM, CVC. Avaliação da dor em pacientes oncológicos. **Revista de Enfermagem.** UERJ, Rio de Janeiro, 2011.

SOUSA, F. Dor: o quinto sinal vital. **Ver. Latin-Am. Enfermagem.** 2002. Mai-jun. 10(3): 446-447.

TEIXEIRA, MJ. **Dor Oncológica.** Revista de Medicina, São Paulo. 1997; 1-80.

TEIXEIRA, MJ; FIGUEIREDO JAB. **Dor: Epidemiologia, fisiopatologia, avaliação de síndromes dolorosas e tratamento.** São Paulo (SP) Grupo editorial Moreira JR; 2010.

VIANNA, Klauss. **A Dança.** 4.ed. São Paulo: Summus, 2005.

WOOLF, CJ; SALTER MW. **Neuronal Plasticity: Increasing the gain in Pain.** Science, 1999.

ZONTA AFZ. Do dançarino ao bailarino: metamorfoses de um papel social. Dissertação (mestrado em Artes), Faculdade de Ciências, Faculdade Estadual Paulista, Bauru. 1994: 73p.