

# **AVALIAÇÃO DA DOR E PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL DOS PARTICIPANTES DO PROGRAMA DE PREPARAÇÃO PARA APOSENTADORIA DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA FEDERAL**

Marina Andrade Donzeli<sup>1</sup>, Isabel Aparecida Porcatti de Walsh<sup>2</sup>

<sup>1</sup>. Alunos do curso de graduação em Fisioterapia da Universidade Federal do Triângulo

Mineiro – UFTM, Uberaba/MG

<sup>2</sup>. Professora do Departamento de Fisioterapia Aplicada da Universidade Federal do Triângulo

Mineiro – UFTM, Uberaba/MG

Agência Financiadora: FAPEMIG

Email para contato: [marina\\_donzeli@hotmail.com](mailto:marina_donzeli@hotmail.com)

[ewalsh@terra.com.br](mailto:ewalsh@terra.com.br)

## **INTRODUÇÃO**

O envelhecimento populacional é um acontecimento mundial, no Brasil, não é diferente. De acordo com o censo 2010 o alargamento do topo da pirâmide etária pode ser observado pelo crescimento da participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010 (IBGE, 2010).

A transição demográfica alterou também a mortalidade com sua diminuição e acréscimo na incidência de morbidade, com ênfase nas doenças crônicas geradoras de limitações às atividades da vida diária (SAMPAIO; LUZ, 2009). De acordo com o PNAD de 2003, 29,9% da população brasileira referiu-se como portador de doença crônica, em idosos esse percentil pode ser de 75% (IBGE, 2009).

Entre as queixas relacionadas a limitações às atividades do trabalho e da vida diária está a dor musculoesquelética, uma vez que diversos estudos indicam que a prevalência de dor crônica aumenta progressiva e proporcionalmente ao aumento da idade (LEVEILLE et al., 2005; SMITH et al., 2001; WEBB et al., 2003; WIJHOVEN, 2006), decorrentes do processo de envelhecimento que aumenta o risco de doenças crônico-degenerativas.

Associado a esse fator, a chegada da aposentadoria é ansiosamente aguardada pelo trabalhador que durante anos se dedicou a uma determinada função. No entanto, quando, finalmente, ela chega passa a ser tão assustadora pelas transformações que a acompanham,

que essa fase da vida pode estar relacionada a doenças que prejudicam a qualidade de vida do indivíduo aposentado.

Assim, para que a transição trabalho aposentadoria seja efetivada de maneira mais tranquila, é fundamental que sejam propostos programas de preparação para a aposentadoria (PPA) nas organizações, enquanto planejamento para o futuro. A saúde é fator de risco a ser considerado nesses programas, principalmente porque muitos trabalhadores vêm à aposentadoria relacionada ao envelhecimento e conseqüentemente ao aparecimento de doenças. Não são raros os casos de doenças psicossomáticas adquiridas durante e após o processo da aposentadoria.

Nessa perspectiva, alguns exemplos de tópicos são citados como necessários e úteis para serem abordados nessa preparação, entre eles aumentar a consciência do trabalhador para a chegada da aposentadoria; fornecer oportunidade de dividir preocupações com outras pessoas; fornecer informações e discussões sobre a importância da promoção de saúde e de alternativas para o alcance de uma vida saudável, preparar o indivíduo para mudanças funcionais e referentes à aposentadoria e fornecer opções para o novo estilo de vida (LO e BROWN, 1999).

O envolvimento em atividades relacionadas ou não ao trabalho exercido antes mesmo do início da aposentadoria é uma forma de auxiliar o trabalhador em relação a esse evento. A participação em atividade sistemática, seja ela física ou mental, individual ou grupal ou até mesmo em cursos variados, dá significado e satisfação à existência em função do compromisso e responsabilidade social impostos, além do convívio social (DEPS, 1993).

Há necessidade de se enfatizar nesses programas a participação em atividades físicas, especialmente porque para muitas pessoas a principal deterioração na qualidade de vida, quando a diminuição funcional limita o desempenho das atividades diárias, ocorre durante os anos de aposentadoria. E essa redução é ainda mais prejudicial quando está associada ao sedentarismo (SHEPHARD, 1997). No entanto, os exercícios podem aumentar a força muscular, resistência e flexibilidade, ao mesmo tempo que diminuir a gordura corporal (MARINELLI e PLUMMER, 1999)

Neste contexto, os PPAs devem incluir a realização da avaliação da condição de saúde dos participantes através de exames clínicos laboratoriais e físicos para que, a partir dos resultados obtidos seja possível traçar planos de cuidados específicos ou inserção de planejamento de saúde e de alternativas para o alcance de uma vida saudável.

## **OBJETIVO**

O presente estudo faz parte de um projeto maior, cujos objetivos foram descrever os aspectos pessoais e socioeconômicas (estado civil, idade, função, profissão, renda); Avaliar condição de doença referida ou diagnosticada utilizando a CID10; Qualificar a capacidade funcional desses trabalhadores de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade em Saúde (CIF); Descrever as funções e estruturas do corpo, atividades e participação e os fatores ambientais de acordo com a CIF; Avaliar a prática de exercícios físicos; Avaliar a Qualidade de Vida; Avaliar sintomas musculoesqueléticos; Avaliar aspectos do trabalho e Avaliar indicadores físicos de participantes do Programa de Preparação para Aposentadoria. Aqui serão apresentados os dados referentes aos sintomas musculoesqueléticos prática regular de atividade física.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e descritivo. A população foi constituída por servidores da UFTM que se enquadravam nos quesitos para aposentadoria nos próximos cinco anos e que faziam parte do PPA desta universidade. Foram avaliados 45 indivíduos, que concordaram em participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. A coleta de dados foi realizada feita através de questionários e avaliação física e funcional.

Para avaliar as características pessoais e socioeconômicas a coleta foi realizada através de um Questionário elaborado especialmente para esse estudo, composto de questões que incluía, entre outras, perguntas referentes a sexo e idade.

Para avaliar os sintomas musculoesqueléticos utilizou-se o Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO) (KUORINKA, 1987), que foi desenvolvido com a proposta de padronizar a mensuração de relato de sintomas osteomusculares e, assim, facilitar a comparação dos resultados entre os estudos. O instrumento consiste em escolhas múltiplas ou binárias quanto à ocorrência de sintomas nas diversas regiões anatômicas nas quais são mais comuns. Estas são: pescoço, ombros, braços, cotovelos, antebraço, punhos/mãos/dedos, região dorsal, região lombar e quadril/membros inferiores. O respondente deve relatar a ocorrência dos sintomas considerando os 12 meses e os sete dias precedentes à entrevista. Estudos têm mostrado bons parâmetros psicométricos para o instrumento original (PINHEIRO, TRÓCCOLI e CARVALHO, 2002).

A prática de atividade física habitual (AFH) foi investigada através do questionário de Baecke, validado para a população adulta brasileira (FLORINDO e LATORRE, 2003). Trata-se de inquérito estruturado de forma quali-quantitativo, composto por questões de múltipla escolha tipo Likert, referindo-se as atividades físicas praticadas nos últimos 12 meses. É composto por 16 questões e abrange três componentes da atividade física: 1) atividades físicas ocupacionais (AFO - Q1 a Q8); atividades físicas no lazer (AFL - Q9 a Q12); e atividades físicas de lazer e locomoção excluindo exercícios físicos (AFL – Q13 a Q16). Para a determinação do escore total de AFH, somam-se os escores AFO, EFL e ALL. Para avaliar o nível de atividade física, inicialmente somam-se os valores. A soma total dos escores de cada domínio específico termina com o teórico intervalo entre 0 a 47,56, pelo qual se determina o grau de atividade física do indivíduo, sendo considerados sedentários quando a pontuação encontra-se inferior a 9; ativos com a pontuação entre 9 e 16 e atletas quando a pontuação está acima de 16 (FLORINDO e LATORRE, 2003).

## **RESULTADOS**

Foram avaliados 45 trabalhadores, com média de idade de  $55,91 \pm 4,83$  anos, sendo 30 (66,67) mulheres.

Os resultados referentes aos sintomas musculoesqueléticos avaliados podem ser vistos na Figura 1.

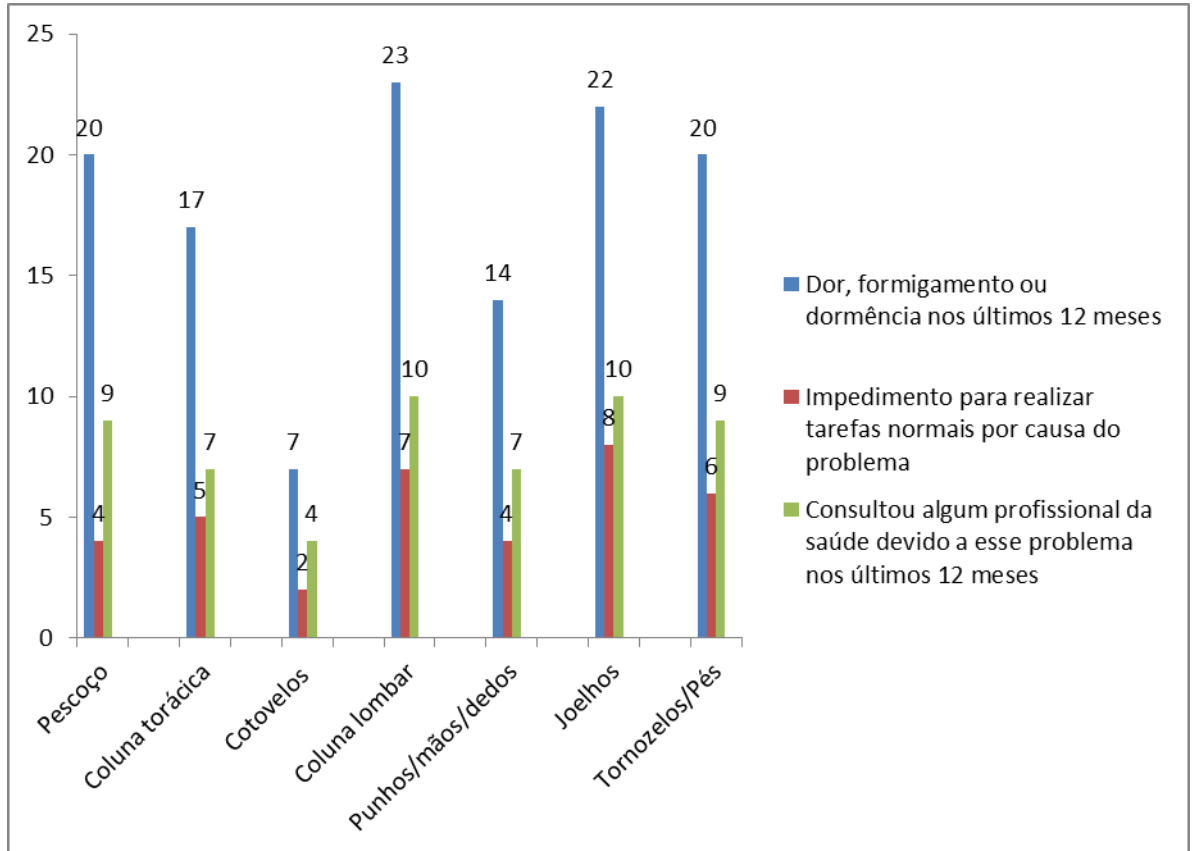


Figura 1: Sintomas musculoesqueléticos avaliados

Os resultados indicaram que a região com maior número de trabalhadores acometidos durante os últimos 12 meses foi a região lombar, seguida por joelhos, pescoço e tornozelo/pé.

17,7% foram impedidos de realizar atividades normais em função da dor nos joelhos e 15,56 na coluna lombar, sendo que nestas regiões estavam o maior número de trabalhadores que procuraram profissional de saúde.

A Figura 2 apresenta os resultados da avaliação da atividade física habitual

Observa-se que 84,44% dos trabalhadores eram sedentários.

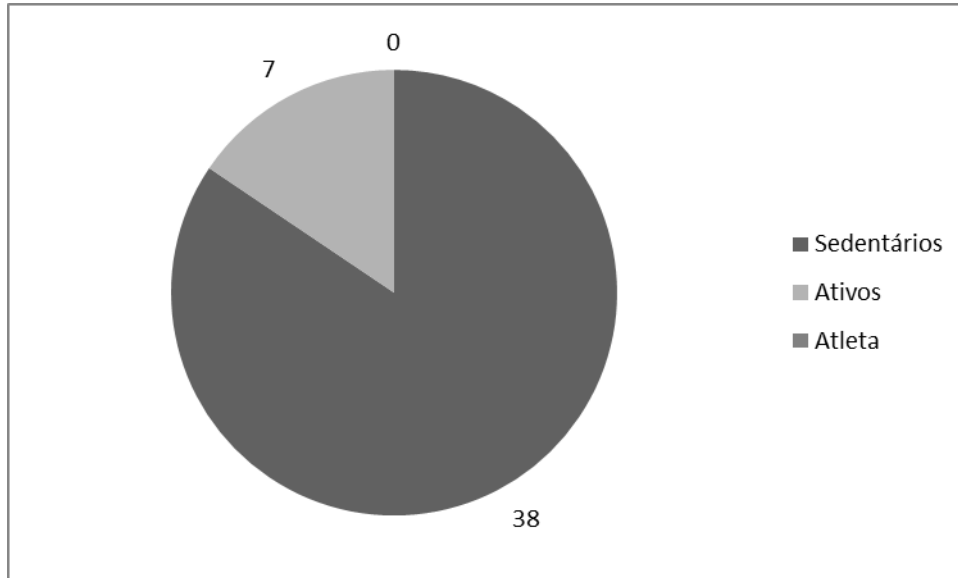


Figura 2: Avaliação da atividade física habitual

## DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram que 44,68% dos trabalhadores referiram sintomas nos últimos 12 meses. Estes dados são equivalentes aos encontrados por Sá et al., (2009), que observaram 41,4% de dor crônica na amostra probabilística da população de Salvador, mostrando alta prevalência e colocando o Brasil como um dos países mais acometidos por esse problema, conforme estudo de revisão sobre dor crônica no cenário mundial de Harstall e Ospina (2003).

Deve-se considerar também que este processo pode ser influenciado, pelo ambiente de trabalho, pelo tipo de atividade desenvolvida e pela organização do trabalho (DELCOR, 2004). Desta maneira, sugere-se que seja realizada a análise ergonômica do trabalho e implementação de mudanças como forma de minimizar a ocorrência destes sintomas.

Quanto à localização corporal do acometimento da dor, os resultados do presente estudo indicaram que a região com maior número de trabalhadores acometidos foi a região lombar, seguida por joelhos, pescoço e tornozelo/pé.

Outros estudos revelam que a lombar, a cervical, a cabeça e membros inferiores e superiores são as regiões mais prevalentes. Wihjoven et al., (2006), estudando trabalhadores, observaram que punho, mão e joelhos seguem as queixas de dor nas regiões lombar, ombros e cervical. Picavet et al (2003) encontraram que a cervical foi a região mais acometida, seguida de ombros, torácica, lombar, membros superiores e inferiores. Côté et al., (2000) estudaram especificamente a coluna vertebral e verificaram que a lombar foi a região mais acometida e

depois a cervical. Kreling et al (2006) encontraram prevalência de 26,7% na cabeça, 19,4% na lombar e 13,3% nos membros.

Quanto a prática regular de exercício físico, observou-se que 84,44% dos trabalhadores eram sedentários.

No entanto, a atividade física tem sido estudada para consolidar um saber científico sobre a saúde coletiva, sendo a vida sedentária reconhecida mais fortemente, como importante contribuinte para ausência de saúde, já que a inatividade física pode exercer efeito deletério sobre o sistema musculoesquelético, além de comprometer o bem-estar psicossocial (TOSCANO e EGYPTO, 2001; SPONCHIADO e CARVALHO, 2007).

Sabe-se que a prática regular de exercício físico e uma vida ativa auxiliam na manutenção da autonomia funcional e na prevenção ou estabilização da deterioração dos sistemas fisiológicos próprios do avanço da idade (FOSCHI et al, 2010).

Existem evidências epidemiológicas que nos permitem concluir que a atividade física regular é necessária para a melhora da qualidade de vida e promoção da saúde durante o processo de envelhecimento (ACSM, 2009; ROCHA; TRIBESS; VIRTUOSO JR, 2008; CONTE; LOPES, 2005; MATSUDO, 2002; OKUMA, 1998) e que a adoção de sua prática regular é apontada como um dos fatores comportamentais que contribui para um envelhecimento saudável (FARINATTI, 2008; NERI, 2007), contribuindo para a manutenção da saúde, podem auxiliar no fortalecimento do senso de bem-estar, essencial para o engajamento com o mundo social e o mundo da informação (NERI, 1999). A percepção do envelhecimento saudável relaciona-se à manutenção da capacidade funcional, da autonomia para as atividades de vida diária, e são influenciadas diretamente pela prática do exercício físico e por um estilo de vida ativo. Se realizado em grupos, favorecem a socialização e possibilita o contato social no qual experiências são trocadas, favorecendo assim componentes da saúde psicológica.

Desta maneira percebe-se a necessidade de estímulos e orientações sobre a prática de atividade física regular. Quanto ao trabalho, uma estratégia a ser adotada seria a implantação da Ginástica Laboral (GL), que tem se mostrado que um método preventivo e terapêutico no enfrentamento de distúrbios físicos e emocionais na saúde do trabalhador<sup>3</sup>. Destaca-se, no entanto, que as estratégias de saúde do trabalhador devem ser mais amplas do que somente a aplicação da GL, e esta deve ser somente parte integrante de uma política mais abrangente na valorização da saúde dos trabalhadores.

## **CONCLUSÃO**

A avaliação dos trabalhadores participantes do PPA permitiu identificar a presença de dor musculoesquelética e inatividade física entre estes. A partir destes resultados foram oferecidas orientações e encaminhamentos, segundo as necessidades apresentadas, o que poderá auxiliar na melhora da performance individual, com impacto positivo em sua saúde, e independência. Consequentemente permitirá que estes possam usufruir da aposentadoria de forma mais ativa.

Uma vez que os exercícios podem aumentar a força muscular, resistência e flexibilidade e diminuir a dor, enfatiza-se que os PPAs devem fortalecer a participação em atividades físicas.

## REFERÊNCIAS

1. ACSM. American College of Sports Medicine. **Exercise and Physical Activity for Older Adults. Medicine Science of Sports and Exercise.** v. 41, n. 7, p. 1510-1530, 2009
2. Conte, EMT.; Lopes, AS. Qualidade de vida e atividade física em mulheres idosas. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano.** v. 2, n. 1, p. 61-75, 2005.
3. Côté P, Cassidy D, Carroll L. The factors associated with neck pain and its related disability in the Saskatchewan population. **Spine.** 2000;25(9):1109-17
1. Delcor NS, Araújo TM, Reis EJFB, Porto LA, Carvalho FM, Silva MO, et al. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cad Saude Publica** 2004; 20(1): 187-96.
4. Deps VL. Atividade e bem estar psicológico na maturidade. In: Neri, AL. qualidade de vida e idade madura. Campinas: Papyrus, 1993.
5. Farinatti, PTV. Promoção da Saúde e Envelhecimento: conceitos e princípios. In Envelhecimento e Promoção da saúde e Exercício: bases teóricas e metodológicas. Barueri/SP: Manole, 2008. v. 1, n. 4, p. 39-53.
2. Florindo AA, Latorre MRDO. Validação e reprodutibilidade do questionário de Baecke de avaliação da atividade física habitual em homens adultos. **Rev Bras Med Esportes.** 2003;9(3):121-8
6. Foschi E; Belli G; Campioli L; Tentoni C; Maietta P; Pegreff F. Esporte e atividade física na idade avançada: incidência nas alterações do equilíbrio. **Fitness & Performance Journal.** 2010 jan-mar;9(1):58-65.13.
7. Hamer M, Stamatakis E, Steptoe A. Dose-response relationship between physical activity and mental health: the Scottish Health Survey. **Br J Sports Med.** 2009 Dec;43(14):1111-4



3. Harstall C, Ospina M. How prevalent is chronic pain? **Pain Clin Updates**. 2003;11(2)1-4.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE, Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados. 2009
8. Kreling MC, da Cruz DA, Pimenta C. Prevalência de dor crônica em adultos. **Rev Bras Enf**. 2006;59(4):509-
9. Kuorinka I et al. Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. **Appl Ergon**. Helsinki, v.18, n.3, Set, 1987
5. Leveille SG, Zhang Y, McMullen W, Kelly-Hayes M, Felson D. Sex differences in musculoskeletal pain in older adults. **Pain**. 2005;116(3):332-8.
6. Lo R.; Brown R. Stress and adaptation: preparation for successful retirement. **Australian and New Zealand journal of mental health nursing**, v.8, n.1, p. 30 – 38, 1999
10. Marinelli, R.; Plummer, O. Healthy aging beyond exercise. **Activities, adaptation & aging**. V.4, n.23, 1999
11. MATSUDO, S. M. Envelhecimento, atividade física e saúde. **Revista Mineira de Educação Física**. v. 10, n. 1, p. 195-209, 2002.
12. Neri, AL. Renda, consumo e aposentadoria: evidências, atitudes e percepções. In: Neri, AL (Org). **Idoso no Brasil: vivências, desafios, e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, Edições SESC, 2007.
7. Neri, AL; Cachioni, M. Velhice bem sucedida e educação. in: NERI, A.L.; DEBERT, G.G. **Velhice e sociedade**. Campinas: Papirus, 1999.
13. Okuma, SS. **O idoso e a atividade física: fundamentos e pesquisa**. Campinas, SP: Papirus, 1998.
8. Picavet HS, Schouten JS. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC3-study. **Pain**. 2003;102(1-2):167-78.
14. Pinheiro FA, Troccoli BT, Carvalho CV. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida de morbidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, Jun. 2002
15. Rocha, SV; Tribess, S; Virtuoso JR, Atividade física habitual e qualidade de vida de mulheres idosas com baixa condição econômica. **Revista de Educação Física da UEM**. v. 19. n. 1, p. 101-118, 2008.
16. SA, K; Baptista, AF; Matos, MA, Lessa I. Prevalence of chronic pain and associated factors in the population of Salvador, Bahia. **Rev. Saúde Pública**. 2009, vol.43, n.4, pp. 622-630. Epub June 19, 2009.
9. Shephard, R.J. Aging, physical activity and health. Champaign, il.: human kinetics, 1997

10. Smith BH, Elliott AM, Chambers WA, Smith WC, Hannaford PC, Penny K. The impact of chronic pain in the community. **Fam Pract.** 2001;18(3):292-9.
11. Smpaio, RF; Luz, MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(3):475-483, mar, 2009
12. Webb R, Brammah T, Lunt M, Urwin M, Alison T, Symmons D. Prevalence and predictors of intense, chronic, and disabling neck and back pain in the UK general population. **Spine.** 2003;28(11):1195-202.
13. Wijnhoven H, de Vet H, Picavet S. Explaining sex differences in chronic musculoskeletal pain in general population. **Pain.** 2006;124(1-2):158-66.
14. [www.censo2010.ibge.gov.br](http://www.censo2010.ibge.gov.br)