

**Artigo original****A equivalência da dança do ventre à cinesioterapia na terapêutica da dismenorréia primária*****Equivalence of belly dance to kinesiotherapy in primary dysmenorrhea therapy***

Thaís Soares Munguba Cardoso\*, Ana Paula Cardoso Batista Paes Leme\*\*

.....

*\*Bacharel em fisioterapia, \*\*Bacharel em fisioterapia, professora da disciplina Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetria da Universidade Católica do Salvador (UCSAL) e do Instituto Adventista de Ensino do Nordeste (IAN)*

**Palavras-chave:**

Dismenorréia, fisioterapia, cinesioterapia, dança do ventre.

**Key-words:**

Dysmenorrhea, physical therapy, kinesiotherapy, belly dance.

**Resumo**

Escritos demonstram que há 10 séculos a.C. já existiam relatos a respeito da perda sanguínea vaginal com dor. Hoje, estudos revelam que isto é real para 90% das mulheres. Este desconforto ultrapassa o âmbito pessoal, alcançando proporções sócio-econômicas. Com o intuito de avaliar se a cinesioterapia pode minimizar sintomas da dismenorréia, realizou-se um estudo exploratório com mulheres que apresentam esta queixa e que são alunas de academias de Dança do Ventre da cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Os resultados indicaram que a grande maioria das praticantes apresentou um alívio não apenas quanto à dor pélvica, mas também nos inúmeros sintomas incômodos associados a este período catamenial. Relacionando a contribuição desta dança de origem oriental para a redução da dismenorréia e a semelhança entre os seus principais movimentos e os utilizados na fisioterapia, demonstra-se a possibilidade de contribuição da cinesioterapia para o alívio do desconforto menstrual.

**Abstract**

Ancient texts have shown that 10 centuries before Christ there were already reports talking about the painful vaginal blood lost. Today, studies reveal that this is actually a reality for 90% of women. This discomfort surpass the personal sphere, reaching social-economic proportions. In order to see if the kinesiotherapy can really reduce drastically the symptoms of dysmenorrhea, a study was carried out with women presenting this complain and who were also Belly Dancers in the city of Salvador, Bahia, Brazil. Results have indicated that most of the dancers showed a relief, not only regarding pelvic pain, but also in all others uncomfortable symptoms associated to this period of time. Relating the contribution of the Arabic Dance to the dysmenorrhea, and its similarities in what concerns the dance's main movements and those used in physical therapy, a possibility of contribution from the kinesiotherapy to the relief of the menstrual discomfort is demonstrated.

---

Artigo recebido em 13 de janeiro de 2003; aceito em 15 de fevereiro de 2003.

**Endereço para correspondência:** Thaís Soares Munguba Cardoso, Alameda Filemon Andrade, 95/701-B - 40100-060 Salvador B.A,  
E-mail: [thais.cardoso@terra.com.br](mailto:thais.cardoso@terra.com.br)

---

## Introdução

Historicamente, em 1400 a.C., a mulher menstruada era isolada por sete dias e qualquer um que a tocasse seria considerado imundo, conforme pode ser verificado no Antigo Testamento da Bíblia. Os escritos de Susruta AyurVeda, dos antigos hindus, 10 séculos a.C., relatam a perda sanguínea vaginal com dor. Hipócrates considerava a menstruação dolorosa como decorrente de obstrução cervical e estagnação do fluxo menstrual [1]. No tratado de Plínio, intitulado "Historia Naturalis", 23 a.C., o autor descreve o fenômeno da menstruação e como era interpretado pela cultura da época. Acreditava-se que a mulher menstruada tornava o vinho azedo, as sementes secas, as lâminas de aço cegas, o ferro e o bronze oxidados e até faziam com que as abelhas abandonassem a colméia ao seu toque. Quase em todo o mundo a mulher menstruada era isolada e afastada da produção de alimentos. Sorano, 98-138 d.C., da cidade de Éfeso, descreveu o quadro clínico da dismenorréia pouco diferente da observada atualmente [2].

Percebe-se que a influência das tradições e das crenças sócio-econômicas levou a menstruação a ser associada a um quadro negativo [2]. Isso é fato para quase 90% das mulheres, justamente aquelas que sofrem de dismenorréia (a cifra geralmente citada é de pouco mais de 50%; a incidência depende do modo como foi realizado o estudo e das idades analisadas [3]), expressão esta cuja etimologia vem do grego e significa alteração, anomalia (dys) do fluxo (rhoia) mensal (men). Por isso o termo assumiu na medicina, de modo consensual, o significado de menstruação dolorosa [4]. A maioria das mulheres sente algum desconforto durante a menstruação (molime menstrual [5,6]), seja na esfera genital ou no âmbito extra-genital. Porém, quando estes fenômenos são mais expressivos e incapacitam a mulher para o desempenho das suas AVDs, diz-se que há dismenorréia [4].

De acordo com o Instituto Paulista de Pesquisa de Mercado, 1981, 65% das brasileiras entre 18 e 40 anos sofrem de cólicas menstruais [5]. Estima-se que 140 milhões de horas são perdidas anualmente, sendo a causa mais freqüente de absenteísmo ao trabalho/escola entre mulheres jovens [7]. Como as mulheres constituem pelo menos 42% da força de trabalho, cerca de 600 milhões de horas/ano de trabalho serão perdidas nos Estados Unidos se não for realizado um tratamento eficaz. O cálculo de horas perdidas somam, anualmente, alguns bilhões de dólares [4]. Sem contar as perdas econômicas adicionais desconhecidas devido à diminuição da produtividade [5,7]. Cerca de 10%-15% das mulheres apresentam tal grau de desconforto que ficam incapacitadas durante 1-3 dias a cada mês [3,7,8].

A dismenorréia assume cada vez maior importância, sendo o problema mais comum de todos os distúrbios ginecológicos em mulheres em idade fértil. A dismenorréia primária (há outras nomenclaturas para este termo: intrínseca,

essencial, idiopática, funcional, espasmódica) é definida como uma hipogastralgia tipo cólica ocorrendo no princípio da menstruação na ausência de qualquer doença pélvica identificável. Esta dor no baixo ventre (aguda, em cólica ou enfadonha e constante) pode irradiar-se para a região lombar ou parte superior das coxas [9]. Este período doloroso origina-se por volta de 6 meses a 3 anos após a menarca, quando se dá início aos ciclos ovulatórios e a função normal do corpo amarelo. Está presente em quase 50% das mulheres, em algum momento de suas vidas reprodutivas e, é responsável por 5-10% das faltas ao trabalho [4]. A dor, em geral, surge nas primeiras horas do início da menstruação, piorando à medida que o fluxo menstrual se avoluma durante os 2-3 primeiros dias do ciclo catamenial. As dores espásticas são intermitentes, podendo irradiar para a região lombar e membros inferiores. Náuseas, vômitos, fadiga, febre, cefaléia, diarreia e fotofobia são comuns estarem associados [3,10,11,12,13,14,15].

A falta de atenção quanto aos elevados índices de prevalência e a morbidade substancial da dismenorréia freqüentemente levam ao tratamento inadequado do problema. Apesar de ter sido relatada e estudada por mais de 100 anos, foi somente nos últimos 25 anos que várias linhas de pesquisa juntaram-se a fim de delinear a fisiopatologia destes complexos sintomas. Nos últimos anos tem crescido o número de pesquisas e estudos a respeito da cólica menstrual e de sua etiofisiopatologia, assim como o avanço no tratamento farmacológico. Contudo, as mulheres têm se tornado cada vez mais dependentes das medicações e, conseqüentemente, de seus efeitos colaterais. Tudo isto justifica a expansão do conhecimento nesta área tão nova da fisioterapia: à ginecologia.

A discussão a respeito das formas fisioterapêuticas que amenizem o desconforto e estado doloroso da mulher dismenorréica é significativamente escassa. E quando o tema é mencionado, os autores se dividem quanto à modalidade da abordagem. Alguns autores indicam um trabalho de Ondas Curtas realizado no meio do ciclo menstrual, outros estudiosos condenam esta prática por ainda não se ter material suficiente que confirme os reais efeitos de aparelho eletroterápico no Sistema Reprodutor Feminino. Para outros, o ideal é o uso do TENS ou da corrente interferencial para combater a dor abdominal e a lombar. Existe ainda um grupo de profissionais que defende a massoterapia associada à cinesioterapia ativa para fortalecimento da musculatura abdominal e lombar.

Diante de todas estas abordagens, qual o valor real da cinesioterapia então? Por que a cinesioterapia tem sido empregada como uma forma de tratamento para este distúrbio? Quais os benefícios que estes exercícios específicos podem trazer à mulher neste período doloroso? O objetivo deste trabalho é, através de um estudo empírico, verificar se a cinesioterapia pode representar uma alternativa terapêutica para a dismenorréia.

## Quadro teórico

Como curiosidade anatômica, o fornecimento sanguíneo arterial ao trato reprodutivo é via artérias ilíacas internas esquerda e direita. As veias retornam o sangue via vasos ilíacos internos e, então, para a veia cava inferior. O Sistema Linfático é bastante desenvolvido nesta área. O músculo uterino é innervado pelo Sistema Nervoso Autônomo via plexos pélvicos e ambos eferentes parassimpático (S2-S4) e simpático (T10-L1) são encontrados [16].

A causa da dismenorréia primária está relacionada ao crescimento da produção de prostaglandinas (principalmente a PGF2 alfa), que atinge um pico nos primeiros dois dias da menstruação. As mulheres com dismenorréia primária têm concentrações significativamente maiores destes ácidos graxos insaturados no endométrio, em lavagens endometriais e no fluido menstrual em relação às normais [9]. O endométrio, sob a ação da progesterona na segunda metade do ciclo, torna-se secretor e produz prostaglandinas, que são liberadas das células endometriais degeneradas quando os níveis de progesterona caem (início do sangramento menstrual). Esta substância, que estimula a contração dos músculos lisos, atua no miométrio ao promover a passagem de cálcio da membrana celular endometrial para os elementos de contração da fibra muscular; provocando aumento da contratilidade uterina e da vascularização, isquemia e subsequente dor. No útero, a síntese de prostaglandinas ocorre no endométrio, mas seus receptores localizam-se predominantemente no miométrio.

Tanto a PGE1 quanto a PGF2 estimulam o aumento da amplitude e frequência das contrações uterinas [4] (contrações miométricas podem ultrapassar 400 mmHg, durar 90 segundos e ter menos de 15 segundos de intervalo entre elas). Além disso, elas agem como potencializadoras da sensação dolorosa através da sensibilização das terminações nervosas, intensificando a sintomatologia. Quando caem na circulação sanguínea, essas prostaglandinas podem levar ao aparecimento de sintomas sistêmicos, como náuseas, cefaléia, vômitos, fadiga e diarreia [1,2,10,17,18,19,20]. Os fatores psicológicos e emocionais são importantes na reação individual da paciente à dor. Não sendo estes a causa da dismenorréia, mas bem podem ser conseqüência do sofrimento imposto pela mesma [7,9].

De modo simples, a cinesioterapia é um tratamento feito por meio de movimentos, tendo por objetivo prevenir seqüelas, eliminar ou melhorar estados patológicos do ser humano. E isso se dá com a aplicação de movimentos direcionados e agrupados em métodos especializados [21].

Na fisioterapia, os exercícios utilizados para o tratamento da dismenorréia são todos aqueles que podem envolver a região pélvica; utilizando os movimentos de inclinação pélvica anterior e posterior, as rotações para a frente e para trás e as inclinações laterais (pelve elevada e deprimida) [22,23,24].

Podendo ser realizados de inúmeras formas, tais como: em decúbito, sedestação, agachada, em ortostase; utilizando materiais de auxílio, como as bolas suíças. Há também uma atenção direcionada aos alongamentos e à respiração. Todas estas possibilidades são percebidas nitidamente na Dança do Ventre [25,26] (dança oriental que nasceu como expressão da origem da vida por meio de movimentos e ondulações no ventre). Em linhas gerais, esta dança define-se por alguns princípios básicos do movimento, um deles é justamente o pélvico [26]).

Encontra-se com frequência na literatura tratamentos medicamentosos, alternativos (homeopatia, acupuntura, uso de bolsas quentes- termoterapia, técnicas de relaxamento), cirúrgicos e eletro- analgésicos. Quanto à atividade física, o que se tem, é que esta deve ser encorajada, primariamente, para divergir os interesses da paciente e desviá-la do problema [9] (fator psicológico).

Há relatos de que a atividade física regular diminui a intensidade das cólicas menstruais, abrandando o mal estar e melhora o equilíbrio hormonal devido à liberação de substâncias como a endorfina. E os movimentos pélvicos especificamente, permitem uma irrigação sanguínea mais abundante nesta região, assim como massageia os órgãos internos, deixando-os mais relaxados.

Estudos isolados mostram outras causas para a dismenorréia. Não sendo os distúrbios ginecológicos descritos como a dismenorréia secundária nem o aumento da prostaglandina referido como causa principal da dismenorréia primária:

- Espasmos na região dos músculos abdominais, tóraxico-lombares e pélvicos provocam dores na região da pequena bacia antes e durante a menstruação de algumas mulheres. Supõe-se que estes espasmos que se localizam na região das zonas reflexas do aparelho genital repercutam neste e provoquem dores, sendo possível que pela mesma via reflexa exerçam-se influências hormonais. Proposta de tratamento: restabelecimento do equilíbrio músculo- esquelético através de massagens; calor; mobilizações dos músculos pélvicos, abdominais, dorsais, nádegas e assoalho pélvico [27,28].

- Disfunção mecânica nas vértebras, particularmente nos segmentos T10-L2 e S2-S4 pode causar uma diminuição na mobilidade espinhal, podendo afetar os nervos simpáticos que suprem as vísceras pélvicas, gerando a dismenorréia como resultado da vasoconstrição. Tratamento proposto: manipulação destas vértebras a fim de aumentar a mobilidade espinhal, aperfeiçoando o suprimento sanguíneo pélvico através da influência dos nervos autônomos, osteopatia, quiropraxia e manipulações fisioterapêuticas [28].

## Material e métodos

Trata-se de um estudo exploratório realizado através de um inquérito conduzido com mulheres praticantes de Dança do Ventre em seis academias da cidade de Salvador, Bahia,

Brasil. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário padronizado, auto-aplicável e explicativo, composto por 31 perguntas objetivas, simples, diretas e de fácil compreensão.

Considerou-se dismenorréia como sendo a dor pélvica ligada à menstruação e esta foi avaliada por variáveis com base em uma escala analógica com intensidade variável de 0 a 10. São estas: *Tente quantificar sua dor de cólica menstrual. Na escala de 0 à 10, quão intenso você diria que é o seu desconforto? (0 significa que não sente cólica alguma; 10 indica dor insuportável e incapacitante). Marque com um círculo o nº que julga mais adequado ao seu caso e Agora sim, deve marcar um nº de 0 à 10, baseando-se no desconforto menstrual que você sente nos dias de boje (período em que é praticante da Dança do Ventre).* A pergunta seguinte pretende confirmar as afirmações relatadas anteriormente pelas participantes: *Você considera que houve uma diminuição na intensidade da cólica menstrual após a sua entrada na Dança do Ventre?*

Os quesitos: *Você se considera bem informada em relação ao assunto: menstruação?; Você costuma ficar tensa e receosa (com medo da dor) quando o seu período menstrual está se aproximando? e Você se considera uma pessoa nervosa, ansiosa ou preocupada?* possuem um valor psicológico maior.

A população foi composta utilizando-se os seguintes critérios de inclusão: mulheres que possuem ciclos ovulatórios, dismenorréicas, cujo desconforto seja de suposta origem primária. Os quesitos: *Você menstrua?; Está fazendo uso de anticoncepcional oral (pílula)?; Você costuma sentir cólica quando seu período menstrual chega?; Caso tenha ido ao médico, por acaso ele mencionou ter encontrado alguma explicação para a sua cólica? (Ex: Endometriose, mioma uterino, presença de DIU, infecção ou inflamação pélvica, malformação etc); Você já sofreu alguma cirurgia ginecológica? e Qual?* servem para rastrear a população de estudo e classificá-la como inclusa ou não para a realização da pesquisa. Os questionários foram distribuídos por duas professoras de Dança do Ventre (ambas com sete anos de atuação na área) às suas respectivas alunas, ao final de cada aula, no período de 20/09 a 19/10 deste ano de 2002. Estas foram devidamente orientadas a salientar a importância de tranquilidade para o preenchimento correto do questionário, esclarecendo que este seria usado para compor a base de dados do estudo. Estes cuidados reforçam as próprias informações já descritas no questionário. O tempo médio gasto pelas alunas para o preenchimento deste variou de cinco a dez minutos.

Os questionários tiveram os seus dados processados e analisados com o auxílio do programa EPIINFO 2002. Todo participante forneceu consentimento após esclarecimento dos propósitos da investigação e o anonimato e a confidência das informações foram mantidas nos registros dos dados. Todos os membros da pesquisa foram instruídos quanto aos dispositivos e às responsabilidades éticas do estudo.

## Resultados

Das 82 mulheres entrevistadas, 31 foram excluídas por não fazerem parte dos critérios de inclusão adotados: 14 participantes não apresentavam a cólica menstrual; 10 faziam uso de anticoncepcionais hormonais orais (AHO); 04 possuíam comprovadamente dismenorréia secundária; para 02 houve erro de preenchimento e em 01, a aluna não menstruava. Os dados a seguir referem-se às 51 mulheres que fazem parte deste estudo.

A idade das participantes variou de 13 a 38 anos. O tempo de prática da Dança do Ventre alternou entre 01 mês a 07 anos. A quantidade semanal de horas de prática diversificou entre 01 hora a 20 horas. A menarca destas mulheres variou dos 08 a 16 anos.

24 (47,1%) participantes realizam outro tipo de atividade física. Predominaram aquelas que faziam ginástica 12 (23,1%) e musculação 10 (18,9%). A dor da cólica costuma vir antes do sangramento em 37 (72,5%) mulheres. 11 (21,6%) avaliadas relatam que esta dor costuma durar minutos; 30 (58,8%), horas e 10 (19,6%), dias.

Para 30 (58,8%) mulheres, a dismenorréia não altera o curso normal das suas atividades da vida diária. 32 (62,8%) tiveram outros sintomas associados à cólica propriamente dita: 19 (37,34%) tiveram dor de cabeça em primeiro lugar e 8 (15,23%), náusea, em seguida.

Das pesquisadas, 40 (78,43%) consideraram que houve uma redução da cólica menstrual após a entrada na Dança do Ventre. 10 (19,61%) não perceberam alteração alguma e 1 (1,96%) percebeu um aumento na intensidade deste desconforto.

Quanto aos outros sintomas de âmbito extra-genital que podem estar presentes neste período, das 32 (62,75%) mulheres que responderam possuir um ou mais destes, 19 (59,37%) delas julgaram ter havido melhora.

21 (41,2%) mulheres relatam terem procurado um médico para tratarem o seu incômodo menstrual. 30 (58,8%) costumam tomar alguma medicação específica para a cólica; destas, 32 (63,3%) fazem uso de remédios prescritos por médicos. As medicações mais tomadas são: Ponstan, 13 (25,8%) e Buscopan, 10 (18,9%) - marca comercial. 17 (34%) participantes fazem uso de técnicas alternativas a fim de amenizar o desconforto menstrual.

50 (98%) mulheres nunca sofreram algum tipo de cirurgia ginecológica (caso a intervenção tenha sido para o processo de parto, foi interpretado como "não" para a pergunta *Você já sofreu alguma cirurgia ginecológica* e "sim" para *Você já viveu a experiência do parto?*). 7 (13,7%) já viveram a experiência do parto: 5 (78,55%), cesárea e 2 (21,45%) parto normal. Destas, 44 (85,7%) negam algum alívio na intensidade da cólica menstrual após o procedimento.

Na família de 44 (86,3%) participantes há outras mulheres dismenorréicas. 45 (88,2%) consideram-se bem informadas



com relação ao assunto *menstruação*. 15 (30,2%) costumam sentir-se receosas com a idéia do período menstrual aproximar-se. 33 (64,7%) consideram-se ansiosas, nervosas ou preocupadas.

## Discussão

De acordo com os resultados obtidos após a análise da pesquisa, verificou-se que, dos 82 questionários totais, a grande maioria das mulheres sofre de dismenorréia, já que, além das 51 participantes analisadas, outras 12 também sofrem deste desconforto: 04 mulheres possuem comprovadamente dismenorréia secundária e 08 faziam uso de AHO. É importante salientar as 44 (86,3%) participantes possuem parentes que também apresentam cólica menstrual. Estes fatores são válidos a fim de demonstrar o quanto é relevante a prevalência da dismenorréia.

21 (41,2%) participantes consideram que este problema altera o curso normal das suas atividades. Mesmo que se manifeste em graus de dor e em períodos de tempo variáveis, verifica-se que a cólica não interferirá somente no desempenho pessoal de cada mulher, mas também na sociedade como um todo, como já foi descrito anteriormente a respeito da influência sócio-econômica desta questão.

Na prática, o diagnóstico de dismenorréia é feito se a mulher procura alívio para a sua dor, consultando um médico ou automedicando-se [9]. É necessário notificar que destas 51 mulheres, apenas 21 (41,2%) chegaram a procurar um médico para falar dos seus incômodos. Este fator não é suficiente para afirmar que estas mulheres sejam necessariamente dismenorréicas primárias. É importante lembrar que além dos inúmeros fatores que podem levar a uma dismenorréia secundária, há a hipótese de que disfunções mecânicas nas vértebras e espasmos musculares em regiões específicas também podem provocar um quadro sintomatológico idêntico à dismenorréia propriamente dita. Estes dois últimos fatores não foram correlacionados com nenhuma pergunta presente no questionário.

30 (58,8%) participantes fazem uso de medicação direcionada ao desconforto sentido. Este fato, talvez, possa mascarar os dados quanto à intensidade da cólica, sua provável diminuição e seu tempo de permanência. Sem contar que pode fazer parte das recomendações o uso da medicação, antes mesmo da mulher sentir algum desconforto. 17 (34%) mulheres lançam mão de algumas técnicas alternativas com o intuito de trazer um certo alívio para a cólica menstrual.

Seria interessante uma pergunta que tratasse do período em que a participante começou a sentir o desconforto menstrual após a menarca, uma vez que os autores consideram que um dos pontos importantes para a dismenorréia ser considerada primária, é o tempo em que estes incômodos se originaram. Num apanhado geral, os

estudos consideram que no período de seis meses até três anos, os ciclos ovulatórios e a função normal do corpo lúteo já iniciaram a sua atividade.

33 (64,7%) informantes se consideram pessoas nervosas, ansiosas ou preocupadas. Embora os elementos psicológicos não pareçam fundamentais, têm um papel importante. O dado emocional pode comprometer a resposta à menstruação, fazendo com que um processo normal possa assumir características patológicas; já que é possível que fatores psicogênicos possam modular os sinais noreceptivos periféricos dolorosos, influenciando na resposta à dor [1,4,9]. Alguns estudos correlacionam que as principais candidatas para o grupo de dismenorréia são: mulheres jovens, com antecedentes de uma personalidade ou emocional instáveis ou que apresentam algum trauma nos primeiros períodos menstruais, decorrente, talvez, da falta de conhecimento do significado e da normalidade da função menstrual [7].

24 (47,1%) mulheres realizam outro tipo de atividade física, o que pode levar ao questionamento do valor singular da Dança do Ventre. É certo que qualquer uma das atividades citadas é de cunho cinesiológico, abordando o corpo como um todo, priorizando algumas o fortalecimento, outras o alongamento, enquanto outras o condicionamento etc.

Outro aspecto a ser considerado é a linha que demarca o mal-estar normal (molime menstrual) e a dismenorréia verdadeira. Quase todas as mulheres sentem algum desconforto abdominal no início da menstruação em ciclos ovulatórios. Geralmente, essa dor leve em cólica diminui logo após o início do fluxo menstrual e não impede a mulher de desenvolver suas atividades diárias [9]. Diferenciar estes sintomas menstruais normais da dismenorréia é difícil, porque quantificar a dor é algo subjetivo e estabelecido individualmente baseando-se na incapacidade produzida. A escala visual analógica de dor também permanece na avaliação e conceito pessoal, refletindo o que o paciente considera como dor insuportável e incapacitante [10]. Não se pode, portanto, adotar estes dados como objetivos ou sendo verdades absolutas.

É interessante supor que o fato do questionário ser auto-aplicável e explicativo pode proporcionar, talvez, um número maior de possibilidade para falhas, se comparado a um questionário aplicado por alguém experiente e bem preparado, colhendo respostas com um mínimo de indução. Foi descrito no instrumento de estudo a recomendação de que este fosse lido com um todo primeiramente, antes de que fosse iniciado o seu preenchimento; isto levaria a uma solidificação da idéia principal da pesquisa de forma mais clara e evitaria prováveis erros de preenchimento. Comentários como “mas estou sem tempo agora...” foram feitos por algumas alunas da Dança do Ventre, item que pode ter gerado certa influência no contexto das respostas.

Fica claro na pesquisa que 40 (78,43%) participantes do grupo de estudo consideraram ter havido uma redução na

intensidade da cólica menstrual após a entrada na Dança do Ventre. Sobressai o fato de que 8 (15%) destas citadas zeraram a escala, ou seja, não sentem mais dor alguma. 19 (59,37%) participantes, das 32 que relataram sintomas adicionais à cólica menstrual propriamente dita, perceberam um alívio destes.

Pode a cinesioterapia representar uma alternativa terapêutica para a dismenorréia? Quais os benefícios que estes exercícios específicos podem trazer à mulher neste período doloroso? É provável que a prática da Dança do Ventre tenha contribuído para a diminuição na intensidade da cólica menstrual para a maioria das participantes, já que a afirmação central do questionário consiste no relato de variação quanto à cólica antes e após a entrada na Dança. É certo que os movimentos pélvicos estão na maioria do tempo presentes na Dança do Ventre, mas estes não acontecem em sua maior parte isolados de outros movimentos não restritos a esta região, foco central da fisioterapia.

As 51 participantes deste grupo de estudo são, na verdade, um subgrupo das 82 mulheres que também responderam o questionário, número que talvez não seja considerado como amostra de dados da maioria das alunas de Dança do Ventre da cidade de Salvador. Entretanto, pode ser apreciado como uma base inicial, levando a crer que a prática desta Dança pode possibilitar uma redução da cólica menstrual. O número de pesquisas que pode ser gerado a partir deste pensamento, associado à tentativa de explicar os porquês deste mecanismo, permitiria com que o tratamento que hoje tem sido experimentado na fisioterapia ainda que baseados nos resultados práticos diários, pudessem alcançar apoio bibliográfico adequado e específico, tornando as técnicas menos empíricas.

## Conclusão

Menos da metade da população estudada respondeu haver procurado um médico para tratar o seu incômodo menstrual ou faz uso de algumas técnicas alternativas que possam trazer certo alívio para a cólica menstrual. Isto leva a pensar que a busca pela fisioterapia também não parece ser diferente destes, acrescido do fato de ser esta nova como profissão e a visão para a área ginecológica ainda mais recente.

Numa sociedade imediatista e pragmática, o caminho para o uso de medicações direcionadas ao desconforto ainda tem sido o caminho mais procurado. A fisioterapia apresenta-se como alternativa de tratamento em que o corpo não precisa receber substâncias químicas mensais (além dos seus possíveis efeitos colaterais), utilizando-se de técnicas manuais, eletro e cinesioterapêuticas.

Os resultados verificados na prática não se correlacionam exclusivamente à cinesioterapia. Contudo, este estudo considerou o valor real do movimento, qualificando-o como

importante fator na diminuição da sintomatologia da dismenorréia. Tempo e disposição são necessários para alcançar este objetivo, mas os resultados tendem a demonstrar ganhos que não se limitam a efeitos momentâneos.

## Agradecimentos

Não fosse a solidária mobilização de algumas pessoas, este artigo não teria sido possível. Ana Paula Leme, minha orientadora, emprestou a este trabalho idéias e orientações recolhidas de sua prática pessoal; Helena Maia, professora da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso, demonstrou paciência e dedicação acima do dever; Márcia Mignac e Mônica Cunha, professoras de Dança do Ventre e suas alunas, gentilmente ofereceram as informações coletadas na pesquisa; Maria José Mascarenhas e Denise Moreira, ginecologistas, auxiliaram oferecendo informações e recursos técnicos.

## Referências

1. Fonseca AM, Bagnoli VR. Dismenorréia. In: Halbe HW. Tratado de ginecologia. Vol1.3ª ed. São Paulo: Roca; 2001. p. 609-613.
2. Viana LC, Gerber S. Dismenorréia. Ginecologia. 2o ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2001. p. 213-217.
3. Stoll SL. Ginecologia Geral- Dismenorréia. In: Frederickson HM, Wilkins-Haug L. Segredos em ginecologia e obstetrícia. Porto Alegre: Artes médicas; 1993. p. 17-24.
4. Ritto MNG, Giordano MG, Almeida SMG de. Dismenorréia. In: Giordano MG et al. Ginecologia endocrina e da reprodução. São Paulo: Fundo editorial BYK; 1998. p. 91-101.
5. Halbe HW. Dismenorréia. Ginecologia endócrina 3. São Paulo: Roca; 1983. p. 935-941.
6. Halbe HW. Tensão pré-menstrual, dismenorréia e síndrome do meio-ciclo. In: Souza AZ de. Terapêutica ginecológica. São Paulo: Roca; 1988. p. 39-43.
7. Wentz AC. Dismenorréia, tensão pré-menstrual e doenças associadas. In: Novak ER et al. Tratado de ginecologia. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1990. p. 175-183.
8. Jeffcoate N. Dismenorréia. Princípios de ginecologia. 4o ed. São Paulo: Manole; 1979. p. 665-676.
9. Lamb EJ, Palmisano GP. Dismenorréia. In: Peckman BM, Shapiro SS. Sinais e sintomas em ginecologia. São Paulo: Harper & Row do Brasil; 1986. p. 234-243.
10. Mantese JC, Freitas GC da. Síndrome dolorosa crônica da pelve feminina. In: Andrade Filho ACC de. Dor- diagnóstico e tratamento. São Paulo: Roca; 2001. p. 161-169.
11. Bartoletto CCR de. Dismenorréia-etiotopatogenia e terapêutica. Feminina 1995; 23(5): 439-444.

12. Bastos AC da. Dismenorréia, dor intermitente, tensão pré-menstrual. Noções de ginecologia. 8ª ed. São Paulo: Atheneu; 1991. p. 98-101.
13. Smith MDRP. Dismenorréia. In: Ellis JW, Beckmann CRB. Manual de Ginecologia. Rio de Janeiro: Prentice/Hall do Brasil; 1986. p. 189-295.
14. Speroff L, Glass RH, Kase MG. Distúrbios Menstruais. Endocrinologia ginecológica clínica e infertilidade. 5ª ed. São Paulo: Manole; 1995. 546-547.
15. Stoddard FJ. Disturbances of menstruation-dysmenorrhea. Case studies in obstetrics and gynecology. Philadelphia and London: WB Saunders Company; 1994. p. 38-40.
16. Polden M, Mantle J. Anatomia. Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia. 2ª ed São Paulo: Santos; 1997. p. 1-17.
17. Cailliet R. Mecanismos da dor em determinadas regiões anatômicas. Dor- mecanismos e tratamentos. Porto Alegre: Artmed; 1999. p. 239-242.
18. Guyton AC. Sistemas reprodutivos masculino e feminino e seus hormônios. Fisiologia humana. 6o ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988. p. 498-512.
19. Greco MDH. Dor pélvica crônica. In: Kanner MDR. Segredos em clínica de dor. Porto Alegre: Artmed; 1998. p. 128-132.
20. Morrison BW. Rofecoxib, a specific cyclooxygenase-2 inhibitor, in primary dysmenorrhea: a randomized controlled trial. *Obstetrics & gynecology* 1999;94(4):504-508.
21. Carvalho CB. Cinesioterapia: a arte de curar. *Fisioterapia em movimento* 1994;7(1):34-38.
22. Kapandji IA. A cintura pélvica e as articulações sacro-ilíacas. Fisiologia articular- esquemas comentados de mecânica humana. Vol 3. 5oed. São Paulo: Manole; 1990. p. 54-71.
23. Kisner C, Colley LA. O quadril. Exercícios terapêuticos-fundamentos e técnicas. 2oed. São Paulo: Manole; 1992. p. 320-323.
24. Norkin CC, Levangie PK. Complexo do quadril. Articulações- estrutura e função, uma abordagem prática e abrangente. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p. 308-313.
25. Porto MRS, Regina G La. A utilização das bolas suíças como meio facilitador no aprendizado e conscientização corporal na dança do ventre. *Fisio&Terapia* 2002;33: 28-29.
26. Saffe B. Dança do ventre. In: Ribeiro AR, Magalhães R. Guia de abordagens corporais. São Paulo: Summers; 1997. p. 65-68.
27. Gunther H, Kohbrausch W, teirich-Leube H. Ginecologia. Ginástica médica em ginecologia e obstetrícia. São Paulo: Manole; 1980. p. 39-63.
28. Proctor ML et al. Spinal manipulation for primary and secondary dysmenorrhea. *Cochrane-database-syst-rev* 2001. ■