

# **Os efeitos da dança como terapia em mulheres com fibromialgia**

Andréia Salvador Baptista<sup>1</sup>, Anamaria Jones<sup>1</sup>, Jamil Natour J<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Setor de Reabilitação aplicado a Reumatologia, Divisão de Reumatologia, Universidade Federal de São Paulo, Brasil.

## **Endereço:**

Ciências da Saúde Aplicadas à Reumatologia  
Rua Botucatu, 740  
São Paulo – SP  
Brasil  
Cep: 04023-900

## **Correspondência ao autor:**

Fisioterapeuta e bailarina Andréia Salvador Baptista  
Telefone/Fax: 55-13- 3458-1716  
e-mail: [deiasalvador1@yahoo.com.br](mailto:deiasalvador1@yahoo.com.br)

**Artigo publicado** na íntegra em revista [Clin Exp Rheumatol](#). 2012 Nov-Dec;30(6 Suppl 74):18-23. Epub 2012 Dec 14. Effectiveness of dance in patients with fibromyalgia: a randomized, single-blind, controlled study. Baptista AS, Villela AL, Jones A, Natour J. PMID:PMD: 23020850 [PubMed - indexed for MEDLINE]

## **Introdução**

A fibromialgia (FM) é uma síndrome dolorosa não-inflamatória, crônica, caracterizada por dores difusas pelo corpo e pela presença de *tender points*<sup>1</sup>, distúrbios do sono, rigidez<sup>2</sup>, fadiga, depressão ou outras alterações psicológicas e disautonomia<sup>3</sup> (Bennett, 2002). Sua prevalência é de aproximadamente de 2 a 5% na população em geral<sup>4,5</sup>.

O sintoma mais importante na FM é a dor, porém não tem relação com uma lesão estrutural. O sintoma “dor” é definido como uma manifestação subjetiva de desconforto que envolve dimensões físicas, psicológicas e culturais, causando incapacidade e perda da qualidade de vida, tendo sempre uma conotação negativa para o paciente (OMS).

Os pacientes com fibromialgia sentem-se incapazes de realizar a maioria das atividades de vida diária<sup>6,7</sup>, além de apresentarem perda da qualidade de vida mesmo comparado a outras doenças crônicas<sup>8</sup>.

White, 1999 descreve em seu estudo que comparando a população em geral com pacientes fibromiálgicos os escores do FIQ e teste caminhada de 6 minutos são reduzidos, também ocorre uma notável diminuição da qualidade de vida. O exercício aeróbico tem efeitos positivos na qualidade de vida<sup>10,11,12</sup>.

Mais da metade dos pacientes com FM faz uso de terapias complementares e medicinais alternativas para auxiliar no alívio das dores e severidade da fadiga<sup>13</sup> como: massagem terapêutica (44-53%), quiropraxia (37-47%), acupuntura (11-22%) e prática física

natural (37%), elevando seus gastos e se mantendo por aproximadamente um ano. Por este motivo se fazem necessários estudos para comprovar a real efetividade destes tratamentos<sup>14</sup>.

A terapia medicamentosa para pacientes com FM tem se mostrado pouco eficaz com apenas 25 a 45% de melhora e após 4 anos uma piora de 60% nos sintomas<sup>15</sup>, por este motivo cada vez mais tratamentos não farmacológicos e co-intervenções têm sido testados.

Atividade física por definição é qualquer movimento corporal produzido por músculos e que resulta em maior dispêndio de energia e exercício é uma atividade física planejada, estruturada, repetitiva e proposital<sup>16</sup>, sendo que então a dança pode ser considerada um tipo de exercício.

A atividade física tem demonstrado resultados importantes no tratamento da FM. O condicionamento aeróbico comparado ao alongamento se mostrou superior para estado mental, dor<sup>17</sup>, além de melhorar a depressão, ansiedade, função física e qualidade de vida.<sup>18,12</sup>

Devido a uma imensa variedade dos sintomas desta doença, a pobre resposta medicamentosa e boa resposta ao exercício, escolhemos a dança do ventre como proposta terapêutica para mulheres com FM, por ser uma atividade que nos possibilitaria trabalhar os diferentes aspectos influenciáveis na sintomatologia de cada paciente como: dor, fadiga, sono, auto-imagem, feminilidade, enfrentamento, aceitação de si própria, exposição do corpo, além de ser uma terapia dinâmica e espontânea.

A dança do ventre tem seus primeiros registros na era do paleolítico superior, confirmado nas paredes e tetos de cavernas. A primeira figura rupestre datada de 6000a.C. era um culto estritamente feminino para a mãe Deusa. Em 4000a.C. surgiram figuras em Naqada, no Egito que são claras evidências da dança oriental, no sentido de adoração ao sol e culto à fertilidade, mas foi em 1300d.C. com a invasão do Egito pelos árabes que essa dança ganhou o caráter festivo de hoje, perdendo parte de seu aspecto sagrado e ritualístico, e ganhando a conotação alegre e espontânea<sup>19</sup>.

A dança do ventre é uma dança estritamente feminina, onde são realizados movimentos lentos e sinuosos ou rápidos e marcados, através das atividades ritmadas proporcionadas pela dança conseguimos modular a contração e relaxamento muscular quanto à intensidade, velocidade e duração dos movimentos<sup>20</sup>, possibilitando o controle corporal de forma segmentada, individualizando o trabalho de quadril, tronco e membros<sup>21</sup>.

Bojner em 2006 realizou um estudo com dançaterapia em pacientes com FM avaliando desenho da auto figura relacionando com escalas verbais. Bojner em 2003 avaliou a concentração hormonal após terapia com dança. Ambos os estudos apresentaram melhoras significante para sono, ansiedade, rigidez e fadiga no grupo de dança. No entanto nenhum dos estudos avaliou qualidade de vida, dor e capacidade funcional.

## ***Objetivo***

O objetivo deste estudo é avaliar a efetividade da dança do ventre como tratamento de pacientes com fibromialgia.

## ***Material e Método***

**Pacientes:** Foram incluídas 80 pacientes com FM que preencheram os seguintes critérios: classificação de fibromialgia segundo *Colégio Americano de Reumatologia*<sup>1</sup>, sexo feminino, idade entre 18 a 65 anos, não ter alterado o tratamento durante os últimos 3 meses e ter assinado o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídas as pacientes com outras doenças reumáticas e osteoarticulares dolorosas, doenças cárdio-respiratórias descompensadas, doenças de membros inferiores e diabetes *mellitus* descompensada. O recrutamento destas pacientes foi realizado nos ambulatórios da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

**Avaliação:** Todos os pacientes foram avaliados no início (T0), 16 semanas (T16) e após 32 semanas (T32) a partir da primeira avaliação. A avaliação foi realizada por um avaliador cego, fisioterapeuta treinado para realização dos testes, nos três tempos de avaliação, com seguintes instrumentos: escala visual analógica de dor (EVA), graduada de 0 a 10cm, onde 0 “sem dor” e 10 “dor insuportável”, teste de caminhada de 6 minutos, onde o paciente percorre 20 metros durante 6 minutos tendo um resultado em metros percorridos<sup>24</sup>, *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ), instrumento que contém 10 itens para mensurar função física e severidade dos sintomas<sup>25</sup>, *Medical Outcome Survey Short Form 36* (SF-36) questionário que avalia a qualidade de vida<sup>26</sup>, Inventário de Beck, inventário com 21 itens para mensurar depressão<sup>27</sup>, Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), inventário é disposto por item em frases e avaliado pela atribuição do escore de 1 a 4, indicando quanto maior o número maior a ocorrência<sup>28</sup>, Questionário Body Dysorphic Disorder Examination (BDDE) que possui 32 itens relacionados com a preocupação e avaliação negativa da aparência, excessiva importância com auto-avaliar sua aparência e mudança de comportamento relativo a aparência<sup>29</sup>.

**Intervenção:** Os participantes do grupo intervenção realizam aulas de dança do ventre durante 16 semanas, duas vezes por semana com duração de uma hora por aula, cada turma consistia de um número máximo de oito alunas. As aulas foram ministradas por uma fisioterapeuta com experiência de 8 anos na dança do ventre. Para o desenvolvimento do estudo houve uma escolha dos movimentos mais adequados para as FM (quadro A). As aulas iniciavam-se com aquecimento, movimentos pré-determinados do dia, coreografia e esfriamento. As pacientes receberam um compact disc (CD) de músicas e uma apostila com o histórico e os movimentos propostos pelo programa, onde a partir da 4ª semana foi elaborada uma seqüência de movimentos em forma de coreografia para a memorização dos movimentos e o treino em casa. O grupo controle realizou avaliações nos tempos pré-determinados e ao término do acompanhamento foi proposto o mesmo tratamento que do grupo intervenção.

## **Discussão**

Este é o primeiro trabalho cego, randomizado e controlado que avalia a dança do ventre como modalidade terapêutica em mulheres com FM, como prática de atividade física e uma intervenção que faz parte do tratamento, o intuito do estudo foi oferecer mais uma opção terapêutica para diminuição da dor e melhora da qualidade de vida.

Alguns autores defendem a hipótese de que exercícios rítmicos ativam ergoreceptores e este estímulo é transmitido até a substância cinzenta periaquedutal e núcleos de rafe, região envolvida com as fibras descendentes inibitórias da dor<sup>30</sup>, talvez por este motivo o grupo de dança tenha obtido uma diminuição no EVA de dor em 40%, melhora esta sustentada por 32 semanas.

A dor é o sintoma central da FM, portanto devemos focar a terapêutica sobre ela. Para avaliar a dor utilizamos a escala visual analógica para dor e no SF-36 o domínio dor e

em ambos os parâmetros encontramos melhora estatisticamente significativa e clinicamente relevante, melhora esta também encontrada em estudos prévios com condicionamento em mulheres com FM<sup>18,12,31</sup>.

O FIQ é um instrumento que mede diversos aspectos da doença e seu impacto sobre o doente, e nesse estudo constatamos que houve uma diminuição dos resultados levando a uma diferença estatística significativa para o GD, sendo sustentado até o término do estudo de 32 semanas, outros ensaios terapêuticos detectaram esta mudança entre o grupo de tratamento versus ao grupo controle, ao longo do tempo<sup>32,3,33,18,34</sup>. Gowans (1999) conseguiu em seu estudo com exercício lúdico ritmado observar uma melhora no valor total do FIQ após 12 semanas de seguimento.

Cerca de 76 a 100% dos pacientes queixam-se de fadiga e após atividades aparentemente leves agravam a dor e o cansaço<sup>35</sup>. As pacientes do grupo de dança inicialmente relatavam aumento da dor e do cansaço durante as primeiras 4 semanas, diminuindo com o passar do tempo. Ao decorrer do estudo as pacientes referiam sensação de diminuição das tensões ao término do exercício e facilidade na realização das atividades diárias, dados estes confirmados com os resultados do teste de caminhada, instrumento capaz de demonstrar melhora na capacidade física<sup>35</sup>. O FIQ também foi sensível, apresentando uma melhora na capacidade funcional nos domínios de tarefas do dia-a-dia.

Em nosso estudo o teste de caminhada de 6 minutos demonstrou uma melhora significativa até o final do estudo, sendo semelhantes a outros estudos que também utilizaram este teste<sup>36,37,34</sup>, mas ao compararmos os valores da capacidade funcional pelo SF-36 observamos que não houve diferença estatística, o que pode ter acontecido é que as pacientes não incorporaram percepção de melhora, pelo SF-36 que é uma análise subjetiva. Mesmo com a diferença entre os grupos para o teste de caminhada na avaliação inicial pudemos encontrar uma melhora importante no grupo intervenção.

Os sintomas mentais, as limitações, a dificuldade de concentração, alteração de humor, a depressão e problemas para dormir não influenciam diretamente a aptidão aeróbica, porém alguns pacientes tem problemas no reconhecimento das manifestações em si próprio, complicando a relação de percepção da qualidade de vida e a realidade podendo ou não limitar a capacidade funcional aeróbica do paciente em relação a outros fatores, como força de vontade, seu papel na família, etc<sup>38</sup>. King por sua vez não encontrou correlação do FIQ com o teste de caminhada de 6 minutos, divergindo de nossos resultados. A maior parte dos estudos que tem o tratamento baseado em exercício, com a utilização de ambos os testes tem alcançado melhora estatisticamente significativa para capacidade aeróbica e qualidade de vida<sup>10</sup>.

O SF-36 avalia o impacto da doença sobre os domínios físico, mental e social e o grupo de dança do ventre apresentou uma melhora em seus domínios com exceção da capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade e aspectos sociais, resultados estes que divergem com o FIQ e teste de caminhada. Uma justificativa seria que devemos explorar o processo dinâmico de iniciar a mudança de comportamento para uma incorporação dos efeitos alcançados<sup>39</sup>.

Vários autores avaliaram o impacto do exercício no humor e nos aspectos emocionais da FM, mas poucos estudos demonstraram alguma melhora<sup>17,40</sup>, em nosso estudo houve uma melhora significativa para dor, aspectos emocionais e saúde mental pelo SF-36, resultados sustentados por 32 semanas, mas para avaliação com questionários específicos de depressão como o inventário de Beck e de ansiedade com o IDATE não encontramos melhora significativa, assim como outros estudos que utilizaram o exercício como modalidade terapêutica<sup>31,32,33,34,41</sup>. Talvez um tempo maior de atividade pudesse trazer benefícios para depressão e a ansiedade, ou ainda um grupo de educação associada à

intervenção, para uma mudança de hábitos, comportamento e enfrentamento da doença. Um tratamento medicamentoso coadjuvante específico para depressão poderia auxiliar na melhora do quadro geral, uma vez que a maioria das nossas pacientes tinham grau de depressão de moderada a grave.

A educação ao paciente tem sido reconhecida como elemento essencial no tratamento da FM, encontrando melhora na dor, sono, auto-eficácia e qualidade de vida, mantendo-se por 12 meses<sup>32</sup>. A terapia cognitivo comportamental (TCC) melhora a auto-eficácia e qualidade de vida<sup>32</sup>. Mas a TCC se mostrou superior apenas que a consulta médica para o inventário de Beck, saúde mental (SF-36) e número de paracetamol<sup>42</sup>. Uma combinação de tratamento para o corpo e a mente (exercício e TCC) podem ter efeitos sinérgicos<sup>43</sup>, visto que o paciente traz para a consulta um estilo de comportamento (negativo ou positivo) que pode influenciar na relação terapêutica. A literatura aponta que os pacientes com dor crônica tem maior angústia psicológica e são os pacientes que aderem menos ao tratamento<sup>39</sup>.

O conceito de auto-imagem pode ser formulado como um fenômeno psicológico de representação do corpo do indivíduo em sua mente e deste modo pode ser traduzido como a imagem que o indivíduo tem de si próprio<sup>44</sup>. O questionário *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE) é um instrumento específico de avaliação da qualidade de vida que abrange um único domínio, a imagem corporal, já validado para o português<sup>29</sup>.

Em nosso estudo as pacientes com fibromialgia apresentaram valores baixos no questionário de auto-imagem significando que a alteração na sua aparência não é a principal questão de preocupação, mesmo assim obtivemos valores significativamente melhores após a intervenção com dança. A dança possibilitou as pacientes ter uma atenção maior para sua aparência, deste modo com a melhora de sua auto-imagem e da auto-estima<sup>29,45</sup>.

Há uma estreita correlação entre a dor, sono e exercício. Moldofsky 1976 observou que a privação do sono em indivíduos sedentários induz a dor muscular. A atividade física resulta em um aumento de ondas lentas do sono, sendo esta fase muito importante para a restauração do indivíduo<sup>47</sup>. Neste estudo podemos observar a melhora da qualidade do sono das pacientes do grupo intervenção, melhora esta sustentada por oito meses, assim como Gowans, 99 a literatura demonstra que muitos estudos não encontram diferença estatística significativa para o sono com exercício como intervenção<sup>40,34,17,41,47,31</sup>. Torsavall, em seu estudo refere que não é a quantidade de horas de sono e sim qualidade que leva a diminuir a dor e da depressão.

Em estudos prévios com exercício para fibromialgia teve uma porcentagem de desistência de 9 a 37%<sup>11,17,31,33,49,50</sup> e em nosso estudo tivemos perda de apenas 7,5%, sem diferença entre os grupos, porém um dado importante é que a desistência no grupo de dança ocorreu no primeiro mês de atividade, onde as pacientes relataram um aumento da dor e cansaço.

Devido aos benefícios alcançados 60% pacientes mantiveram a dança ou procuraram outra atividade. Então devemos estimular estratégias não apenas para iniciação à prática de exercício, mas também para melhorar aderência. A percepção dos benefícios durante a intervenção faz com que o pacientes continuem a mantendo a mudança de comportamento<sup>39</sup>.

A aderência durante o estudo vai depender da modalidade do exercício aeróbico, que é fator determinante para a manutenção pós tratamento, sendo assim a manutenção é a chave para continuidade dos benefícios<sup>33</sup>. A inabilidade elevada é um fator importante para uma piora da manutenção. A medicação tem boa aderência apenas de curto prazo quando a comparado a outras terapêuticas<sup>39</sup>, nossos pacientes tiveram boa aderência mesmo ao termino da intervenção.

Ainda se faz necessário um consenso a respeito do exercício que é um componente importante para o tratamento da FM, educando o paciente a respeito de como iniciar e continuar o exercício e que é crucial para o sucesso do tratamento<sup>33</sup>.

Neste estudo não houve uma preocupação fundamental em fazer arte, mas o fazer com a arte a partir dela, podendo contribuir para o uso máximo de suas potencialidades, sejam elas conhecidas ou não, objetivado o tratamento físico e psíquico na promoção de sua máxima capacidade.

## ***Conclusão***

Concluimos então que a dança do ventre melhora a dor, sono, capacidade funcional e auto imagem das pacientes fibromialgicas. A melhora da qualidade de vida e a aderência destes pacientes fazem desta intervenção uma nova e segura estratégia terapêutica para mulheres com fibromilagia.

## **Quadros A**

Movimentos utilizados (Malika, 1998):

- **Membro superior** (movimento de serpente e circundação do punho);
- **Cintura escapular** (protrusão elevação e retrução de ombro);
- **Tronco** (elevação e encaixe, deslocamento lateral e redondo);
- **Quadril** (báscula, batida lateral, redondo, Camelo pélvico, Shimmy, infinito, oito maia para baixo e para cima, básico egípcio);
- **Deslocamento** (Frente e trás com shimmy, lateral com shimmy e dabke)
- **Véu** (Oito, asa de anjo, bandeja e cabana)

Obs.: Os movimentos foram ensinados de forma progressiva respeitando a seqüência de evolução dos movimentos (do mais simples ao mais elaborado).