

# FUNCIONALIDADE E ASPECTOS PSICOSSOCIAIS EM BAILARINOS DE FORTALEZA-CEARÁ

## FUNCTIONING AND PSYCHOSOCIAL ASPECTS IN DANCERS FROM FORTALEZA-CEARA

*Luanna Andrade Mendes<sup>1</sup>; Ana Carla Lima Nunes<sup>2</sup>*

### RESUMO:

**Introdução:** Bailarinos possuem uma intensa demanda de treinos, que exige de suas condições físicas e psicossociais, resultando em dor, lesões e estresse psicológico. Considerando o modelo biopsicossocial, todos os fatores envolvidos no contexto podem influenciar na funcionalidade. **Objetivo:** Caracterizar clínica, funcional e psicossocialmente os bailarinos de Fortaleza. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal em Fortaleza – Ceará, de junho a agosto de 2017, em 6 escolas de dança. Foram aplicados os questionários: sócio-demográfico, Escala Visual Numérica de Dor, Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares, Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Escala de Autoeficácia para Dor Crônica (AEDC) e WHODAS 2.0. A análise estatística dos dados foi processada no SPSS 22.0. **Resultados:** A amostra foi composta por 61 bailarinos, a maioria do sexo feminino (72%), em média adultos jovens, com IMC dentro da normalidade e com nível superior de escolaridade. 66% sofreram lesões musculoesqueléticas no último ano e, no último mês, 80,3% relataram sentir dor de intensidade moderada. O BAI teve pontuação de 12,7 ( $\pm 9,8$ ), indicando leve nível de ansiedade; a AEDC teve como pontuação total 230,7 ( $\pm 36,6$ ); e a pontuação total no WHODAS foi de 22,18 ( $\pm 13,8$ ). A ansiedade e a autoeficácia foram os principais preditores de funcionalidade em bailarinos. **Conclusão:** A dor e as lesões musculoesqueléticas estão muito presentes no cotidiano do bailarino. No entanto, o presente estudo ressalta a importância de se investigar os fatores psicossociais como ansiedade e autoeficácia como preditores da funcionalidade nesta população.

**Descritores:** Doenças musculoesqueléticas. CIF. Impacto psicossocial. Dança.

### ABSTRACT:

**Introduction:** Dancers have an intense demand of training, which require of their physical and psychosocial conditions, resulting in pain, injuries and psychological stress. Considering the biopsychosocial model, all the factors involved in the context can influence in functioning. **Objective:** Characterize clinically, functionally and psychosocially dancers of Fortaleza. **Methods:** A cross-sectional study was carried out in Fortaleza - Ceará, from June to August 2017, in 6 dance schools. The questionnaires used were: sociodemographic, Numerical Pain Intensity Scale, Nordic Musculoskeletal Questionnaire, Beck Anxiety Inventory (BAI), Self-Efficacy Scale for Chronic Pain (AEDC) and WHODAS 2.0. The statistical analysis of the data was processed in SPSS 22.0. **Results:** The sample consisted of 61 dancers, with the majority being female (72%), on average young adults, with BMI within normality and with a higher level of schooling. 66% suffered musculoskeletal injuries in the last year and in the last 4 weeks, 80.3% reported moderate pain intensity. The BAI had score of 12.7 ( $\pm 9.8$ ), indicating a mild level of anxiety; the AEDC had a total score of 230.7 ( $\pm 36.6$ ); and the total score in WHODAS was 22.18 ( $\pm 13.8$ ). Anxiety and self-efficacy were the main predictors of functionality in dancers. **Conclusion:** Musculoskeletal pain and injuries are very present in the dancer's daily life. However, the present study underscores the importance of investigating psychosocial factors such as anxiety and self-efficacy as predictors of functionality in this population.

**Key words:** Musculoskeletal Diseases. ICF. Psychosocial impact. Dance.

## INTRODUÇÃO

O bailarino, com sua intensa demanda de treinos, pode assemelhar-se a um atleta, porém estudos mostram que o bailarino possui pior condicionamento físico, no que concerne à capacidade aeróbica, força muscular, flexibilidade e ao controle motor, que, associado ao desequilíbrio entre a sobrecarga da prática e o tempo de recuperação, apresenta maior risco de desenvolver lesões<sup>1,2</sup>. Essa característica nos traz uma nova perspectiva, onde a maioria dos estudos relata maior incidência de lesões nos membros inferiores e que são causadas não mais por traumas, e sim pelo mecanismo de *overuse*<sup>3</sup>.

Hincapié *et al.* (2008) e Costa *et al.* (2015) identificaram como fatores de risco para desenvolvimento de lesões em bailarinos: idade, sexo, anos de prática, intensidade do treinamento, fadiga muscular (oriunda da intensa carga de treinamento), fatores psicológicos, além da incidência cumulativa, no caso de lesões prévias<sup>4,5</sup>. Além da quantidade de anos de prática, o volume de treino em horas por semana também é relevante na frequência de aparecimento dessas lesões<sup>6</sup>. Revisões sistemáticas sobre dor e lesões em bailarinos encontraram que 95% dos bailarinos relatam sentir dor musculoesquelética<sup>10</sup>. Porém, por motivos como dependência emocional e financeira da atividade, ignoram os sinais e sintomas que o corpo apresenta e costumam não procurar tratamento com um profissional de saúde. Este fato pode levar ao agravamento e à cronicidade das lesões adquiridas, gerando também um estresse psicológico<sup>7,8,9</sup>.

Componentes psicológicos são constantemente afetados em bailarinos profissionais e fatores como a confiança, a autoimagem e o estresse são afetados ainda mais em períodos de espetáculos e competições, onde, além da pressão e cobrança individuais, acrescentam-se as expectativas e a preocupação com a execução do trabalho e a rivalidade entre os grupos<sup>8,11</sup>. Dore e Guerra<sup>12</sup> já apontam a importância de uma intervenção psicológica em grupos de dança, no intuito de reduzir os danos psicossociais e a incidência de lesões.

Com a transição do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial, a funcionalidade passa a se tornar o foco da assistência, trazendo uma abordagem mais holística. De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), criada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2001, a funcionalidade é resultante da interação entre a condição de saúde, a atividade, a participação social e os fatores contextuais<sup>13</sup>. Como descrito anteriormente, os bailarinos podem apresentar comprometimento em domínios físicos, funcionais e psicossociais, mas ainda não se conhece o seu impacto na funcionalidade. Apesar de existirem instrumentos para medir esse desfecho, como o *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS) – que realiza uma avaliação genérica da funcionalidade, levando em consideração os principais domínios da vida –, há uma escassez de estudos sobre esse fator em bailarinos.

As evidências científicas reforçam que as dores e injúrias musculoesqueléticas estão presentes e são recorrentes em bailarinos, trazendo prejuízos em vários aspectos da vida e comprometendo a atividade ocupacional e o bem-estar. Portanto, esse estudo tem como objetivo caracterizar clínica, funcional e psicossocialmente os bailarinos de Fortaleza, de forma a embasar uma futura intervenção fisioterapêutica nessa população, visando melhora do desempenho e da qualidade de vida.

## MATERIAIS E MÉTODOS

### Desenho do estudo e participantes

Trata-se de um estudo observacional com delineamento transversal realizado em Fortaleza – Ceará, nos meses de junho a agosto de 2017. A população foi composta por bailarinos de 6 grupos e escolas de dança de modalidades variadas, como balé, *jazz*, sapateado, dança contemporânea, danças urbanas e dança de salão, tendo como critérios de inclusão a idade maior que 18 anos e o tempo de prática da dança maior que 1 ano. Como critérios de exclusão, tivemos a devolução do questionário incompleto ou presença de déficit cognitivo que não permitisse a auto-aplicação dos instrumentos. A amostra final foi baseada no número total de alunos das escolas (n=360), com IC = 90% e margem de erro de 5%, resultando em um n de 156 bailarinos. No entanto, parte da amostra inicial não entrou no estudo por motivos diversos (faixa etária menor que 18 anos, não quiseram participar, não preencheram o questionário completo ou não foram encontrados para aplicação do questionário, por exemplo – Figura 1).

A pesquisadora, previamente treinada, abordou os alunos de forma coletiva no início de cada aula (n=180), apresentando e fornecendo as explicações necessárias a respeito da pesquisa. Os alunos que aceitaram participar responderam a questionários auto-aplicados (Questionário sociodemográfico, Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares, Inventário de Ansiedade de Beck, Escala de Autoeficácia para Dor Crônica, WHODAS) em um único encontro, com uma média de tempo de aplicação de 25 minutos. A pesquisadora estava presente e à disposição para questionamentos e dúvidas. Todos os participantes receberam informações e esclarecimentos sobre o estudo e leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O presente estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (CEP/UFC/PROPESQ – parecer nº 2.055.610).

## **Instrumentos de avaliação**

### **Questionário sociodemográfico e avaliação da dor**

Os dados pessoais foram coletados através de um questionário sociodemográfico elaborado pela pesquisadora, constando a identificação pessoal, informações sobre a prática da dança (modalidades praticadas e volume de treino), lesões auto-relatadas pelo indivíduo, cirurgias, dor e tratamentos associados. Para avaliação da dor, foi utilizada a Escala Numérica de Dor (END), instrumento simples que varia de 0 a 10, sendo 0 a ausência de dor, de 1 a 3 dor leve, de 4 a 6 dor moderada e de 7 a 10 dor intensa<sup>14</sup>. Para avaliar e identificar distúrbios osteomusculares, foi utilizada a versão traduzida para o português e validada do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares, um instrumento criado com o intuito de padronizar a mensuração de sintomas osteomusculares percebidos nos últimos 12 meses e na última semana, que tenham prejudicado a execução de tarefas de rotina, sendo recomendado como medida de morbidade osteomuscular<sup>15</sup>.

### **Funcionalidade**

Para avaliar funcionalidade, utilizamos a versão traduzida para o português do WHODAS 2.0 - *World Health Organization Disability Assessment Schedule*<sup>16</sup>, uma escala desenvolvida pela OMS e traduzida para o português a fim de avaliar a funcionalidade através de seis domínios (Compreensão e comunicação, Mobilidade, Auto-cuidado, Relações interpessoais, Atividades de vida, Participação social) que têm relação direta com a CIF. A versão utilizada é a de 36 questões, auto-aplicada, e a pontuação utilizada foi a complexa,

baseada na teoria de resposta ao item, onde são atribuídos diferentes níveis de dificuldade para cada resposta, onde o escore total varia de 0 a 100, sendo um valor mais alto correspondente a um nível maior de incapacidade.

### **Aspectos psicossociais**

Para avaliar o impacto psicossocial da dor e das lesões, foi utilizada a versão traduzida para o português da Escala de Autoeficácia para Dor Crônica (AEDC), um instrumento desenvolvido para avaliar a percepção de autoeficácia e como os pacientes com dor crônica lidam com as consequências dessa dor nas atividades. A escala tem 22 itens divididos em 3 subgrupos, onde as respostas apresentam-se numa escala de *Likert* que varia de 10 a 100. O escore obtido em cada item é somado para obter o escore final da escala; quanto mais próximo do total de 300, melhor a autoeficácia e o enfrentamento da dor<sup>17</sup>. Outra condição psicossocial avaliada foi a ansiedade através do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), uma escala traduzida para o português e validada, muito utilizada na prática clínica para avaliação. O instrumento possui 21 itens, sendo eles sintomas de ansiedade, onde as respostas variam de 0 a 3 num grau crescente de intensidade, de acordo com a semana prévia à aplicação. O resultado final é dado pela soma dos escores, totalizando 63 no máximo, onde a ansiedade é interpretada como normal (0-9), leve/moderada (10-18), moderada/severa (19-29) ou severa (30-63)<sup>18</sup>.

### **Análise estatística**

Para descrever as características clínicas, sociais, demográficas e funcionais dos participantes do estudo foram utilizadas as seguintes medidas descritivas: medidas de tendência central (média), dispersão (desvio padrão) e frequência relativa (%). Para verificar a correlação entre as características sociodemográficas e funcionalidade, autoeficácia e ansiedade foi utilizado o teste correlação de Spearman, considerando a análise da distribuição não-normal dos dados verificada através do teste de Kolmogorov-Smirnov. Foi considerada fraca correlação quando coeficiente de correlação ( $r$ ) for menor que 0,4, moderada quando  $r$  for maior ou igual a 0,4 e menor que 0,7 e forte, quando  $r$  for maior ou igual a 0,7<sup>19</sup>. A análise de regressão linear (stepwise) foi utilizada para verificar preditores da funcionalidade (variável dependente) em bailarinos, incluindo como variáveis independentes: intensidade da dor, prática de exercício físico além da dança, autoeficácia e ansiedade. A análise estatística foi processada no programa *Statistical Package for Social Sciences*, versão 22.0. (SPSS Inc., Chicago, IL), adotando o nível de significância de  $\alpha = 0.05$ .

## **RESULTADOS**

Dentre as seis escolas escolhidas ( $n=360$ ), oito turmas de diferentes modalidades e faixas etárias foram visitadas, sendo abordado um total de 180 alunos. A pesquisa foi apresentada no início de cada aula e os alunos interessados assinaram o TCLE e receberam o questionário ao final da aula. Ao todo, 68 questionários foram entregues, porém sete não retornaram ou retornaram incompletos, resultando num total de 61 respostas consideradas para a análise (taxa de resposta = 33,8%) (IC = 90%; margem de erro 9,64% - Figura 1).

### **FIGURA 1**

#### **Caracterização da amostra**

A amostra foi composta majoritariamente por mulheres (72,1%), com média de idade de 25,6 anos ( $\pm 5,79$ ). A média de Índice de Massa Corporal (IMC) é 22,7 ( $\pm 2,6$ ), com apenas 11,5% da amostra estando fora da faixa de normalidade do IMC adotada pela OMS. A média de anos de estudo formal é de 17,5 anos ( $\pm 3,9$ ), com 52,4% dos participantes tendo formação de nível superior em andamento e 34% já graduados. Metade da amostra (51%) tem renda proveniente da dança e 57% tem renda advinda de outra atividade, com a maioria (79%) recebendo entre 0 e 3 salários mínimos. As modalidades de dança mais praticadas foram o jazz (83,6%), as danças urbanas (68,8%) e o balé (49,2%). 18% praticam apenas uma modalidade, enquanto 49% praticam 3 ou mais modalidades. A média de horas de treino por semana é de 13,5 horas ( $\pm 12,9$ ), com uma média de 13,3 ( $\pm 7$ ) anos de vivências na dança (Tabela 1). De acordo com os sintomas reportados no QNSO, 80,3% relataram sentir dor em membros inferiores e 85,2% reportaram queixas na coluna, principalmente lombar, nos últimos 12 meses.

#### TABELA 1

Dos bailarinos entrevistados, 40 (66%) sofreram lesões musculoesqueléticas relacionadas à dança nos últimos 12 meses, mas apenas 20 (33%) interromperam a prática por causa da lesão. Nas últimas 4 semanas, 49 indivíduos (80,3%) relataram sentir dor de nível moderado de acordo com a END (média de  $5,2 \pm 2$ ). Quanto ao tratamento dos sintomas musculoesqueléticos, 26 indivíduos (42,6%) utilizam algum medicamento, com efeitos analgésicos (32,7%), antiinflamatórios (27,8%) e/ou miorrelaxantes (29,5%). 28 indivíduos (46%) procuraram algum profissional da saúde para realizar atendimento e/ou tratamento da lesão, sendo o fisioterapeuta procurado em 64% dos casos (Tabela 2). 38 bailarinos (62%) praticam algum outro exercício físico além da dança, sendo a musculação a atividade predominante.

#### TABELA 2

### Desfechos funcionais e psicossociais

Quanto aos instrumentos aplicados, o BAI teve uma pontuação média de 12,7 ( $\pm 9,8$ ), indicando leve nível de ansiedade<sup>18</sup>. A AEDC teve como pontuação média total 230,7 ( $\pm 36,6$ ), apresentando um melhor enfrentamento e manejo dos sintomas quando relacionado ao domínio da funcionalidade ( $87,7 \pm 14,2$ ). De acordo com a pontuação complexa, a pontuação média total no WHODAS foi de 22,18 ( $\pm 13,8$ ), onde os domínios de atividade e participação social apresentaram maior comprometimento no contexto da funcionalidade, enquanto os de auto-cuidado e mobilidade foram menos afetados (Tabela 3).

#### TABELA 3

O resultado do WHODAS apresentou correlação positiva, de moderada magnitude e estatisticamente significativa com o nível de ansiedade em bailarinos ( $\rho=0,471$ ;  $p=0,00$ ), ou seja, quanto maior a ansiedade, maior o comprometimento da funcionalidade. Já com o nível de autoeficácia, o resultado do WHODAS apresentou correlação negativa, de moderada magnitude e estatisticamente significativa ( $\rho=-0,471$ ;  $p=0,00$ ), ou seja, quanto maior a crença na capacidade individual de lidar com os sintomas, melhor o nível de funcionalidade. Apesar da alta prevalência de dor e lesões musculoesqueléticas nos bailarinos e grande sobrecarga física por alto volume de treinos, esses fatores não apresentaram relação estatisticamente significativa com a funcionalidade nessa população. A prática de outro exercício físico além da dança apresentou correlação negativa, de baixa magnitude e estatisticamente significativa com a pontuação do WHODAS ( $\rho=-0,327$ ), relacionando a prática de exercício físico a um maior nível de funcionalidade (Tabela 4).

#### TABELA 4

Foi realizada uma análise de regressão linear, tendo como variável dependente o nível de funcionalidade e como variáveis independentes: intensidade da dor, prática de exercício físico, ansiedade e autoeficácia, que foram selecionadas baseada em teste de correlação prévio. Foram excluídas as variáveis de intensidade da dor e prática de exercício físico automaticamente. De acordo com a equação final mostrada abaixo, o nível de ansiedade e autoeficácia explicam em 29% a variabilidade da funcionalidade em bailarinos de Fortaleza (p = 0,001).

$$\text{WHODAS} = 34,041 + 0,448 \times \text{BAI} - 0,008 \times \text{AE} + 9,018$$

## DISCUSSÃO

Este estudo investigou bailarinos da cidade de Fortaleza, predominantemente do sexo feminino, adultos jovens, com IMC dentro da normalidade e com nível superior de escolaridade, constatando que a maioria destes indivíduos sofreu alguma lesão musculoesquelética no último ano e menos da metade procurou um profissional para tratamento. A maioria dos participantes convive com a dor musculoesquelética de intensidade moderada. Dos fatores analisados, a autoeficácia e a ansiedade foram os principais preditores para variações no nível de funcionalidade nesta população.

Os achados quanto à prevalência e à intensidade da dor musculoesquelética corroboram os resultados encontrados na revisão sistemática realizada por Jacobs, Hincapié e Cassidy<sup>20</sup>, que mostram uma ocorrência de dor em mais de 80% da população, com a maioria referindo o sintoma em níveis moderados e intensos. É consenso que os segmentos mais afetados são os membros inferiores e a coluna lombar, independente da modalidade de dança praticada. Os resultados encontrados no presente estudo encaixam-se dentro do valor apresentado na literatura, com 75 a 97% das lesões ocorrendo em quadril, joelho, tornozelo e pé<sup>4,6,7,12,20,21</sup>.

Foi observada uma carência de dados na literatura no que concerne à avaliação da funcionalidade. Alguns estudos avaliam o impacto da dor e das lesões através do questionário SF-36<sup>9,22</sup>, utilizando a qualidade de vida como desfecho, porém esse instrumento não abrange a funcionalidade no seu contexto mais amplo e multifatorial. Este é o primeiro trabalho que analisa a funcionalidade de bailarinos de acordo com a CIF, utilizando o WHODAS 2.0 como instrumento de avaliação. O modelo atual de saúde apresentado pela OMS considera as interações entre fatores biológicos e sociais, resultando em diferentes níveis de funcionalidade ou incapacidade<sup>13</sup>. Portanto, ver o bailarino apenas por seus aspectos físicos – dor, lesão, estrutura – é desconsiderar o complexo universo de fatores que se interrelacionam e podem interferir na performance e na funcionalidade desse indivíduo.

A relação do bailarino com a dança vai além de aspectos físicos, envolvendo componentes psicossociais, tanto pela identificação do corpo como ferramenta de trabalho como pela dependência emocional da atividade artística<sup>7,8,9</sup>. Isso poderia justificar os achados deste estudo, tendo a ansiedade e a autoeficácia como principais preditores de funcionalidade na população investigada. A alta prevalência de dor e lesão não foram fatores determinantes da funcionalidade neste caso. Alguns autores consideram que o limiar de dor é mais elevado em bailarinos, talvez pela vivência constante e intensa dessa grandeza, que já é relativizada e considerada parte da identidade profissional desses indivíduos<sup>9,12</sup>. Esse limiar elevado pode

traduzir-se como uma boa autoeficácia e uma maior capacidade de lidar com a dor, afetando a funcionalidade de forma positiva.

O presente estudo encontrou um nível leve de ansiedade entre os indivíduos entrevistados, enquanto o estudo realizado por Gasparini, Lee e De Rose Jr<sup>11</sup> encontrou um nível de ansiedade moderado em bailarinos, utilizando a *Sport Anxiety Scale* como instrumento. Metade da amostra avaliada era composta por indivíduos considerados profissionais (que tem a dança como profissão e fonte de renda e são parte de companhias profissionais), o que pode explicar a maior manifestação dos sintomas de ansiedade quando comparado a este estudo, já que os fatores mais expressivos na pesquisa citada foram relacionados à preocupação quanto à performance nas apresentações. Quanto à autoeficácia, não foram encontrados estudos que investigassem esse desfecho em bailarinos, porém nossos achados indicam que esse é um fator que influencia na funcionalidade dessa população, sendo importante investigá-lo com maior atenção. A autoeficácia vem sendo mostrada como o principal fator psicossocial influenciador do prognóstico de indivíduos com comprometimentos musculoesqueléticos<sup>24</sup>.

Como limitação deste estudo, podemos citar o número reduzido de participantes, impedindo a ampliação dos resultados. A escassez de estudos nesta temática limitou a discussão dos dados, ao mesmo tempo que ressalta o caráter inovador da pesquisa. Os achados do presente estudo despertam a consciência crítica para a relevância dos aspectos psicossociais na funcionalidade do bailarino, estimulando futuros estudos sobre o impacto do contexto no seu desempenho. Essa visão crítica também permite avaliar a possibilidade de mudanças na formação do bailarino, dando a devida importância aos componentes psicossociais. Do ponto de vista clínico, este estudo contribui para a afirmação de uma abordagem biopsicossocial na manutenção da funcionalidade destes indivíduos.

## CONCLUSÃO

Através da caracterização clínica, funcional e psicossocial de bailarinos, podemos constatar que, apesar de prevalentes, os aspectos físicos não se mostraram fatores determinantes do nível de funcionalidade. Os aspectos psicossociais, representados no presente estudo pela ansiedade e a autoeficácia, foram os principais preditores da variância da funcionalidade nessa amostra de bailarinos. Estes achados, juntamente com a carência de pesquisas nessa área, atentam para a importância da realização de novos estudos nesse contexto, afim de embasar uma nova proposta de formação de bailarinos, seguindo um modelo biopsicossocial e abordando o sujeito de forma holística, considerando os diversos fatores que influenciam na sua funcionalidade.

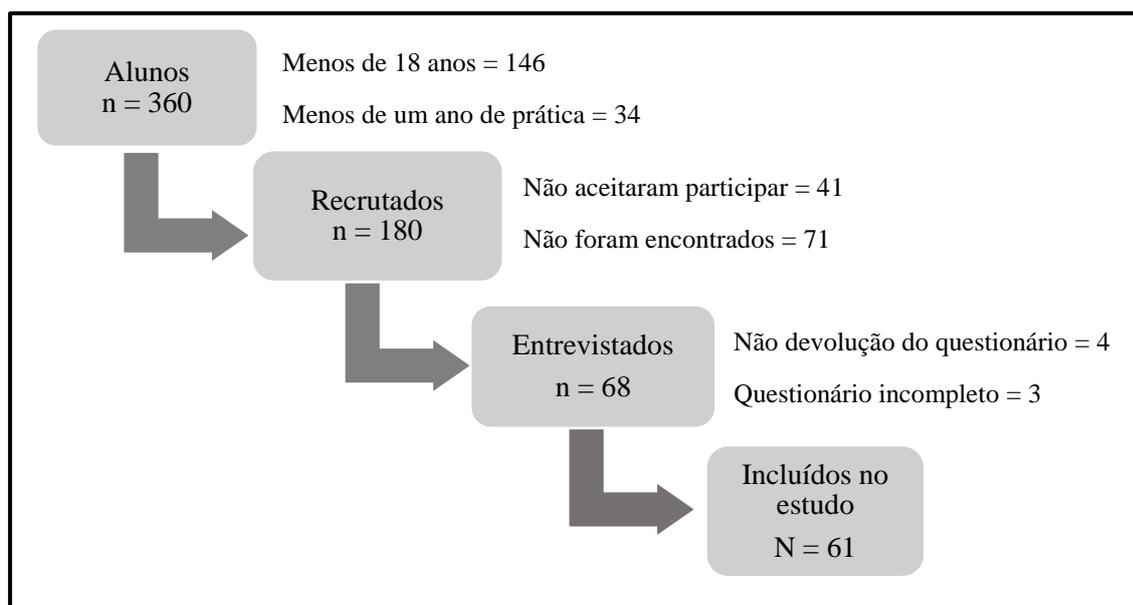


Figura 1: Fluxograma de indivíduos incluídos no estudo, considerando os critérios de inclusão e exclusão, além das perdas ao longo do processo de coleta de dados.

Tabela 1: Características sociodemográficas e de práticas de dança de bailarinos de escolas de dança de Fortaleza/CE.

Variáveis	Valores
Sexo(N/%)	
Feminino	44 (72,1%)
Masculino	17 (27,9%)
Idade (média ± DP)	25,6 (±5,79)
IMC (média ± DP)	22,7 (±2,6)
Escolaridade (média ± DP)	17,5 (±3,9)
Remuneração	
Dança	31 (51%)
Outras atividades	35 (57%)
Anos de prática (média ± DP)	13,3 (±7)
Horas de treino/semana (média ± DP)	13,5 (±12,9)
Modalidades praticadas (N/%)	
Balé	30 (49%)
Jazz	51 (84%)
Sapateado	19 (31%)
Dança contemporânea	13 (21%)
Danças urbanas	42 (69%)

N=número de indivíduos; DP= desvio padrão; Estatística descritiva (software SPSS 22.0).

Tabela 2 – Características clínicas de bailarinos de escolas de dança de Fortaleza/CE.

Variáveis	N (%)
Lesão musculoesquelética (12 meses)	40 (66%)
Interrupção da prática	20 (33%)
Presença de dor (4 semanas)	49 (80,3%)
Uso de medicamentos	26 (42,6%)
Analgésicos	20 (32,7%)
Antiinflamatórios	17 (27,8%)
Miorrelaxantes	18 (29,5%)

Consulta – profissional da saúde	28 (46%)
Médico	19 (67,8%)
Fisioterapeuta	18 (64%)

N=número de indivíduos; Estatística descritiva (software SPSS 22.0).

Tabela 3 – Características de funcionalidade e psicossociais de bailarinos de escolas de dança de Fortaleza/CE.

Desfechos	Pontuação (média, DP)
Ansiedade (BAI)	12,7 (±9,8)
Escala de autoeficácia	230,7 (±36,6)
Autoeficácia para controle da dor	70,8 (±18)
Autoeficácia para funcionalidade	87,7 (±14,2)
Autoeficácia para lidar com outros sintomas	72 (±14,1)
Funcionalidade (WHODAS)	22,18 (±13,8)
Compreensão e comunicação	24,7 (±13,9)
Mobilidade	15,6 (±15,3)
Auto-cuidado	9,25 (±15)
Relações interpessoais	16,9 (±16,4)
Atividades de vida	31,8 (±23,7)
Participação social	23,5 (±21,4)

BAI: *Beck Anxiety Inventory*; WHODAS: *World Health Organization Disability Assessment Schedule*

DP= desvio padrão; Estatística descritiva (software SPSS 22.0).

Tabela 4 – Correlação entre as principais características clínicas, funcionais e psicossociais de bailarinos de escolas de dança de Fortaleza/CE.

		Intensidade da dor	Prática de exercício físico	Autoeficácia (AEDC)	Ansiedade (BAI)	Funcionalidade (WHODAS)
Intensidade da dor	r	1,00	-,164	,229	-,052	-,144
	p	-	,205	,076	,691	,268
Prática de exercício físico	r	-,164	1,00	,175	-,177	-,327
	p	,205	-	,178	,172	,010**
Autoeficácia (AEDC)	r	,229	,175	1,00	-,316	-,472
	p	,076	,178	-	,013*	,000***
Ansiedade (BAI)	r	-,052	-,177	-,316	1,00	,477
	p	,691	,172	,013*	-	,000***
Funcionalidade (WHODAS)	r	-,144	-,327	-,472	,477	1,00
	p	,268	,010**	,000***	,000***	-

\*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001; p = nível descritivo de significância; r= coeficiente de correlação; Teste de correlação de Spearman (SPSS 22.0).

AEDC: Autoeficácia para Dor Crônica; BAI: *Beck Anxiety Inventory*; WHODAS: *World Health Organization Disability Assessment Schedule*

## REFERÊNCIAS

1. Russell JA. Preventing dance injuries: current perspectives. *J Sport Med* [Internet]. 2013;4:199–210. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24379726> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3871955>.
2. Roussel NA, Vissers D, Kuppens K, Franssen E, Truijten S, Nijs J, et al. Effect of a physical conditioning versus health promotion intervention in dancers: A randomized controlled trial. *Man Ther* [Internet]. Elsevier Ltd; 2014;19(6):562–8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.math.2014.05.008>.
3. Ekegren CL, Quested R, Brodrick A. Injuries in pre-professional ballet dancers: Incidence, characteristics and consequences. *J Sci Med Sport* [Internet]. Sports Medicine Australia; 2014;17(3):271–5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsams.2013.07.013>.
4. Hincapié CA, Morton EJ, Cassidy JD. Musculoskeletal Injuries and Pain in Dancers: A Systematic Review. *Arch Phys Med Rehabil*. 2008;89(9). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18760170>.
5. Costa MSS, Ferreira AS, Orsini M, Silva EB, Felício LR. Characteristics and prevalence of musculoskeletal injury in professional and non-professional ballet dancers. *Brazilian J Phys Ther*. 2016;20(2):166–75. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4900039/>.
6. Campoy FAS, Coelho LRDO, Bastos FN, Netto Júnior J, Vanderlei LCM, Monteiro HL, et al. Investigation of risk factors and characteristics of dance injuries. *Clin J Sport Med* [Internet]. 2011;21(6):493–8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22011795>.
7. Grego LG, Monteiro HL, Padovani CR, Gonçalves A. Lesões na dança: estudo transversal híbrido em academias da cidade de Bauru-SP. *Rev Bras Med do Esporte*. 1999;5(2):47–54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v5n2/v5n2a03.pdf>.
8. Anderson R, Hanrahan SJ. Dancing in pain: pain appraisal and coping in dancers. *J Dance Med Sci* [Internet]. 2008;12(1):9–16. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19618573>.
9. Lima KDA, Henrique P, Barreto RR. Características das lesões em bailarinos e sua relação com a qualidade de vida. *Revista Movimenta*. 2014;7(1). Disponível em: <http://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta/article/view/6254/4328>.
10. Jacobs CL, Cassidy JD, Côté P, Boyle E, Ramel E, Ammendolia C, et al. Musculoskeletal Injury in Professional Dancers: Prevalence and Associated Factors: An International Cross-Sectional Study. *Clin J Sport Med*. 2017;27(2):153-160. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26889817>.
11. Gasparini I, Lee CL, Rose D. Estresse e Ansiedade em Bailarinos Amadores e Profissionais. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*. 2012;7:49–69. Disponível em: <http://www.webs.ulpgc.es/riped/docs/20120103.pdf>.
12. Dore BF, Guerra RO. Sintomatologia dolorosa e fatores associados em bailarinos profissionais. *Rev Bras Med do Esporte*. 2007;13(2):77–80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v13n2/02.pdf>.
13. Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad. Saúde Pública*

- [Internet]. 2009;25(3):475-483. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n3/02.pdf>.
14. Fortunato JGS, Furtado MS, Hirabae LFA, Oliveira JA. Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. *Revista HUPE*. 2013;12(3):110-7. Disponível em: [http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=426](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=426).
  15. Pinheiro FA, Tróccoli BT, Carvalho CV. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida de morbidade. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2002;36(3):307-312. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n3/10492.pdf>.
  16. Organização Mundial da Saúde. Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). OMS, 2015. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43974/19/9788562599514\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43974/19/9788562599514_por.pdf).
  17. Salvetti MG. Crença de auto-Eficácia e validação da “Chronic Pain Self-Efficacy Scale.” [dissertação] São Paulo: Catálogo USP; 2004. Disponível em: [http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-19102006-120932/publico/Marina\\_Salvetti.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-19102006-120932/publico/Marina_Salvetti.pdf).
  18. Creamer M, Foran J, Bell R. The Beck Anxiety Inventory in a non-clinical sample. *Behav Res Ther*. 1995;33(4):477-85. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7755538>.
  19. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2ª ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
  20. Jacobs CL, Hincapié CA, Cassidy JD. Musculoskeletal Injuries and Pain in Dancers: A Systematic Review. *J Dance Med Sci* [Internet]. 2012;16(2):74-84. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22687721>.
  21. Smith PJ, Gerrie BJ, Varner KE, McCulloch PC, Lintner DM, Harris JD. Incidence and Prevalence of Musculoskeletal Injury in Ballet: A Systematic Review. *Orthop J Sport Med* [Internet]. 2015;3(7):2325967115592621. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4622328&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
  22. Marchiori MP. Avaliação de dores, lesões e qualidade de vida em dançarinas amadoras. [trabalho de conclusão de curso] Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Fisioterapia; 2016. Disponível em: <http://www.ufjf.br/facfisio/files/2016/09/Avalia%C3%A7%C3%A3o-de-dores-les%C3%B5es-e-qualidade-de-vida-em-dan%C3%A7arinos-amadores-Marian-Paiva-Marchiori.pdf>.
  23. Silva AMB, Luz TSR, Afonso RM, Araújo MF, Bittencourt IG, Carvalho LF et al. Escala de Autoeficácia para Bailarinos (AEBAI): construção e evidências de validade. *Aval. psicol.* [Internet]. 2015; 14(1):83-88. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712015000100010&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712015000100010&lng=pt).
  24. Denison E, Asenlöf P, Lindberg P. Self-efficacy, fear avoidance, and pain intensity as predictors of disability in subacute and chronic musculoskeletal pain patients in primary health care. *Pain*. 2004; 111(3):245-52. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15363867>.