

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA

Julia Bueno Walther

**Estudo de Prevalência de Sinais e Sintomas Musculoesqueléticos
em praticantes de Dança de Salão em Porto Alegre**

**Porto Alegre
2017**

Julia Bueno Walther

**Estudo de Prevalência de Sinais e Sintomas Musculoesqueléticos
em Praticantes de Dança de Salão em Porto Alegre**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de licenciatura em Dança da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção de Grau de Licenciado em Dança

Orientadora: Profa. Ms. Izabela Lucchese Gavioli

Porto Alegre

2017

Julia Bueno Walther

**Estudo de Prevalência de Sinais e Sintomas Musculoesqueléticos
em praticantes de Dança de Salão em Porto Alegre**

Conceito final:

Aprovado em de de

BANCA EXAMINADORA

Prof. - UFRGS

Orientadora – Prof. Ms. Izabela Lucchese Gavioli – UFRGS

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente à minha família e amigos, por me apoiarem incondicionalmente e me incentivaram a fazer sempre o meu melhor.

A todos os integrantes das escolas de dança participantes da pesquisa, por sua cordialidade, disponibilidade, apoio e incentivo. Este trabalho só foi possível com a colaboração e confiança de vocês.

Ao Núcleo de Assessoria Estatística da UFRGS, em especial à Aline Gularte, pelo suporte, disponibilidade e paciência de esmiuçar e explicar os dados que apresentei.

À Prof. Aline Haas por estar sempre disposta a ajudar e disponível para solucionar minhas inúmeras dúvidas.

À minha orientadora, Prof. Izabela Gavioli, por me acompanhar nessa longa trajetória, sempre fazendo seu melhor e me estimulando a melhorar e aprimorar este trabalho a cada revisão.

RESUMO

Esta pesquisa configura-se como um estudo de prevalência dos sinais e sintomas musculoesqueléticos que acometem praticantes de Dança de Salão de Porto Alegre. Os objetivos específicos deste estudo foram: a) determinar quais são os sinais e sintomas mais frequentes em praticantes de Dança de Salão em Porto Alegre; b) identificar se estes acontecem em praticantes amadores, bailarinos profissionais ou professores; c) detectar as faixas etárias que mais apresentam sinais e sintomas decorrentes da prática de Dança de Salão nos referidos âmbitos; d) averiguar quais os estilos mais envolvidos na gênese de sinais e sintomas musculoesqueléticos em Dança de Salão; e) verificar a demanda de tratamento pelos sujeitos acometidos pelos sintomas. O estudo tem como justificativa a limitada produção acadêmica na identificação das referidas manifestações em populações brasileiras. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário constituído por perguntas abertas e fechadas. Foram incluídos no estudo praticantes de Dança de Salão com no mínimo dois anos de prática regular, com idades entre 18 e 60 anos e que responderam corretamente o questionário. Os dados foram analisados por meio dos softwares Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 18) e *Excel for Windows* (versão 2007). Identificou-se que o sintoma musculoesquelético mais presente em praticantes de Dança de Salão de Porto Alegre é dor (68% das ocorrências) e esta se apresenta, em sua maioria, de maneira esporádica (1 a 2 vezes no mês, em 30,6% dos casos). As médias de manifestações por categoria profissional, pré ou semiprofissional e amadora não apresentaram diferença estatisticamente significativa nesta população. Detectou-se uma predominância de sintomas na faixa etária de 25 a 34 anos e que os praticantes com mais de 45 anos são os que menos apresentaram agravos. Não foi possível averiguar qual estilo está mais associado à gênese de sinais e sintomas uma vez que a grande maioria dos participantes da pesquisa pratica mais de um estilo de Dança de Salão. Apesar de apenas 44,6% dos indivíduos acometidos por agravos terem realizado exames complementares, a maioria (67,5%) realizou algum tratamento para melhora da condição patológica. As manifestações musculoesqueléticas ligadas à Dança de Salão são, em sua maioria de origem crônica e sua gênese está associada a aulas e ensaios. Conclui-se que, sendo relacionados a situações potencialmente controláveis, são evitáveis e devem merecer atenção preventiva.

Palavras-chave: agravos musculoesqueléticos; Dança de Salão; estudo de prevalência; sinais e sintomas.

ABSTRACT

This study aims to approach of the prevalence of musculoskeletal signs and symptoms in Social Dance practitioners in the city of Porto Alegre, south of Brazil. Specific objectives were: a) to determine the most frequent signs and symptoms in this sample; b) to identify if these happen in amateur, professional dancers or dance teachers; c) to detect the age groups most affected with signs and symptoms resulting from the referred practice; d) to find out which styles of Social Dance are most involved in the genesis of musculoskeletal signs and symptoms; d) to verify the demand for medical treatment by the subjects affected by the symptoms. The relevance of the study is justified by the limited academic production in the Field concerning Brazilian populations. Data collection was done through a questionnaire consisting of open and closed questions. Subjects were included in the sample if they had practiced Social Dance for at least two years regularly, aged between 18 and 60 years and correctly answered the questionnaire. Data were analyzed through the software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS version 18) and Excel for Windows. The most present musculoskeletal symptom in practitioners of Social Dance in Porto Alegre is pain (68% of occurrences), and this is mostly sporadic (1 to 2 times in the month, 30.6 % of cases). The average of manifestations by professional, pre-professional and amateur category was not statistically significant in this population. There was a predominance of symptoms in the age group of 25 to 34 years and those who were over 45 years of age had the least complaints. It was not possible to find out which style is most associated with the genesis of signs and symptoms since the great majority of the participants practice more than one style. Although only 44.6% of the symptomatic individuals performed diagnostic tests, 67.5% sought treatment to improve the pathological condition. Musculoskeletal manifestations associated with the Social Dance are, in the perception of our population, mostly of chronic origin and its genesis is associated with classes and rehearsals. It is concluded that, being related to potentially controllable situations, they are avoidable and should merit preventive attention.

Keywords: Musculoskeletal Disorders; Social Dance; Prevalence Study; Signs and Symptoms.

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Questionário	43
Anexo 2 – Carta de Apresentação.....	46
Anexo 3 – Termo de Autorização	47
Anexo 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	48

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Respondentes pó função remunerada.....	22
Gráfico 2 – Horas de prática por semana.....	23
Gráfico 3 – Duração da sessão	24
Gráfico 4 – Causas.....	27
Gráfico 5 – Ocasão do sinal/sintoma.....	27
Gráfico 7 – Sinais/sintomas por anos de prática	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Divisão de respondentes por sexo.....	21
Tabela 2 - Divisão de respondentes por tipo de prática.....	21
Tabela 3 - Nº de Praticantes por Estilo e Tempo de Prática.....	23
Tabela 4 - Distribuição de sintomas por região afetada.....	25
Tabela 5 - Frequência por sinal/sintoma.....	26
Tabela 6 - Tratamentos utilizados.....	28
Tabela 7 - Distribuição de sintomas por idade.....	28
Tabela 8 - Local mais afetado por sexo.....	30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 Dança de Salão.....	13
2.2 Lesões em Dança	15
3 METODOLOGIA	18
3.1 Caracterização da Investigação	18
3.2 Instrumento da Investigação.....	18
3.3 Plano de coleta de dados	18
3.4 Análise dos dados	19
3.5 População e Amostra	19
3.5.1 Dados Gerais da Amostra.....	20
4 RESULTADOS.....	25
4.1.Agravos Musculoesqueléticos	25
4.2 Sinais e sintomas musculoesqueléticos mais frequentes em bailarinos profissionais, pré ou semiprofissionais e amadores	28
4.3 Faixas etárias que mais apresentam sinais e sintomas decorrentes da prática de Dança de Salão nos referidos âmbitos.....	28
4.4 Estilos mais envolvidos na gênese de sintomas musculoesqueléticos em Dança de Salão.....	29
4.5 Demanda e realização de tratamento pelos sujeitos acometidos por sintomas musculoesqueléticos	29
4.6 Local mais afetado (Sexo).....	29
4.7 Anos de Prática	30
5 DISCUSSÃO DE DADOS	32
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
7 REFERÊNCIAS.....	38
8 ANEXOS	43

1 INTRODUÇÃO

A Dança de Salão vem se tornando uma atividade cada vez mais popular no Brasil, por motivos que podem ser atribuídos a questões sociais, culturais e até mercadológicas. Muitas pessoas buscam essa prática por se tratar de uma atividade física acessível a pessoas com diferentes habilidades motoras, proporcionando bem estar físico e psicológico. Isso é possível devido à diversidade de estilos que a técnica oferece.

A diversidade da Dança de Salão, com todos os seus ritmos, estilos e linhas de trabalho, a diferencia grandemente das demais técnicas de dança. As propostas estéticas, exigências físicas e performáticas acarretam demandas específicas que se relacionam ao surgimento de agravos musculoesqueléticos nos praticantes de Dança de Salão.

Assim, é relevante que sejam realizados estudos sobre esta técnica, uma vez que obter dados específicos da área permite a professores e bailarinos um olhar mais atento às suas práticas, possibilitando seu aprimoramento. Além disso, o estudo de populações estrangeiras (predomínio das publicações na área), onde a prática de dança de salão tem particularidades que muito a distanciam da dança social brasileira (o *ballroom*, por exemplo) impede que tomemos estes estudos como referenciais para nossas práticas.

Considerando o exposto acima, assim coloca-se a questão desta pesquisa: quais são os sinais e sintomas musculoesqueléticos mais prevalentes nos praticantes de Dança de Salão em Porto Alegre?

A partir desse questionamento foi proposto como objetivo principal realizar um estudo de prevalência dos sinais e sintomas musculoesqueléticos que acometem praticantes de Dança de Salão de Porto Alegre. Os objetivos específicos são: identificar se os sinais e sintomas musculoesqueléticos mais frequentes na prática de Dança de Salão acontecem em praticantes profissionais, pré ou semiprofissionais, ou amadores; detectar as faixas etárias que mais apresentam sinais e sintomas decorrentes da prática de Dança de Salão nos referidos âmbitos; averiguar quais os estilos mais envolvidos na gênese de sintomas musculoesqueléticos em Dança de Salão e verificar a demanda e realização de tratamento pelos sujeitos acometidos por sinais e sintomas musculoesqueléticos.

O método utilizado caracteriza-se como quantitativo descritivo, de corte transversal e observacional. Os sujeitos da pesquisa foram bailarinos de Dança de

Salão de Porto Alegre, RS, com idades entre 18 e 60 anos. Foram incluídos na população estudada indivíduos que praticam regularmente Dança de Salão por no mínimo dois anos, tanto de forma profissional, como pré ou semiprofissional ou amadora.

O primeiro capítulo deste estudo está dividido em dois subcapítulos: o primeiro constitui uma contextualização sobre a Dança de Salão. O texto traz a conceituação do termo Dança de Salão e aborda aspectos históricos e relacionados ao campo em que está inserida. O segundo traz informações relativas a lesões ligadas à prática da Dança. Nele é definido o que se entende como sinal e sintoma musculoesquelético e são feitas comparações entre os resultados encontrados por diversos artigos que abordam lesões em Dança.

O segundo capítulo deste trabalho descreve os procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa. Nele são descritos o processo de criação do questionário utilizado no levantamento de dados, os critérios de inclusão e exclusão da população estudada, e os *softwares* empregados na tabulação e análise estatística.

No terceiro capítulo são apresentados os resultados obtidos a partir da coleta e, na sequência, é feita uma análise comparando-os com dados de pesquisas semelhantes. Como fechamento do trabalho, são apresentadas as considerações finais da pesquisa.

Os dados obtidos poderão ser objeto de interesse para praticantes de Dança de Salão, seja em caráter profissional ou não. Pretende-se, com esse estudo, construir um conhecimento relevante e significativo para as pessoas que constituem a cena da dança em Porto Alegre.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A dança vem se torando uma atividade cada vez mais popular no Brasil e os motivos para isso são diversos. Muitas pessoas iniciam essa prática por tratar-se de uma atividade física acessível a pessoas com diferentes habilidades motoras, proporcionando bem estar físico e psicológico e isso se deve às inúmeras opções para a prática da Dança.

A melhora da percepção corporal, a modificação positiva da autoimagem e o aprimoramento das habilidades sociais são aspectos que a Dança, em especial a dança social, ou a chamada Dança de Salão, tem como atrativo (FONSECA; VECCHI; GAMA, 2012). Além disso, muitos indivíduos procuram tal atividade inicialmente como forma de lazer, e acabam por assumi-la como atividade profissional.

Ao escolher a dança como carreira é necessário um investimento de tempo, recursos financeiros e empenho pessoal. Pretendentes à profissionalização na área devem dedicar muitas horas a ensaios, cursos, aulas e espetáculos para atingir o padrão técnico e estético que almejam. Tudo isso, porém, tem um custo não apenas financeiro, mas também em bem estar físico e emocional.

2.1 Dança de Salão

Desde o início dos tempos a dança é parte integrante da vida do ser humano. A capacidade de expressar-se através de movimentos foi desenvolvida muito cedo na vida dos homens e está presente até os tempos atuais. Com o passar dos séculos, essa capacidade foi se aprimorando, tomando formas diferentes e adquirindo variadas funções sociais.

Uma das formas de dança que se constituiu com o passar do tempo foi a Dança de Salão. A conceituação exata deste termo, segundo apontam Zamoner (2012) e Dickow (2016), ainda está em processo. Expressões como “dança a dois”, “dança social”, “dança popular” e “dança folclórica” estão presentes nos debates acerca do tema e não há consenso sobre a delimitação do termo “Dança de Salão”. Apesar disso, podemos entender esta manifestação como um grande grupo de danças que, como o próprio termo sugere, são executadas em salões (ZAMONER, 2012).

Almeida (2005), afirma que:

“Conhecida como uma modalidade da dança que engloba em si vários ritmos, a dança de salão apresenta uma variação rítmica de músicas que atende às necessidades de uma atividade técnica de treinamento sendo exercida, inclusive, para fins competitivos” (p. 131).

Além da variação rítmica, existem outras diferenças entre os estilos de Dança de Salão: com ou sem formação de casais, como é o caso do Samba de Gafieira e da Gavota, respectivamente; com maior ou menor contato físico, a exemplo, respectivamente, do Maxixe e da Valsa (ZAMONER, 2007).

O estudo realizado por Volp, Deutsch e Schwartz (1995) teve como objetivo investigar que motivos levaram indivíduos em diferentes faixas etárias a escolher a Dança de Salão como atividade física. Os autores entrevistaram dois grupos, um com idade média de 52 anos e o outro, de 15 anos. Entre os resultados obtidos, o motivo mais recorrente foi a busca por prazer ou satisfação pessoal. A Dança é considerada uma atividade prazerosa, pois permite que indivíduos com diferentes capacidades psicomotoras participem das atividades propostas por professores e instrutores da maneira que lhes for possível.

Além de ser vista como forma de lazer, a Dança de Salão pode ser entendida como atividade profissional. O mercado de trabalho relacionado à dança é amplo, porém, grande parte das pessoas que escolhe essa área dedica-se a atividades como professor e/ou bailarino. Quem escolhe construir uma carreira como bailarino deve dedicar-se a ensaios com maior frequência que aquele que dança por lazer. Segundo Santos (2008), a carga horária é densa e tem uma demanda corporal alta, exigindo do bailarino dedicação exclusiva para o aprimoramento técnico e artístico.

A formação de um professor de Dança de Salão, assim como de outras técnicas, acontece tanto no meio acadêmico quanto fora dele. Os cursos livres, espaços não acadêmicos de ensino autônomo de dança, têm papel fundamental na construção da identidade do professor de Dança, é frequentemente por meio deles que o indivíduo desenvolve sua técnica e onde, muitas vezes, as primeiras experiências docentes ocorrem. Já no meio acadêmico, é crescente o número de graduações em Dança, só no estado do Rio Grande do Sul são seis cursos, tanto licenciaturas quanto bacharelados (DICKOW, 2016). O estudo realizado por Pereira e Souza (2014) aponta um forte crescimento no número de graduações em Dança no Brasil, principalmente no período entre os anos de 2007 e 2012, quando 15 novos cursos foram criados, sendo 12 deles na modalidade licenciatura. O estudo

também ressalta que, dos cursos anteriormente referidos, 13 estão localizados em instituições públicas.

Tendo em vista o exposto acima e com o objetivo de minimizar o risco de aparecimento de agravos, é pertinente a análise de dados referentes a sinais e sintomas musculoesqueléticos já levantados por outros autores.

2.2 Lesões em Dança

O número de pesquisas dedicadas ao estudo da prática da dança vem crescendo rapidamente na literatura científica. Trabalhos não só voltados aos agravos e seus tratamentos, mas também à sua patogênese (processo de estabelecimento da lesão), estão disponíveis àqueles que se interessam pelo assunto.

Portanto, é pertinente que, primeiramente, seja definido o que caracteriza um agravo musculoesquelético. Para fins deste estudo, é considerado agravo musculoesquelético “[...] todo episódio no qual o praticante [de dança] tenha relatado dor relacionada à prática de exercícios físicos, respondendo a um ou mais dos sinais e sintomas descritos pela literatura [...]”. (GRECO et. al, 2006, p. 62). O mesmo autor complementa a definição, afirmando que agravos musculoesqueléticos são

“qualquer déficit físico que resulte em dor ou desconforto’, associado com um ou mais dos seguintes itens: i) interrupção da atividade, ii) efeitos negativos no treinamento ou performance, iii) suficiente distração para interferir com a concentração.” (KERR et al, 1992 apud GRECO et al, 1999, p. 48).

Grande parte das pesquisas já realizadas na área estudou populações de bailarinos de Ballet Clássico, Dança Moderna e Contemporânea. Boa parte desses estudos aponta que o local com maior incidência de lesão são os membros inferiores (CARONI, 2006), e seus resultados variam entre as regiões do pé, do tornozelo e do joelho. É o que demonstram, por exemplo, Grego et al (2006) no estudo com bailarinas clássicas, não clássicas e em meninas que não praticavam qualquer modalidade de dança, e Azevedo, Oliveira e Fonseca (2007), que investigaram as lesões de bailarinos profissionais no período de um ano em Portugal.

Embora o estudo realizado por Shah, Weiss e Burchette (2012) mostre como regiões anatômicas mais afetadas o tornozelo e o pé, aqui apresentadas como um número único, o joelho aparece apenas como terceira região mais afetada, sendo superada pela região lombar. Essa diferença de resultado pode estar relacionada à

diferença de especificidade conferida à pesquisa. As duas primeiras delimitaram seus dados a lesões musculoesqueléticas, já a pesquisa de Shah, Weiss e Burchette (2012) não apresenta delimitação.

Siev-ner (2000) afirma que a maioria dos agravos relatados em bailarinos de Ballet Clássico são tendinites geradas por uso demasiado das articulações e da musculatura dos membros inferiores, o que pode estar relacionado a problemas de técnica. Esse dado é corroborado pelo estudo de Shah, Weiss e Burchette (2012). Além do uso recorrente da musculatura, fatores genéticos como diferenças anatômicas podem interferir no desempenho dos bailarinos (TEITZ, 2000).

Acredita-se que as diferenças anatômicas entre os sexos feminino e masculino possam ter influência na patogênese. Blackburn et al (2009) apontam que particularidades neuromecânicas da musculatura da cadeia posterior (particularmente da chamada “pata de ganso”) em mulheres podem limitar a estabilidade dinâmica do joelho, potencialmente contribuindo para um maior risco de lesão no ligamento cruzado anterior. O estudo desenvolvido por Hilibrand et al (2015) averiguou que diferenças no alinhamento ósseo de homens e mulheres podem ocasionar maior estresse nas articulações dos membros inferiores. Além das diferenças anatômicas, o estudo de Wanke e. al (2013) chama a atenção para o fato de que as demandas técnicas e estéticas são diferentes para homens e mulheres, o que reflete no tipo de lesão apresentado por cada sexo. Em contrapartida o trabalho de Shah, Weiss e Burchete (2012) não encontrou diferença significativa no número de lesões em bailarinos de Dança Moderna de ambos os sexos.

O estudo supracitado também não encontrou diferença significativa relacionada à idade dos bailarinos, embora aponte uma tendência maior de lesões em bailarinos jovens do sexo masculino. Em contrapartida, autores como Rietveld (2000) afirmam que o número de dançarinos jovens que se lesionam é consideravelmente maior que o de dançarinos mais velhos (a partir de 45 anos). Seu artigo aponta que um dos possíveis motivos é a pressão sofrida pelos mais jovens para que tenham um desempenho satisfatório.

É relevante ressaltar que a maioria dos dados apresentados até aqui são referentes a pesquisas voltadas ao Ballet Clássico. Isso se deve ao fato de que a Dança de Salão foi alvo de poucos estudos e há pouca informação sobre essa técnica de dança.

Um dos poucos estudos encontrados voltados para Dança de Salão foi realizado com bailarinas de Zouk e demonstrou que, devido ao movimento de hiperextensão da coluna frequentemente executado, grande parte das bailarinas apresenta lombalgia em algum momento da prática da dança (MÓSCA e MENEZES, 2007). Assim, podemos constatar que cada técnica de dança apresenta demandas corporais e biomecânicas específicas em sua prática, acarretando diferentes mecanismos geradores de lesão.

As especificidades estilísticas são relevantes quando se analisam os efeitos que as movimentações têm sobre o corpo de quem dança. Levando-se em consideração essas diferenças, podemos questionar se o Bolero, por exemplo, demandará o mesmo esforço físico que a Salsa. E a partir disto, como estas particularidades biomecânicas de cada estilo determinarão diferentes consequências fisiopatológicas musculoesqueléticas.

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização da Investigação

Esta é uma pesquisa descritiva de análise quantitativa, transversal, não controlada, observacional, que visa levantar informações sobre os sinais e sintomas musculoesqueléticos mais frequentes em bailarinos de Dança de Salão em Porto Alegre.

3.2 Instrumento da Investigação

O levantamento das informações foi feito por meio de um questionário especialmente elaborado para esse estudo (anexo 1). O documento é composto de 14 perguntas abertas e fechadas e tempo de preenchimento variou de 2 a 15 minutos, dependendo se o respondente apresentou algum dos sinais e sintomas abordados na pesquisa.

Para análise dos dados e criação de gráficos foram utilizados os softwares *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 18) e *Excel for Windows* (versão 2017).

3.3 Plano de coleta de dados

O projeto de pesquisa foi submetido à COMPESQ – Comissão de Pesquisa da ESEFID UFRGS, sendo cadastrado sob o número 33184. Após a aprovação da comissão, teve início a fase de contato com escolas de dança, instituições de ensino e bailarinos independentes para convite a participar da pesquisa

Aos responsáveis pelas instituições escolhidas foram enviados, por e-mail e/ou por mensagem privada, os seguintes documentos: carta de apresentação (anexo 2) solicitando a permissão para a realização da pesquisa, cópia da versão para impressão do questionário e termo de autorização (anexo 3) que foi assinado pelo responsável da escola. As instituições que concordaram em participar da pesquisa foram visitadas em data e hora pré-definidas. Nas instituições de ensino foi feito convite direto aos alunos e professores e, aos que concordaram participar, foram entregues o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 4) e o questionário para preenchimento.

Para professores e bailarinos independentes foi feito convite por e-mail e/ou mensagem privada. Na mensagem constava a apresentação da pesquisadora e o link da versão para preenchimento *online* do questionário.

Aos participantes foi oferecida a opção de preencher o questionário em sua versão online ou impressa, ambas de igual conteúdo. Os questionários aplicados na versão impressa foram recolhidos logo após seu preenchimento.

3.4 Análise dos dados

Os dados obtidos por meio dos questionários foram agrupados em uma tabela do *Excel for Windows* (versão 2007) para posterior análise por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 18). Recorreu-se ao recurso de consultoria técnica na área oferecida pela Faculdade de Estatística da UFRGS.

Foi utilizada a estatística descritiva e o teste Qui-Quadrado para determinação da normalidade dos dados e significância estatística. Foi escolhido o Qui-Quadrado por ser um teste utilizado para verificar se a frequência com que um determinado acontecimento observado em uma amostra se desvia significativamente ou não da frequência com que ele é esperado. As características dos dados obtidos atendiam os requisitos para a aplicação do teste: os grupos eram independentes; as observações eram frequências ou contagens; cada observação pertencia a uma e somente uma categoria; e a amostra deveria ter pelo menos 5 observações em cada célula (TORMAN, 2012).

3.5 População e Amostra

Os sujeitos da pesquisa foram praticantes de Dança de Salão de Porto Alegre, RS, com idades entre 18 e 60 anos. Foram incluídos na amostra indivíduos que praticam regularmente Dança de Salão por no mínimo dois anos, seja de forma profissional, pré ou semiprofissional, ou amadora.

Para o presente estudo, foram referidos como profissionais os indivíduos que tem a Dança de Salão como sua profissão e são remunerados por sua prática (GASPARINI; LEE; ROSE JUNIOR, 2012), sendo essa como professor, assistente (monitor) bailarino ou outro. Foram referidos como pré ou semiprofissionais os indivíduos que praticam Dança de Salão como forma de lazer, porém são eventualmente remunerados por sua prática, seja ela como assistente, bailarino e/ou outra. Indivíduos que não recebem qualquer remuneração pela prática da Dança de Salão e a tenham como forma de lazer foram referidos como amadores.

Foram excluídos do estudo praticantes que: a) tenham interrompido a prática de Dança de Salão por um período maior de seis meses por motivo que não uma lesão; b) responderam incompleta ou incorretamente o questionário; c) não têm um mínimo de dois anos de prática regular de Dança de Salão.

Para a escolha das instituições contatadas foi utilizada a lista de cadastro de escolas de Dança de Salão disponibilizada pelo diretor do Centro Municipal de Dança. A lista foi fornecida em 20 de Maio de 2016 e nela constavam os nomes das escolas cadastradas até aquele momento. Também foram contatadas escolas e instituições que possuíam página de divulgação em redes sociais, tais como Facebook.

Os critérios de inclusão das escolas foram: a) possuir e-mail e/ou telefone para contato constante na lista supracitada; b) possuir página própria em alguma rede social; c) estar localizada dentro dos limites da cidade de Porto Alegre; d) ser acessível se utilizado transporte público.

Em decorrência da indefinida delimitação do termo Dança de Salão e por apresentarem características em comum com as demais formas dança englobadas pelo mesmo, o Flamenco (por sua origem popular, estar presente em eventos sociais e se constituir como folclore de um povo)¹ e o Folclore Gaúcho de Projeção (por sua origem popular, derivar de práticas presentes em eventos sociais e se constituir como folclore de um povo) foram incluídos na pesquisa.

Para definir o tamanho da amostra requerida para o presente estudo, recorreu-se ao método matemático adotando os seguintes critérios: assumiu-se um valor de efeito pequeno para relação entre as medidas de 0,3 (Effect size $w=0.3$); uma probabilidade de erro 5%, adotando um alfa de 0,05, erro tipo I (α err prob=0.05); um poder estatístico do teste de 90% para o teste de Chi-Square χ^2 (Power ($1-\beta$ err prob)=0.90). O software utilizado foi o G*Power 3.1.3. Desta forma o tamanho da amostra ficou definido em 183 sujeitos.

3.5.1 Dados Gerais da Amostra

Foram contatadas 36 instituições de ensino; destas, 14 não responderam as mensagens enviadas, 5 não concordaram em participar da pesquisa, 7 não apresentaram integrantes que se enquadrassem na pesquisa e 10 autorizaram a

¹ (CAMARGO, 2014)

realização da pesquisa. Foi entregue um total de 125 cópias impressas do questionário; destas, 30 estavam fora dos critérios de inclusão.

A versão online do questionário foi divulgada na rede social Facebook e foram enviadas mensagens diretas a 22 praticantes de Dança de Salão. Esta versão teve 48 registros de acesso, porém apenas 15 puderam ser utilizados uma vez que boa parte deles apresentou preenchimento incorreto ou incompleto.

Foram coletadas informações de 110 (cento e dez) praticantes de Dança de Salão de Porto Alegre; destes, 59 são do sexo feminino e 51 são do sexo masculino. A idade da amostra variou de 18 a 60 anos e, para posterior análise e comparação, foram formados quatro grupos: Grupo A, que engloba todos os praticantes com idade entre 18 e 24 anos; Grupo B, que engloba os praticantes com 25 a 34 anos; Grupo C, que engloba os praticantes com 35 a 44 anos, e grupo D que engloba praticantes com mais de 45 anos. Foram incluídos 13 respondentes no Grupo A, 38 no Grupo B, 26 no Grupo C e 33 no Grupo D. A tabela 1 demonstra as porcentagens de indivíduos por sexo.

Tabela 1 Divisão de respondentes por sexo

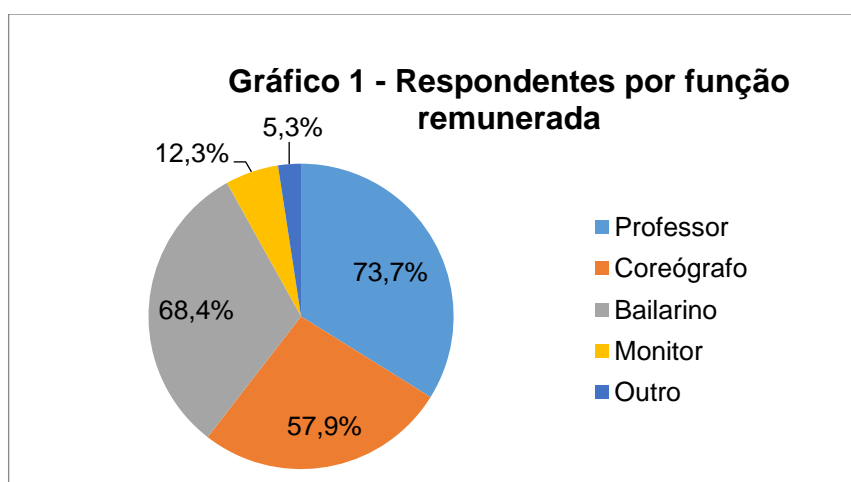
Sexo	Frequência	Porcentagem
Feminino	59	53,6%
Masculino	51	46,4%
Total	110	100%

Como exposto na tabela 2, 53 (48,2%) indivíduos se declararam amadores, 29 (26,4%) se declararam pré ou semiprofissionais e 28 (25,5%) se declararam profissionais. Dos que declararam receber remuneração por sua prática de dança, 42 (73,7%) atuam como professores, 33 (57,9 %) atuam como coreógrafos, 39 (68,4%) atuam como artistas cênicos, 7 (12,3%) atuam como monitores e 3 (5,3%) declaram ter outra função. É relevante ressaltar que a soma das porcentagens é maior que 100% pois a maioria dos respondentes desempenha mais de uma função (Gráfico 1).

Tabela 2 Divisão de respondentes por tipo de prática

	Frequência	Porcentagem
Amadores	53	48,2%
Pré/Semi	29	26,4%
Profissional	28	25,5%

Assim como os números referentes às funções desempenhadas por cada praticante, as porcentagens encontradas na distribuição dos estilos praticados também somam mais de 100%. O estilo mais praticado é o Samba de Gafieira (68,2%) e o que apresentou menor número de praticantes foi Flamenco (7,3%). O tempo de prática de Dança de Salão variou consideravelmente entre os respondentes da pesquisa. O tempo de prática do Forró, por exemplo, varia de 3 meses até 45 anos; o mesmo acontece com o Samba de Gafieira (de 3 meses até 45 anos) e com o Tango (de 2 meses até 35 anos) (Tabela 3).



O tempo semanal de prática foi expresso em intervalos. Verificou-se que 12,7% dos respondentes dedicam de 1 a 2 horas semanais à prática de Dança de Salão; 30,9% dedicam de 6 a 10 horas; 32,7% dedicam de 3 a 5; e 23,6% dedicam mais de 10 horas semanais à prática de Dança de Salão. Os resultados apontam que 19,1% dos respondentes têm prática (equivalente à sessão, para os esportes) que dura de 45 a 60 minutos, 30% têm prática que varia de 60 a 90 minutos, 20% entre 90 e 120 minutos e 30,9% com mais de 120 minutos de duração. Os resultados expostos acima estão presentes nos gráficos 2 e 3.

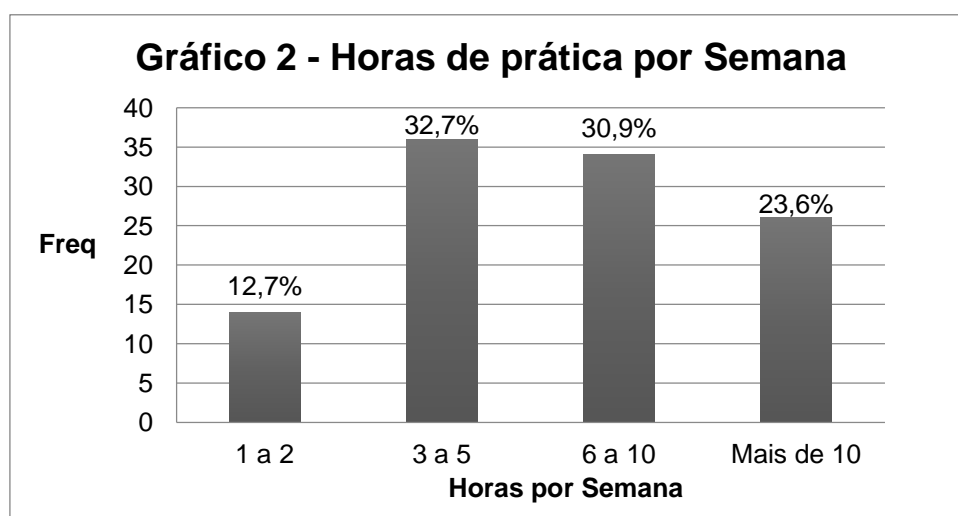
Verificou-se que 35 indivíduos (31,8%) praticam alguma outra técnica de dança; destes 17,1% praticam Danças Urbanas, 17,1% praticam Dança Contemporânea, 25,7% praticam Jazz e 65,7% praticam Ballet. Outras técnicas de dança foram apontadas por 12 indivíduos (34,3%); dentre elas podemos encontrar Dança Aérea, Biodança, Lindy Hop e Kizomba. O tempo de prática das diversas técnicas varia consideravelmente (de 1 mês até 42 anos).

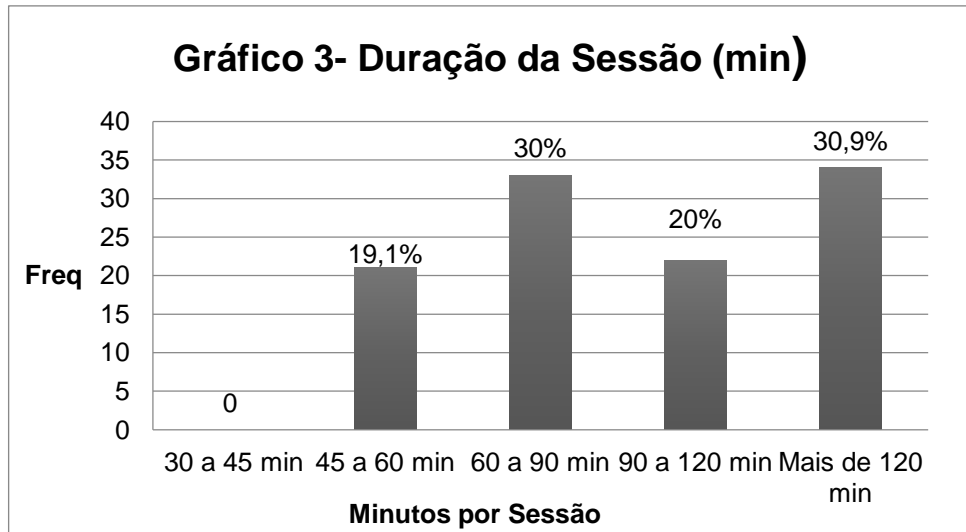
Tabela 3 Número de praticantes por estilo e o tempo mínimo e máximo de prática.

Estilo	Frequência	Porcentagem	Mínimo (*)	Máximo
Samba	75	68,2%	< 1	45
Forró	63	57,3%	< 1	45
Tango	56	50,9%	< 1	35
Bolero	55	50,0%	< 1	25
Salsa	54	49,1%	< 1	25
Soltinho	44	40,0%	1	20
Zouk	38	34,5%	< 1	20
Bachata	37	33,6%	< 1	13
Pagode	30	27,3%	< 1	23
Merengue	14	12,7%	2	30
Folclore	12	10,9%	4	48
Lambada	9	8,2%	4	28
Flamenco	8	7,3%	1	14
Outro	4	3,6%	3	45

(*) As informações de tempo estão indicadas em anos. O sinal (< 1) indica que o tempo mínimo é menor que um ano de prática

O número de indivíduos que pratica alguma outra atividade física diferente de dança é de 71 (64,5%); dentre eles 2,8% praticam Yoga, 14,1% praticam Pilates, 22,5% praticam algum esporte, 31% praticam caminhada e 63,4% praticam musculação. O tempo de prática varia de 1 mês até 25 anos.





4 RESULTADOS

4.1. Agravos Musculoesqueléticos

No que se refere aos sintomas relatados, 83 indivíduos (75,5%) apresentaram um ou mais dos sintomas analisados pela pesquisa, totalizando 254 casos, o que representa uma média de 3 ocorrências por indivíduo. As regiões mais citadas como sintomáticas foram joelho (17,7% dos casos), coluna lombar (15,4%) e pé (14,6%). O sintoma mais relatado foi dor (173 vezes); o segundo foi limitação de movimento² (relatado 24 vezes), e o terceiro foi câimbra (24 vezes). A tabela 4 mostra os números, em ordem decrescente, referentes aos demais sintomas relacionados com a região do corpo no qual foram relatados.

Tabela 4 Distribuição de sintomas por região afetada

Região	Geral	Dor	Limitação	Câimbra	Inchaço	Formigamento	Vermelhidão
Joelhos	45	36	2	1	6	0	0
Coluna Lombar	39	36	3	0	0	0	0
Pés	37	19	0	4	5	6	3
Panturrilhas	29	11	1	14	0	3	0
Ombro	26	20	4	0	1	1	0
Quadril	20	13	6	1	0	0	0
Coluna Cervical	16	15	1	0	0	0	0
Tornozelos	15	7	2	1	4	0	1
Coxas	11	6	1	3	0	1	0
Braço/Antebraço	7	4	1	0	1	0	1
Coluna Dorsal	4	3	1	0	0	0	0
Abdômen	2	1	1	0	0	0	0
Punhos/Mão	2	1	1	0	0	0	0
Cotovelos	1	1	0	0	0	0	0
Tórax	0	0	0	0	0	0	0
Total	254	173	24	24	17	11	5

Para determinar a frequência com que o sinal ou sintoma se manifestou, foram designados os seguintes intervalos: 1) Isoladamente (1 vez ou menos/ANO); 2) Raramente (2 a 5 vezes/ANO); 3) Esporadicamente (1 a 2 vezes/MÊS); 4) Frequentemente (3 a 10 vezes/MÊS); 5) Constantemente (mais de 10 vezes/MÊS). Em sua maioria, formigamento, câimbra e vermelhidão foram relatados como raramente frequentes (2 a 5 vezes/ANO); os sintomas dor, limitação de movimento e

² Houve empate no número de casos de limitação de movimento e câimbra. Como critério de desempate, foi considerada a frequência com que o sintoma se manifestou.

inchaço foram relatados, em sua maioria, como esporádicos (1 a 2 vezes/MÊS) e vermelhidão foi relatada como frequente (3 a 10 vezes/MÊS). A tabela 5 demonstra o detalhamento da distribuição das frequências por sinal/sintoma.

Tabela 5 Frequência por Sinal/Sintoma

Sinal/Sintoma	Total	Constante ³	Frequente	Esporádico	Raro	Isolado
Dor	173	19	35	53	40	26
Limitação de Movimento	24	2	4	8	5	5
Câimbra	24	1	5	6	10	2
Inchaço	17	2	5	4	3	3
Formigamento	11	0	2	3	4	2
Vermelhidão	5	1	1	0	2	1

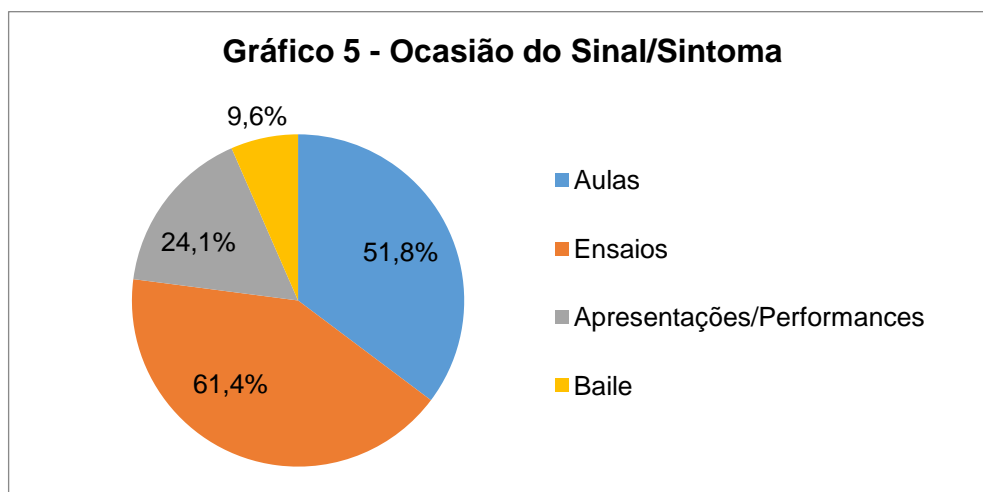
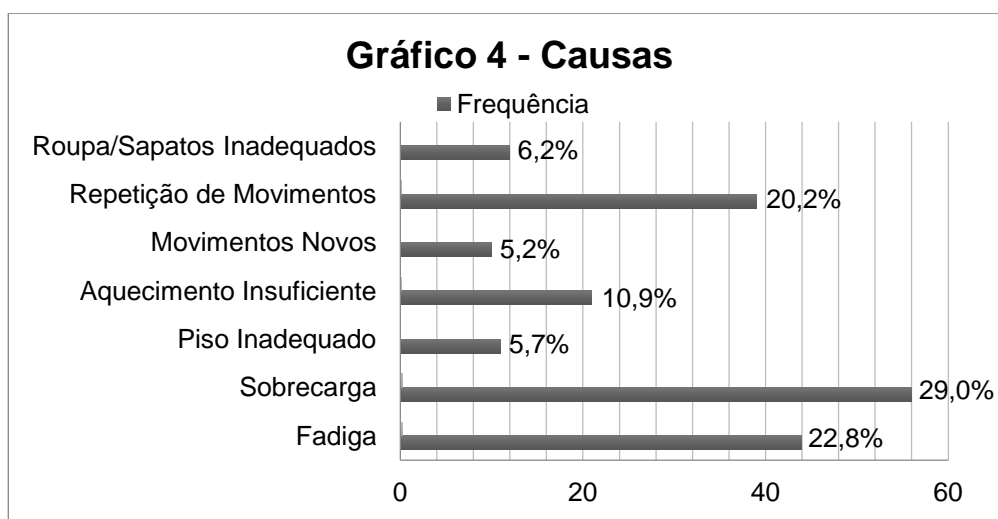
Dos 83 indivíduos que relataram algum dos sinais ou sintomas incluídos na pesquisa, 37 (44,6%) realizaram algum exame complementar para diagnosticar uma possível lesão. Constatou-se que 37,8% dos respondentes realizaram Ressonância Nuclear Magnética, 21,6% realizaram Radiografia, 13,5% realizaram Tomografia Computadorizada e 13,5% realizaram Ecografia. Os diagnósticos encontrados foram diversos, porém há predominância de agravos de origem crônica sobre os de origem aguda.

Foi solicitado aos respondentes que apontassem quais as possíveis causas dos sinais e sintomas anteriormente relatados, segundo seu próprio julgamento. Foram oferecidas sete opções: fadiga/cansaço, sobrecarga muscular/articular, piso inadequado, aquecimento insuficiente, movimentos novos, repetição de sequências/movimentos, roupas/sapatos inadequados. Cada respondente poderia marcar todas as opções que se aplicassem. A causa mais recorrente foi sobrecarga muscular/articular, que foi apontada em 29% dos casos e a causa menos recorrente foram movimentos novos, apontados em 5,2% dos casos. O detalhamento das demais causas está presente no gráfico 4.

Da mesma forma que se questionou quais as possíveis causas dos sinais e sintomas, perguntou-se aos participantes da pesquisa em que ocasião em que foram notados e/ou gerados. As opções oferecidas no questionário foram: aulas, ensaios, apresentações/performances e outros. A categoria “outros” foi substituída pela classificação “baile”, uma vez que foi a única resposta dada pelos respondentes

³ Para melhor visualização das informações contidas na tabela, as categorias de frequência foram abreviadas.

neste quesito. Averiguou-se que 61,4% dos respondentes acredita que o sinal/sintoma foi gerado durante ensaios, 51,8% acredita que o sinal/sintoma foi gerado durante as aulas, 24,1% acredita que o sinal/sintoma foi gerado durante performances ou apresentações e 9,6% acredita que o sinal/sintoma foi gerado durante bailes. O gráfico 4 demonstra a distribuição descrita acima.



A busca por tratamento foi relatada por 56 (67,5%) dos 83 indivíduos que apresentaram um ou mais sintomas. Os tratamentos são diversos e mais de um foi empregado para a extinção do sinal/sintoma relatado. A tabela 6 indica quais tratamentos realizados e por quantas pessoas foi utilizado.

Tabela 6 Tratamentos utilizados

Tratamentos	Frequência
Fisioterapia	23
Medicação	20
Reforço Muscular	12
Repouso	9
Acupuntura	8
Massagem	7
Crioterapia	5
Alongamento	5
Termoterapia	2
Outros	2

A seguir serão realizados cruzamentos entre as informações descritas acima e serão feitas considerações sobre eles com o objetivo de atender aos objetivos propostos pela pesquisa.

4.2 Sinais e sintomas musculoesqueléticos mais frequentes em bailarinos profissionais, pré ou semiprofissionais e amadores

Averiguou-se que as médias de manifestações por indivíduo das três categorias apresentam números bastante próximos (3,4 para pré ou semiprofissionais, 3,1 para profissionais e 2,7 para amadores). Não foram encontradas diferenças significativas entre as funções desempenhadas pelos respondentes.

4.3 Faixas etárias que mais apresentam sinais e sintomas decorrentes da prática de Dança de Salão nos referidos âmbitos.

No que se refere à faixa etária que mais apresenta sinais e sintomas musculoesqueléticos, os dados obtidos se distribuem da seguinte forma:

Tabela 7 Distribuição de sintomas por faixa etária			
Idade	Nº sintomas	Nº Indivíduos⁴	Média
18-24 anos	44	13	3,4
25-34 anos	111	30	3,7
35-44 anos	44	17	2,6
Acima 45 anos	55	23	2,4

⁴ Aqui foi considerado apenas o número de indivíduos que apresentaram algum sinal/sintoma musculoesquelético.

Embora não haja diferença estatística significativa (considerando $p < 0,05$), percebe-se que há predominância de sintomas na faixa etária de 25 a 34 anos, indicando uma tendência. Além disso, nota-se que os praticantes com mais de 45 anos são os que menos apresentaram agravos.

4.4 Estilos mais envolvidos na gênese de sintomas musculoesqueléticos em Dança de Salão

Levando-se em consideração o fato de que a grande maioria dos participantes da pesquisa pratica mais de um estilo de Dança de Salão, não foi possível determinar qual estilo está mais associado à gênese de sinais e sintomas musculoesqueléticos, como proposto nos objetivos. Para que tal objetivo seja atingido, é necessário que cada estilo seja estudado isoladamente.

4.5 Demanda e realização de tratamento pelos sujeitos acometidos por sintomas musculoesqueléticos

Trinta e sete dos 83 respondentes que relataram algum agravo realizaram exames complementares para diagnóstico de possíveis lesões. Destes, verificou-se que 89,2% realizaram o tratamento recomendado pelo profissional de saúde consultado.

As mulheres foram as que mais buscaram diagnóstico e realizaram o tratamento recomendado (25,3% de mulheres, comparado a 14,5% de homens). Tais resultados estão de acordo com o apontado no estudo realizado por Shah, Weiss e Burchete (2012).

Quarenta e seis respondentes (55,4% dos que apresentaram algum sinal/sintoma) não realizaram exames complementares; destes, 50% realizou algum tratamento para sanar as lesões, podendo este ser medicamentoso ou não.

4.6 Local mais afetado (Sexo)

Correlacionando-se os dados obtidos, constatou-se que o número de sinais/sintomas relatados por respondentes do sexo feminino e do sexo masculino é equivalente. Quarenta e cinco respondentes do sexo feminino apresentaram 135 sinais/sintomas, o que representa uma média de 3 manifestações por respondente e

38 respondentes do sexo masculino apresentam 119 sinais/sintomas, e sua média também é de 3 manifestações por indivíduo.

Apesar das médias gerais serem as mesmas para ambos os sexos, constatou-se que há variação em relação ao local mais afetado. Para o sexo masculino, o local mais sintomático foi o joelho (23,7%), seguido da panturrilha⁵ (11,8%) e da região da coluna lombar (11,8%). Já no sexo feminino, a região mais sintomática foi a do pé (21,5%), seguida da coluna lombar (18,5%) e da região do joelho (12,6%). A diferença teve significância estatística ($p < 0,03$). As regiões do joelho e da coxa são mais sintomáticas em homens do que em mulheres; já os pés apresentaram-se mais sintomáticos em mulheres. A tabela 8 demonstra os valores das demais regiões.

Tabela 8 Local mais afetado conforme sexo

Masculino		Feminino	
Região	Frequência	Região	Frequência
Joelho	28	Pé	29
Panturrilha	14	Coluna Lombar	25
Coluna Lombar	14	Joelho	17
Ombro	14	Panturrilha	15
Coxa	9	Quadril	13
Tornozelo	8	Ombro	12
Pé	8	Coluna Cervical	9
Coluna Cervical	7	Tornozelo	7
Quadril	7	Braço/Antebraço	2
Braço/Antebraço	5	Coluna Torácica	2
Coluna Torácica	2	Punho/Mão	2
Abdômen	2	Coxa	2
Cotovelo	1	Cotovelo	0
Tórax	0	Tórax	0
Punho/Mão	0	Abdômen	0

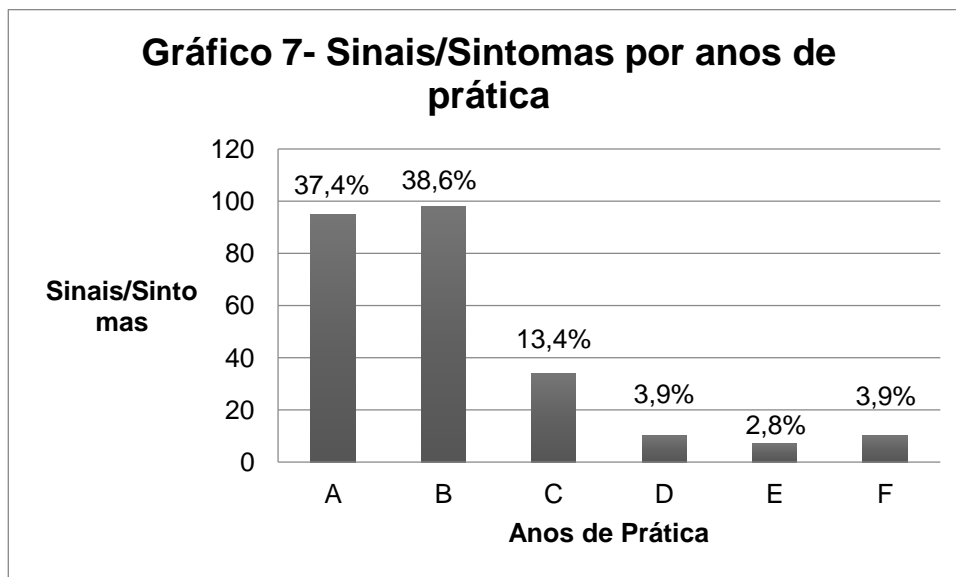
4.7 Anos de Prática

Para possibilitar a comparação entre as informações, os anos de prática foram divididos em intervalos. Estes foram definidos a partir do número de meses, da seguinte maneira: A, de 0 a 71 meses (de 0 a 5 anos); B, de 72 a 143 meses (de 5 a 12 anos); C, de 144 a 215 meses (de 12 a 18 anos); D, de 216 a 287 meses (de

⁵ Houve empate entre as regiões ombro, coluna lombar e panturrilha. Como critério de desempate, foi considerada a frequência com que o sintoma mais referido na região se manifestou.

18 a 24 anos); E, de 288 a 359 (de 24 a 30 anos) e F, de 360 a 576 meses (de 30 a 48 anos). Os números estão assim distribuídos:

Embora não haja diferença estatisticamente significativa, percebe-se que a duas primeiras categorias são as que mais apresentam sinais/sintomas. A categoria B aparece como mais sintomática (38,6%), seguida da categoria A (37,4%) e C (13,4%). A diferença entre os dois primeiros é pequena, porém, esta se torna maior quando comparado com a terceira categoria de tempo.



5 DISCUSSÃO DE DADOS

Até onde se tem conhecimento, esta é a pesquisa que apresenta maior população de estudo caracterizada por indivíduos brasileiros, praticantes de Dança de Salão e que trabalha com dados de fonte primária. Ainda assim, houve dificuldade em atingir o número determinado pelo cálculo amostral, principalmente devido às discrepâncias de registro de escolas, adesão dos potenciais sujeitos amostrais e critérios de seleção propostos.

Analisando-se de maneira geral, percebe-se que os resultados referentes à região mais afetada por agravos musculoesqueléticos vão ao encontro do que foi apontado pelos estudos de Azevedo, Oliveira e Fonseca (2007); Grego et. al (2006) e Stracciolini et. al. (2014). Tais estudos apontam o joelho como a região mais afetada por agravos. Em contrapartida, os estudos realizados por Shah, Weiss e Burchette (2012) e Dore e Guerra (2007) apontaram, respectivamente, o tornozelo e o quadril como regiões mais sintomáticas.

Para que seja possível averiguar o motivo de tal diferença, é necessário que estudos com maiores amostras sejam conduzidos, incluindo também análise de variáveis fisiopatológicas como piso e calçado, erros de técnica e outros fatores biomecânicos relacionados à prática.

É possível que a homogeneidade das médias de distribuição de sintomas por categoria de remuneração deva-se ao tamanho limitado da amostra estudada; outra hipótese é de que não há diferenciação de horas de prática semanal entre os grupos, sendo este um fator relacionado à gênese de lesões em Dança (KENNY; WHITTAKER; A EMERY, 2015).

Embora não tenha sido possível averiguar qual estilo está mais relacionado à gênese de sinais/sintomas, a presente pesquisa foi capaz de caracterizar parte da população praticante de Dança de Salão de Porto Alegre quanto a suas preferências de prática social de dança.

No que se refere à distribuição de sintomas por faixas etárias averiguou-se que os resultados estão em consonância com o averiguado no estudo realizado por Rietveld (2000) que aponta que bailarinos mais jovens (abaixo de 45 anos) apresentam maior concentração de lesões que os mais velhos (acima de 45 anos). O autor afirma que:

“Talvez uma explicação seja que há menos dançarinos mais velhos e professores de dança. Ou, há muitos bailarinos mais velhos, mas

eles não se machucam tão frequentemente, simplesmente porque a maioria dos dançarinos mais velhos são professores e não performam mais.⁶ (RIETVELD, 2000, p. 18).

Essa é uma hipótese relevante, uma vez que os praticantes de Dança de Salão com mais de 45 anos constituem o segundo maior grupo da presente pesquisa (33 indivíduos), porém 70% deles declarou que pratica Dança de Salão como forma de lazer. Para mais, 80% dos participantes com mais de 45 anos que se declararam pré-profissionais ou profissionais são professores.

Diferentemente dos estudos voltados para o Ballet Clássico ou para a Dança Moderna e Contemporânea, a presente pesquisa conta com número equilibrado de homens e mulheres. A Dança de Salão, por ser uma técnica de Dança praticada essencialmente em pares (em sua maioria, formados por um homem e uma mulher), demanda que exista um número semelhante de praticantes de ambos os sexos.

Os dados obtidos estão em consonância com a literatura científica no que tange à concentração de agravos nos membros inferiores, essa região foi relatada como mais sintomática nos estudos de Azevedo, Oliveira e Fonseca (2007) Grego et. al (1999); Grego et. al (2006); Kenny, Whittaker e Emery (2015); Ojofeitimi, Bronner e Woo (2010); Rietveld (2000); Shah, Weiss e Burchette (2012); Siev-Ner (2000); Wanke et. al (2013). Porém, não se confirmou a hipótese levantada por Hilibrand et al. (2015) de que mulheres estariam mais suscetíveis a lesões no joelho devido ao maior Ângulo Q⁷ apresentado por elas em comparação com os homens. O mesmo ocorre com o proposto por Blackburn et al. (2009) no que se refere à predisposição de mulheres a apresentarem lesões nessa região devido a diferenças na rigidez do ligamento cruzado anterior. Além disso, os dados da presente pesquisa vão de encontro ao que foi anteriormente apontado por Wanke et. al (2013) uma vez que este indica que a região mais sintomática em ambos os sexos é a do tornozelo.

No tocante à gênese dos sinais e sintomas, as causas mais apontadas foram sobrecarga muscular/articular, fadiga e repetição de movimentos. Relacionando-se essa informação com o fato de a maioria das lesões relatadas serem de origem

⁶ (Tradução da autora)

⁷ “[...] o ângulo ‘Q’ ou ângulo do quadríceps é formado entre o eixo femoral, definido como uma linha que corre da espinha ilíaca anterossuperior até o centro da patela, e o eixo tibial, definido por uma linha que corre do centro da patela através do tubérculo tibial.” (Hilibrand et al., 2015, p. 2). (Tradução da autora)

crônica, percebe-se a lógica do processo patológico. Os estudos de Shah, Weiss e Burchette (2012); Dore e Guerra (2007); Teitz (2000) e Liederbach (2000) afirmam que a maioria dos agravos encontrados em sua população de estudo decorre do *Overuse*⁸, ou seja, sobrecarga das estruturas corporais.

A maioria dos participantes da pesquisa apontou o ensaio como o momento onde os sinais/sintomas e/ou lesões relatados foram gerados. Porém, em apenas 41% dos casos (21 respondentes) este foi o único momento em que o agravo foi gerado, o que está de acordo com o fato de que a maioria das lesões relatadas tem origem crônica, ou seja, sua gênese não está associada a um evento específico, mas sim ao somatório das cargas absorvidas pelas estruturas musculoesqueléticas. Estes resultados estão em consonância com o apontado por Azevedo, Oliveira e Fonseca (2007).

Os resultados referentes à realização de tratamento estão de acordo com o apontado no estudo realizado por Shah, Weiss e Burchete (2012), porém, este achado apresenta limitações. O questionário utilizado para a coleta de dados continha a seguinte pergunta: “Já realizou exames de imagem (radiografias, tomografias, ressonâncias, ecografias, cintilografias ou outros) que confirmassem a lesão? Se afirmativo, quais os resultados?” Tal pergunta não abrange indivíduos que consultaram algum profissional da área da saúde, mas que não necessitaram de exames complementares para o diagnóstico. Ou seja, não é possível afirmar que aqueles que realizaram tratamentos, mas não relataram a realização de exames o tenham feito sem orientação de um profissional.

Recomenda-se cautela ao generalizar os dados apresentados na presente pesquisa, uma vez que o tamanho da amostra não atingiu o previamente determinado por meio de cálculo amostral. Isso se deve, em parte, ao fato de que, nas escolas visitadas, os alunos não se enquadravam na caracterização da amostra, principalmente no critério tempo de prática. Um número considerável de praticantes de Dança de Salão apresenta prática esporádica, realizando aulas por períodos menores ou interrompendo a prática com frequência. Acredita-se que a criação e manutenção de um registro de instituições de ensino e profissionais da Dança de Salão atuantes na região venham a contribuir para a adequada mensuração da

⁸ “[...] as lesões causadas por *overuse* [uso excessivo] são caracterizadas por um início gradual, podem apresentar-se com ou sem um incidente específico, e resultar de microtrauma repetitivo” (ROOS; MARSHALL, 2013, p. 419)(Tradução da autora).

população praticante dessa técnica de Dança, permitindo, assim, o aprimoramento de posteriores pesquisas na área.

Outras limitações desta pesquisa incluem, do ponto de vista instrumental, o uso de um questionário inédito e não previamente validado que, juntamente com a falta de um estudo piloto, determinou perdas de dados por incorreções no preenchimento. Em termos metodológicos, as limitações da pesquisa relacionam-se ao corte transversal, ao autorrelato e a seu caráter retrospectivo. Sabe-se que a referida metodologia apresenta limitações uma vez que recorre à memória do respondente e esta, segundo reportado por Jenkins et al (2002) (citado por Ojofeitimi, Bronner e Woo, 2010), apresenta decréscimo conforme o tempo decorrido da manifestação. Além disto, o indivíduo pode, por motivos pessoais e variados, alterar ou omitir informações relevantes ao estudo. Para que tais limitações sejam minimizadas recomenda-se que sejam feitos trabalhos de recorte longitudinal, onde o pesquisador tem a oportunidade de acompanhar a população estudada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificou-se que o sintoma musculoesquelético mais presente em praticantes de Dança de Salão de Porto Alegre é dor e esta se apresenta, em sua maioria, de maneira esporádica (1 a 2 vezes/MÊS). Verificou-se que as médias de manifestações por indivíduo das três categorias de remuneração apresentam números próximos, não sendo estatisticamente significativas. Embora não haja relevância estatística, detectou-se uma predominância de sintomas na faixa etária de 25 a 34 anos e que os praticantes com mais de 45 anos são os que menos apresentaram agravos. Não foi possível averiguar qual estilo está mais associado à gênese de sinais e sintomas uma vez que a grande maioria dos participantes da pesquisa pratica mais de um estilo de Dança de Salão. Apesar de apenas 44,6% dos indivíduos acometidos por agravos terem realizado exames complementares, a maioria (67,5%) realizou algum tratamento para melhora da condição patológica.

Para além dos objetivos inicialmente propostos verificou-se que as regiões mais citadas como sintomáticas foram joelho, coluna lombar e pé, e que houve diferença estatística significativa ($p < 0,05$) entre os sexos. As causas mais referidas foram sobrecarga muscular/articular, fadiga e repetição de movimentos, corroborando os achados da literatura acadêmica da área. Aulas e ensaios foram apontados como as ocasiões mais causadoras de agravos. Embora não haja diferença estatística significativa, percebe-se que a maioria dos agravos está presente em indivíduos com prática de 5 a 12 anos.

A escassez de estudos voltados para populações brasileiras e de Dança de Salão assim como a heterogeneidade de metodologias utilizadas nos estudos com populações estrangeiras limita a comparação de informações contidas nas mesmas. A presente pesquisa visou sanar, pelo menos em parte, tais limitações, apontar novas possibilidades e demandas de pesquisa na área da Medicina da Dança e, por conseguinte, construir um conhecimento relevante e significativo para os indivíduos que constituem o meio da dança em Porto Alegre.

A partir dos dados analisados nesta pesquisa considera-se que embora a Dança de Salão seja frequentemente vista como atividade de lazer, não está livre de causar lesões em seus praticantes. Saber quais são, como são geradas e quais indivíduos são mais suscetíveis a elas permite que professores e alunos previnam e/ou retardem seu aparecimento, principalmente se considerado o fato de que os

agravos estão relacionados a aulas e ensaios, situações essas que estão sob o comando do professor e/ou ensaiador.

Além disto, a ligação desta pesquisa com um curso de licenciatura em Dança permite que suas informações sejam agregadas aos debates promovidos em sala de aula. O professor que entende os processos patológicos ligados a sua área de atuação estará mais capacitado a evitar ou retardar o aparecimento de agravos e possibilitar uma prática mais consciente e segura.

7 REFERÊNCIAS

1. AZEVEDO, Ana Paula; OLIVEIRA, Raúl; FONSECA, João Pedro. Lesões no Sistema Músculo-Esquelético em Bailarinos Profissionais, em Portugal, na Temporada 2004/2005. **Revista Portuguesa de Fisioterapia no Desporto**, -, v. 1, n. 1, p.32-37, jan. 2007.
2. BLACKBURN, J. Troy et al. Comparison of hamstring neuromechanical properties between healthy males and females and the influence of musculotendinous stiffness. **Journal Of Electromyography And Kinesiology**, [s.l.], v. 19, n. 5, p.362-369, out. 2009. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jelekin.2008.08.005>.
3. CAMARGO, Maria Isabel Saczuck. Vivência – O corpo na dança flamenca. In: ENCONTRO PARANAENSE, CONGRESSO BRASILEIRO, CONVEÇÃO BRASIL-LATINOAMÉRICA DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, XIX, XI, III, 2014. **Anais**. Curitiba: Centro Reichiano, 2014. [ISBN – 978-85-87691-24-8].
4. CARONI, Paula Cristiane Pruss. OCORRÊNCIA DE LESÕES EM BAILARINAS CLÁSSICAS. 2006. 36 f. TCC (Graduação) - Curso de Educação Física e Ciências do Desporto, Puc, Porto Alegre, 2006.
5. COUTO, Moisés Costa do; OLIVEIRA, Georges Willeneuwe de Sousa. INFLUÊNCIA DA FADIGA MUSCULAR NO RETARDO ELETROMECÂNICO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, São Paulo, v. 10, n. 59, p.361-369, maio/junho 2016. Disponível em: <<http://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/970/800>>. Acesso em: 14 nov. 2017.
6. DICKOW, Kátiusca Marusa Cunha. **CARACTERÍSTICAS QUE DEFINEM O SER PROFESSOR DE DANÇA DE SALÃO: UMA RELAÇÃO DE SABERES**. 2016. 107 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Educação, Escola

- de Humanidades, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.
7. DORE, Bianca Fontes; GUERRA, Ricardo Oliveira. Sintomatologia dolorosa e fatores associados em bailarinos profissionais. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Natal, v. 13, n. 2, p.77-80, mar/abr. 2007.
 8. FONSECA, Cristiane Costa; VECCHI, Rodrigo Luiz; GAMA, Eliane Florencio. A influência da dança de salão na percepção corporal. **Motriz**, Rio Claro, v. 18, n. 1, p.200-207, jan/mar 2012.
 9. GASPARINI, Igor; LEE, Cristina Landgraf; ROSE JUNIOR, Dante de. ESTRESSE E ANSIEDADE EM BAILARINOS AMADORES E PROFISSIONAIS. **Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y El Deporte**, São Paulo, v. 7, n. 1, p.49-69, 2012
 10. GREGO LG et al. Agravos músculo-esqueléticos em bailarinas clássicas, não clássicas e praticantes de educação física. **Arq Cien Saúde**, São Paulo, v.13, n. 3, 2006.
 11. GREGO, Lia Geraldo et al. Lesões na dança: estudo transversal híbrido em academias da cidade de Bauru-SP. **Rev Bras Med Esporte**, S.i., v. 5, n. 2, p.47-54, mar/abr 1999.
 12. HILIBRAND, Miryl J. et al. Common injuries and ailments of the female athlete; pathophysiology, treatment and prevention. **The Physician And Sportsmedicine**, [s.l.], v. 43, n. 4, p.403-411, 2 out. 2015. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/00913847.2015.1092856>.
 13. KENNY, Sarah J; WHITTAKER, Jackie L; A EMERY, Carolyn. Risk factors for musculoskeletal injury in preprofessional dancers: a systematic review. **British**

- Journal Of Sports Medicine**, [s.l.], v. 50, n. 16, p.997-1003, 30 nov. 2015. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2015-095121>.
14. LIEDERBACH, Marijeanne. General Considerations for Guiding Dance Injury Rehabilitation. **Journal Of Dance Medicine & Science**, Nova York, v. 4, n. 2, p.54-65, jun. 2000.
15. MÓSCA, Leonardo Santos; MENEZES, Fábio Sprada. Incidência de lombalgia em praticantes de Zouk (lambada) do sexo feminino do sul do Brasil. **Revista Pergamum**. UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA Udesc. 2007
16. OJOFEITIMI, S.; BRONNER, S.; WOO, H.. Injury incidence in hip hop dance. **Scandinavian Journal Of Medicine & Science In Sports**, [s.l.], v. 22, n. 3, p.347-355, 30 ago. 2010. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0838.2010.01173.x>.
17. PEREIRA, Marcelo de Andrade; SOUZA, João Batista Lima de. FORMAÇÃO SUPERIOR EM DANÇA NO BRASIL: PANORAMA HISTÓRICO-CRÍTICO DA CONSTITUIÇÃO DE UM CAMPO DE SABER. **Revista Inter Ação**, [s.l.], v. 39, n. 1, p.1-19, 19 abr. 2014. Universidade Federal de Goiás. <http://dx.doi.org/10.5216/ia.v39i1.26443>.
18. RIETVELD, Boni. Dance Injuries in Older Dancer: Comparison with Younger Dancers. **Journal Of Dance Medicine And Science**, The Hague, v. 4, n. 2, p. 16-19, 2000.
19. ROOS, Karen G.; MARSHALL, Stephen W.. Definition and Usage of the Term “Overuse Injury” in the US High School and Collegiate Sport Epidemiology Literature: A Systematic Review. **Sports Medicine**, [s.l.], v. 44, n. 3, p.405-421, 16 nov. 2013. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s40279-013-0124-z>.

20. SANTOS, Elise Alves dos. O TRABALHO DOS BAILARINOS PROFISSIONAIS DE UMA COMPANHIA DE DANÇA CONTEMPORÂNEA uma perspectiva psicodinâmica. 2008. 129 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2008.
21. SHAH, Selina; WEISS, David S.; BURCHETTE, Raoul J.. Injuries in Professional Modern Dancers: Incidence, Risk Factors, and Management. **Journal Of Dance Medicine & Science**, v. 16, n. 1, p.17-25, 2012.
22. SIEV-NER, Itzhak. Common Overuse Injuries of the Foot and Ankle in Dancers. **Journal Of Dance Medicine And Cience**, Tel-aviv, v. 4, n. 2, p.49-53, 2000.
23. STRACCIOLINI, Andrea et al. Pediatric Sports Injuries. **The American Journal Of Sports Medicine**, [s.l.], v. 42, n. 4, p.965-972, 24 fev. 2014. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0363546514522393>.
24. TEITZ, Carol C. Hip and Knee Injuries in Dancers. **Journal Of Dance Medicine And Cience**, Seattle, v. 4, n. 1, p. 23-29, 2000.
25. TORMAN, Vanessa B. L. T.; COSTER, Rodrigo; RIBOLDI, João. Normality of variables: diagnosis methods and comparison of some nonparametric tests by simulation. **Rev HCPA** 2012;32(2).
26. VOLP, Catia Mary; DEUTSCH, Silvia; SCHWARTZ, Gisele M.. Por que dançar? Um estudo comparativo. **Motriz**, -, v. 1, n. 1, p.52-58, jun. 1995.
27. WANKE, Eileen M et al. Occupational accidents in professional dance with focus on gender differences. **Journal Of Occupational Medicine And Toxicology**, [s.l.], v. 8, n. 1, p.35-41, 2013. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/1745-6673-8-35>.

28. ZAMONER, Maristela. Árvores genealógicas e cladística como base para o estudo das relações históricas entre as danças de salão: uma proposta. **Efd Esportes**, Buenos Aires, v. 113, n. 12, p.1-1, out. 2007. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd113/arvores-genealogicas-e-cladistica-dancas-de-salao.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2017.
29. ZAMONER, Maristela. Conceitos e definição de Dança de Salão. **Efd Esportes**, Buenos Aires, v. 172, n. 17, p.1-1, set. 2012. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd172/conceitos-e-definicao-de-danca-de-salao.htm>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

8 ANEXOS

(Anexo 1) Questionário Lesões em Dança de Salão

1. Identificação:
 - a) Idade:
 - b) Sexo:

2. Você pratica Dança de Salão:
 - a) Somente por lazer (amador)
 - b) Por lazer, mas eventualmente sou remunerado (semi ou pré-profissional)
 - c) Porque é minha principal fonte de renda (profissional)

3. Se você é remunerado pela prática de dança, qual das seguintes funções você realiza? (marque todas que se aplicam):
 - a) Professor
 - b) Coreógrafo
 - c) Artista cênico (bailarino)
 - d) Outra: _____

4. Qual/quais ritmo(s) você pratica? Há quanto tempo pratica esse(s) ritmo(s) sem interrupções maiores que três meses? (complete todas que se aplicam)

a) Forró_____	e) Pagode_____	i) Zouk_____
b) Samba de Gafieira_____	f) Merengue_____	j) Tango_____
c) Soltinho_____	g) Bachata_____	k) Bolero_____
d) Lambada_____	h) Salsa_____	l) Outro:_____

5. Quantas horas por semana você pratica Dança de Salão?
 - a) 1 a 2 horas
 - b) 3 a 5 horas
 - c) 6 a 10 horas
 - d) > 10 horas

6. Nos dias em que pratica, quantos minutos dura sua prática de Dança de Salão?
 - a) 30'-45'
 - b) 45'-60'
 - c) 60'-90'
 - d) 90'-120'
 - e) > 120'

7. Você pratica alguma outra técnica de dança (Danças Urbanas, Ballet, Jazz, etc.)? Se sim, qual? Há quanto tempo?

8. Você pratica alguma atividade desportiva e/ou de condicionamento físico (esportes, musculação, Pilates, etc...)? Se sim, qual atividade? Há quanto tempo?

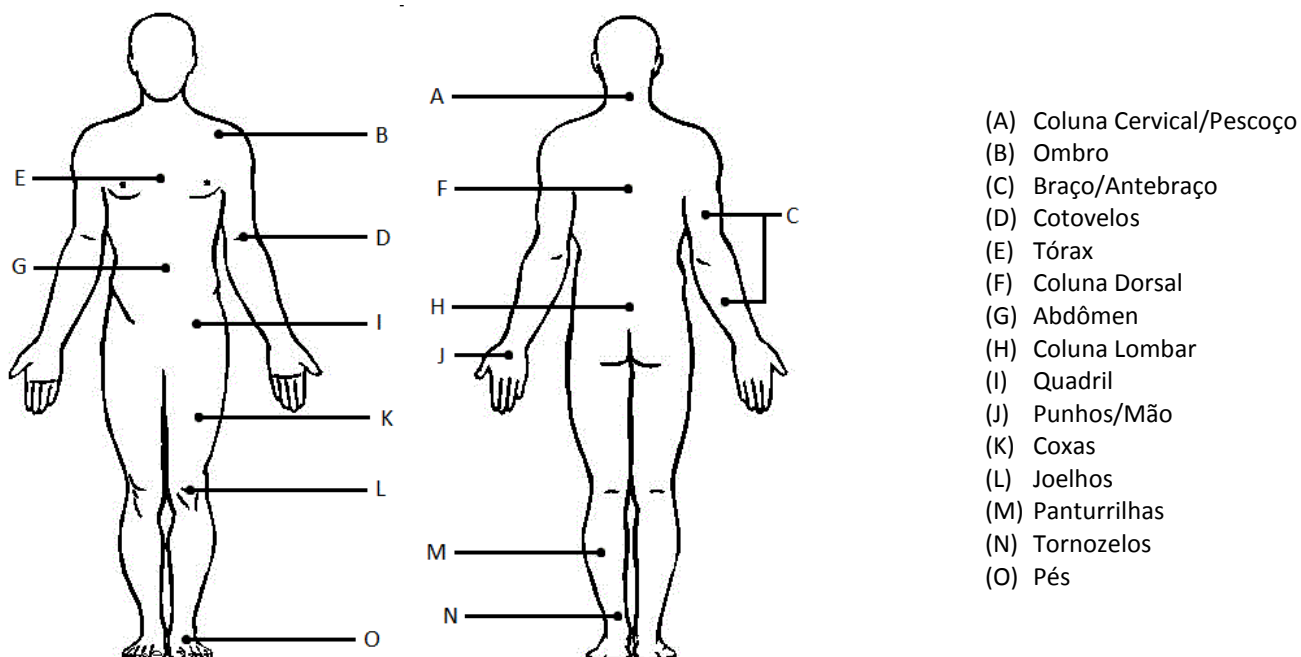
9. Você apresentou algum dos seguintes sintomas relacionado à prática de Dança de Salão nos últimos 12 meses, seja durante a prática ou após? Com que frequência eles se manifestaram? Caso não tenha apresentado nenhum sintoma, risque a tabela.

Sintoma	Região	Frequência	Região	Frequência	Região	Frequência	Região	Frequência
Dor								
Formigamento								
Câimbra								
Limitação de Movimento								
Inchaço								
Vermelhidão								

FREQUÊNCIA:

- 1) Isoladamente (1 vez ou menos/ANO)
- 2) Raramente (2 a 5 vezes/ANO)
- 3) Esporadicamente (1 a 2 vezes/MÊS)
- 4) Frequentemente (3 a 10 vezes/MÊS)
- 5) Constantemente (mais de 10 vezes/MÊS)

Utilize a imagem abaixo para auxiliá-lo no preenchimento da tabela acima.



10. Se você apresentou algum outro sintoma relacionado à prática de Dança de Salão que considere relevante, por favor, coloque abaixo juntamente com a região do corpo afetada e o número de vezes que ocorreu.
11. Já realizou exames de imagem (radiografias, tomografias, ressonâncias, ecografias, cintilografias ou outros) que confirmassem a lesão? Se afirmativo, quais os resultados? Quanto tempo depois do início dos sintomas foram realizados esses exames?
12. Qual você acredita que foi a causa desses sintomas? (Marque todos que se aplicam).
- a) Fadiga/Cansaço
 - b) Sobrecarga muscular/articular
 - c) Piso inadequado
 - d) Aquecimento insuficiente
 - e) Movimentos novos
 - f) Repetição de sequências/movimentos
 - g) Roupas/sapatos inadequados
13. Em qual/quais momento(s) você acredita que foi/foram gerado(s) o(s) sintoma(s)? (Marque todas que se aplicam).
- a) Aulas
 - b) Ensaios
 - c) Apresentações/Performances
 - d) Outro. Qual?
14. Você realizou algum tratamento? Se Sim, qual/quais foram?

(Anexo 2)**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESEFID – ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA CURSO DE
LICENCIATURA EM DANÇA**

Prezado coordenador da escola.....;

Saudando-a e à sua equipe, venho por meio desta apresentar a aluna Julia Bueno Walther, do curso de Licenciatura em Dança desta Universidade; ela realiza, neste momento, a pesquisa para seu Trabalho de Conclusão de Curso denominada “Estudo de Prevalência de Lesões Musculoesqueléticas em praticantes de Dança de Salão em Porto Alegre”. Está trabalhando sob minha orientação e deseja convidá-la e a seus alunos a participarem da pesquisa.

Os objetivos da pesquisa são: a) determinar quais as lesões mais frequentes em praticantes de Dança de Salão em Porto Alegre; b) identificar se as lesões mais frequentes acontecem em bailarinos amadores, bailarinos profissionais ou professores; c) detectar as faixas etárias mais acometidas por lesões decorrentes da prática de Dança de Salão nos referidos âmbitos; d) averiguar quais as técnicas mais envolvidas na gênese de lesões em Dança de Salão; e) verificar a demanda de tratamento pelos sujeitos acometidos por lesão.

A coleta de dados será realizada por meio de um questionário de múltipla escolha construído pela aluna e devidamente validado pelos órgãos competentes. Evidentemente, o teor da pesquisa será sigiloso, e os dados serão publicados apenas ao final do estudo, sem identificação das escolas ou dos alunos. O estudo será encaminhado à COMPESQ – Comitê de Pesquisa da ESEFID – e ao Comitê de Ética da UFRGS, garantindo as boas práticas em pesquisa científica.

Desta forma, rogo sua compreensão e autorização para a aplicação do questionário, com a brevidade possível, para que possamos dar andamento ao estudo.

Desde já, muito grata,



Izabela Lucchese Gavioli - matrícula 40275

Professora Assistente A – Curso de Licenciatura em Dança UFRGS

(Anexo 3)**AUTORIZAÇÃO**

Eu, _____, abaixo assinado, autorizo a realização do estudo intitulado “Estudo de Prevalência de Lesões Musculoesqueléticas em praticantes de Dança de Salão em Porto Alegre”, da pesquisadora Julia Bueno Walther, aluna de Licenciatura em Dança na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob a orientação da Prof.^a Izabela Gavioli, no estabelecimento _____ inscrito no CNPJ _____, localizado no endereço _____, n^o _____, Bairro _____, Porto Alegre/RS, do qual sou responsável e/ou proprietário(a).

Fui informado (a) pela pesquisadora do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como o questionário que deverá ser posteriormente preenchido pelas participantes do estudo.

(Assinatura do responsável)

Porto Alegre, _____ de _____ de _____.
(dia) (mês) (ano)

(Anexo 4)**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa intitulada **“Estudo de Prevalência de Lesões Musculoesqueléticas em praticantes de Dança de Salão em Porto Alegre”**, por ter o perfil da população necessária para que a mesma se realize.

Os objetivos deste estudo são:

1. Determinar quais as lesões mais frequentes em praticantes de Dança de Salão em Porto Alegre;
2. Identificar se as lesões mais frequentes na prática de Dança de Salão acontecem em bailarinos amadores, bailarinos profissionais ou professores;
3. Detectar as faixas etárias mais acometidas por lesões decorrentes da prática de Dança de Salão nos referidos âmbitos;
4. Averiguar quais as técnicas mais envolvidas na gênese de lesões em Dança de Salão;
5. Verificar a demanda de tratamento pelos sujeitos acometidos por lesão.

Para participar do mesmo, é necessário preencher um questionário, de perguntas abertas e fechadas, com 14 questões e tempo médio previsto para o preenchimento de 15 a 30 minutos. Sua participação no estudo é voluntária, de forma que, caso você decida não participar, não terá nenhum comprometimento por esta decisão. Ou seja, sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir e retirar seu consentimento.

O estudo apresenta um risco considerado mínimo pelo constrangimento eventual que você possa ter pelas perguntas apresentadas no questionário. Além disso, será mantida em sigilo sua identificação. Caso ainda se sinta constrangido, pode deixar de responder e abandonar a pesquisa a qualquer momento.

Ao contribuir para esta pesquisa você tem assegurado o direito de total sigilo das informações prestadas; não serão fornecidas quaisquer informações que permitam identificar quem foram os participantes da pesquisa. Os seus dados serão sempre tratados confidencialmente. Você não será identificado por nome, e os resultados deste estudo serão usados para fins científicos.

O presente documento é baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a pesquisa em saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 466/12), e será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do participante e outra com o pesquisador responsável.

Caso você tenha dúvidas ou solicite esclarecimento, entre em contato com a pesquisadora Julia Bueno Walther (por meio do e-mail juliabw24@hotmail.com), ou com a orientadora da pesquisa Prof.^a Dr.^a Izabela Gavioli (por meio do email izabela_lg@hotmail.com), ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 – POA/RS) pelo telefone (51) 3308-3738.

Em caso de concordância com as considerações expostas, favor assinar este “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” no local indicado. Desde já agradeço sua colaboração.

Consentimento da Participação da Pessoa como Sujeito da Pesquisa

Eu, _____, de forma livre e espontânea, assino o termo de consentimento, após esclarecimento e concordância com os objetivos e condições da realização da pesquisa, concordando em participar do **“Estudo de Prevalência de Lesões Musculoesqueléticas em Praticantes de Dança de Salão em Porto Alegre”**, desde que eu possa me retirar a qualquer momento da pesquisa e minha privacidade seja mantida.

(Assinatura da/o Participante)

Porto Alegre, _____ de _____ de _____.
(dia) (mês) (ano)