

RELAÇÃO DOS SINTOMAS OSTEOMUSCULARES ENTRE INDIVÍDUOS ATIVOS E SEDENTÁRIOS

CAMPOS, Anderson Leandro Peres¹; CAVALLI, Adriana Schüller¹
AFONSO, Mariângela da Rosa¹; FERNADES, Gilcéli da Silva¹
1. *Universidade Federal de Pelotas*, alemaoatleta@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

Os desconfortos musculoesqueléticos podem ser definidos como relatos de percepção física desagradável e de sintomas físicos, tais como dor, sensação de peso, formigamento e fadiga. A dor lombar, ou lombalgia, pode ser caracterizada por um quadro de ou rigidez muscular localizada no terço inferior da coluna vertebral, sendo observada em 50 a 90% dos adultos (IMAMURA et al. 2001; PANJABI et al., 2003). Já Badley & Tennant (1992), em seu estudo, revelam que de 10 a 20% da população referiram ter apresentado dor lombar, 6,9% dor nos ombros e 5,9 a 12% dor na coluna cervical, em algum momento da vida. A dor crônica é considerada um processo complexo, de natureza biopsicosocial que se transforma em um problema de saúde coletiva e exige uma abordagem multidisciplinar (RULL, 2004).

Segundo Toscano e Egypto (2001) músculos fracos atingem a condição isquêmica e de fadiga mais facilmente que músculos fortes, aumentando as probabilidades de lesões e dificultando manter a coluna em seu alinhamento adequado. Déficits de força muscular associada à lombalgias ocorrem em função de que a atrofia muscular resultante leva à sobrecarga de outras estruturas lombares, bem como a diminuição da coordenação do correto movimento a ser realizado pelas estruturas osteo-mio-articulares.. À medida que ocorre o processo de envelhecimento, o organismo passa por modificações. Juntamente com o esse processo ocorre o aparecimento de doenças crônicas e degenerativas, principalmente as doenças musculoesqueléticas que causam dores (ANDRADE et al., 2006).

Dessa forma, os programas de exercícios que visam à promoção da saúde devem ser específicos para desenvolver e/ou manter a composição corporal, capacidade aeróbia, flexibilidade, força e resistência muscular. Conforme Matsudo & Matsudo (2001) a atividade física sistematizada e o estilo de vida ativo têm um papel fundamental na prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis, e também está associada com uma melhor mobilidade, capacidade funcional e qualidade de vida durante o envelhecimento. Por outro lado, o sedentarismo possui efeitos negativos sobre a saúde física, em especial sobre as estruturas músculo-esqueléticas (VITTA, 2001). Para avaliação destes sintomas pode se utilizar de um instrumento denominado Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO). Este é um dos métodos mais utilizados para registrar ocorrência de sintomas de distúrbios osteomusculares, por ser rápido e economicamente viável (PINHEIRO et al., 2002), embora, não seja suficientemente sensível para detectar mudanças na severidade dos sintomas nos estudos longitudinais nem para realizar diagnósticos clínicos. (ULBRICHT, 2003)

Neste sentido, o objetivo do presente estudo foi de avaliar os sintomas osteomusculares em adultos ativos em relação a adultos sedentários de acordo com o QNSO, e verificar qual a região anatômica é mais acometida por dores em ambos os grupos.

2. MATERIAL E METODOS

Este estudo constituiu-se de uma pesquisa de caráter transversal. Na realização da pesquisa foi utilizado um instrumento padronizado dotado de questionamentos de referência epidemiológica e de interesse da pesquisa, denominado Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO), que apresenta um índice de frequência de

sintomas de dor, dormência, formigamento e desconforto para cada região anatômica. A quantificação desses sintomas varia de zero a três, avaliando os últimos doze meses e também os últimos sete dias, cujo zero representa a ausência de sintomas, um refere-se a sintomas raros, dois sintomas freqüentes, e três sintomas presentes. As regiões de quadris/coxas, joelhos, tornozelos/pés são classificadas como membros inferiores. Este é um dos métodos mais utilizados para registrar ocorrência de sintomas de distúrbios osteomusculares, por ser rápido e economicamente viável (PINHEIRO et al., 2002)

Para coleta dos dados, os entrevistados foram divididos em dois grupos: o grupo Ativo (n=29) composto por adultos, maiores de 47 anos, que realizavam três sessões semanais de exercícios físicos (treinamento de força e aeróbico) por no mínimo três meses e pertencentes ao Núcleo de Atividades da Terceira Idade (NATI) da Escola Superior de Educação Física (ESEF) da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL); e o grupo sedentário (n=20) composto por adultos, maiores de 47 anos, que não realizavam atividade física sistematizada há, pelo menos, três meses.

Análise Estatística

A análise dos dados foi realizada através da estatística descritiva (média \pm Dp), o nível de significância foi de $p < 0,05$ e o pacote estatístico utilizado foi o Stata 10.0.

3. RESULTADOS

Foram entrevistados 49 indivíduos de ambos os sexos, sendo que no grupo ativo (n=29) a média de idade foi de $59,8 \pm 6,9$ anos e no grupo sedentário (n=20) foi de 68 ± 8 anos. Tanto no grupo ativo quanto no sedentário pode-se observar o predomínio do sexo feminino. Em relação às características da amostra, os dois grupos mostraram diferença significativa apenas na escolaridade, no qual o grupo ativo apresentou um nível maior. Como se observa na tabela 1.

Quanto à presença de sintomas osteomusculares, a região anatômica mais afetada foi a do quadril/membros inferiores em ambos os grupos, porém a prevalência no grupo sedentário foi significativamente superior quando comparada ao grupo ativo. Também se observou diferença significativa em relação às queixas dolorosas nos últimos doze meses e nos últimos sete dias, nas regiões do pescoço/cervical e coluna dorsal. Na coluna lombar essa diferença foi percebida apenas nos últimos sete dias. Em todas as regiões em que houve diferenças estatisticamente significativas, os sintomas osteomusculares foram relatados em maior quantidade pelo grupo sedentário, conforme a tabela 2.

Tabela 1: Características da amostra

Variáveis	Grupo Ativo		Grupo Sedentário	
	N	%	N	%
Sexo				
Masculino	10	59	7	59
Feminino	19	41	13	41
Estado Civil				
Solteiro	9	31	7	35
Casado	20	69	13	65
Escolaridade				
Fundamental Incompleto	8	27,5	13	65
Fundamental Completo	6	20,6	4	20
Médio Incompleto	2	6,8	1	5
Médio Completo	9	31	1	5
Superior Incompleto	1	3,4	0	0
Superior Completo	2	6,8	1	5
Tabagismo	3	10	3	15

Tabela 2: Prevalência de sintomas osteomusculares (dor, desconforto ou dormência).

REGIÃO ANATÔMICA	SINTOMAS OSTEOMUSCULARES							
	Grupo Ativo				Grupo Sedentário			
	Últimos 12 meses		Últimos 7 dias		Últimos 12 meses		Últimos 7 dias	
	N	%	N	%	n	%	n	%
Pescoço	04*	14	03 [†]	10	13*	65	08 [†]	40
Ombros	12	41	07	24	08	40	04	20
Braços	07	24	04	14	10	50	04	20
Cotovelos	02	07	01	03	05	25	03	15
Antebraços	02	07	01	03	05	25	03	15
Punhos/mãos/dedos	09	31	03	10	10	50	08	40
Dorsal	05**	17	04 ^{##}	14	09**	45	09 ^{##}	45
Lombar	13	45	06**	21	12	60	10**	50
Quadril/membros inferiores	14 [#]	48	07 [#]	25	18 [#]	90	15*	75

* p= 0,001; ** p= 0,03; # p= 0,004; ## p= 0,007; † p= 0,009.

4. CONCLUSÃO

Nesse estudo, conclui-se que em relação aos últimos doze meses o grupo ativo apresentou uma prevalência menor de sintomas osteomusculares nas regiões cervical e dorsal, quando comparado ao sedentário. Nos últimos sete dias o grupo ativo apresentou uma quantidade menor de episódios dolorosos na região cervical, dorsal, lombar, quadril e membros inferiores em relação ao grupo sedentário. O que ratifica a importância da prática de atividade física regular para a manutenção da saúde e qualidade de vida. Em ambos os grupos a região anatômica mais acometida por sintomas osteomusculares foi o quadril/membros inferiores, tanto nos últimos doze meses como em sete dias.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRADE, F. A.; PEREIRA, L. V.; SOUZA, F.A. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. **Rev. Latino-am Enfermagem** 2006; 14: 271-6.
2. BADLEY, E.M; TENNANT, A. Changing profile of joint disorders with age: findings from a postal survey of the population of Calderdale, West Yorkshire and United Kingdom. **Ann rheum dis.** 1992; 51: 366-371.
3. IMAMURA, S.T.; KAZIYAMA, H.H.S.; IMAMURA, M. Lombalgia. **Revista de Medicina.** 2001; 80: 375-90.
4. MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. R; NETO, T. B. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Rev Bras Med Esporte** 2001; 7:1-12.

5. PANJABI, M.M. Clinical spinal instability and low back pain. **Journal of Electromyography and Kinesiology**. 2003;13: 371-379.
6. PINHEIRO, F. A.; TRÓCCOLI, T. B.; CARVALHO, C.V. Validação do Questionário de Sintomas Osteomusculares. **Rev. Saúde Pública** 2002; 36: 307-12.
7. RULL, M. Abordaje multidisciplinar del dolor de espalda. **Rev. Soc. Esp. Dolor**. 2004; 11:119-121.
8. TOSCANO; J. J. O, EGYPTO; E.P. A influência do sedentarismo na prevalência de lombalgia. **Rev Bras Med Esporte** 2001; 7: 132-137.
9. ULBRICHT, L. Fatores de risco associados à incidência de dor entre ordenhadores em Santa Catarina. [tese de doutorado em Engenharia de Produção] – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis; 2003.
10. VITTA, A.; NERI, A. L. (2001). Bem-estar físico e saúde percebida: um estudo comparativo entre homens e mulheres adultos e idosos, sedentários e ativos [tese]. Univ. Estadual de Campinas. Disponível: <http://libdigi.unicamp.br>. Acesso em: 11 maio. 2009.