



## PESQUISA

**Repercussões da inserção de um grupo de práticas corporais na Atenção Primária**  
*Repercussions of the insertion of a group of bodily practices in primary care*  
*Repercusiones de la inserción de un conjunto de prácticas corporales en atención primaria*

Marcella Caroline da Costa Leal<sup>1</sup>, Belisa Duarte Ribeiro de Oliveira<sup>2</sup>, Soraya Santos Alves Barbosa<sup>3</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar repercussões da inserção de práticas corporais com método Pilates em grupo da atenção básica de Caruaru-PE. **Métodos:** Foram incluídos 40 usuários que participam com frequência em Unidades Básicas de Saúde durante 6 meses. Aplicou-se questionário para registro de dados pessoais, sociodemográficos e antropométricos. Para mensurar os sintomas utilizou-se Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO) e Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D) para avaliar e quantificar sintomatologia e correlação entre depressão e ansiedade. **Resultados:** A média de idade foi 60,67 anos caracterizada por 97,5% do sexo feminino. Observou-se que 100% relataram grau de dor apontada no QNSO, 60% apresentaram escores indicativos de depressão pela escala HAM-D antes das práticas, sendo diminuído para 85% do relato de dor e diminuição de 10% no índice de depressão após a prática. **Conclusão:** Após a inserção do grupo houve diminuição dos escores de dor e redução dos escores indicativos de depressão.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Promoção da Saúde; Fisioterapia; Dor crônica; Depressão; Técnicas de exercício e de movimento.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the repercussions of the insertion of body practices using the Pilates method in a primary care group in Caruaru-PE. **Methods:** 40 users were included who frequently participate in Basic Health Units for 6 months. A questionnaire was applied to record personal, sociodemographic and anthropometric data. The Nordic Musculoskeletal Symptoms Questionnaire (QNSO) and Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) were used to measure symptoms to assess and quantify symptoms and the correlation between depression and anxiety. **Results:** The mean age was 60.67 years, characterized by 97.5% females. It was observed that 100% reported the degree of pain indicated in the QNSO, 60% had scores indicative of depression by the HAM-D scale before the practices, being reduced to 85% of the pain report and 10% decrease in the depression index after practice. **Conclusion:** After the insertion of the group, there was a decrease in pain scores and a reduction in scores indicative of depression.

**Descriptors:** Primary Health Care; Health promotion; Physiotherapy; Chronic pain; Depression; Exercise and movement techniques.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar las repercusiones de la inserción de prácticas corporales mediante el método Pilates en un grupo de atención primaria en Caruaru-PE. **Métodos:** se incluyeron 40 usuarios que participan frecuentemente en Unidades Básicas de Salud durante 6 meses. Se aplicó un cuestionario para registrar datos personales, sociodemográficos y antropométricos. El cuestionario nórdico sobre síntomas musculoesqueléticos (QNSO) y la escala de calificación de depresión de Hamilton (HAM-D) se utilizaron para medir los síntomas para evaluar y cuantificar los síntomas y la correlación entre la depresión y la ansiedad. **Resultados:** La edad media fue de 60,67 años, caracterizada por un 97,5% del sexo femenino. Se observó que el 100% refirió el grado de dolor indicado en el QNSO, el 60% tuvo puntajes indicativos de depresión por la escala HAM-D antes de las prácticas, reduciéndose al 85% del reporte de dolor y disminución del 10% en el índice de depresión después de la práctica. **Conclusión:** Después de la inserción del grupo, hubo una disminución en las puntuaciones de dolor y una reducción en las puntuaciones indicativas de depresión.

**Descriptorios:** Atención Primaria de Salud; Promoción de la salud; Fisioterapia; Dolor crónico; Depresión; Técnicas de ejercicio y movimiento.

<sup>1</sup>Fisioterapeuta Especialista em Atenção Básica pelo Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família do Centro Universitário Tabosa de Almeida - ASCES UNITA. E-mail: marcellacleal@gmail.com

<sup>2</sup>Fisioterapeuta Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Tabosa de Almeida - ASCES UNITA. E-mail: belisaduarte@asc.es.edu.br

<sup>3</sup>Fisioterapeuta Docente do Curso de Fisioterapia e Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família do Centro Universitário Tabosa de Almeida - ASCES UNITA. E-mail: sorayasantos@asc.es.edu.br

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a principal porta de entrada e orienta-se pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2011; FRIEDRICH et al., 2018). Através dela são desenvolvidas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos conforme o perfil do território. Desta forma, utiliza-se a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) como uma ferramenta de incentivo à qualidade de vida da população (BRASIL, 2006; LINHARES et al., 2014).

Nos últimos anos, o perfil de morbimortalidade da população brasileira sofre algumas modificações relativas ao aumento de doenças e agravos não transmissíveis (DANT) e de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Um dos maiores desafios para os serviços de saúde é o enfrentamento das DCNT, sendo causa comum de incapacidade, constituindo assim, um dos principais motivos que os usuários procurem o fisioterapeuta no sistema de saúde. A atuação do fisioterapeuta na comunidade se torna relevante com a promoção da melhoria da qualidade de vida da população (BISPO JÚNIOR, 2010; CRUZ et al., 2010; RODRIGUES; SOUZA; BITENCOURT, 2012).

O Método Pilates é uma técnica usada desde 1914, é relatado como uma técnica que promove funcionalidade, mobilidade, equilíbrio e melhora da cognição através de exercícios de fortalecimento muscular e alongamento (KLOUBEC, 2011; CRUZ FERREIRA et al., 2011), sendo considerado um recurso útil para o tratamento de distúrbios musculoesqueléticos e eficaz para todas as idades.

Desta forma, o Pilates surge como forma de condicionamento físico que visa o bem-estar geral ao indivíduo. O fisioterapeuta utiliza esse método como ferramenta de atuação, a formação de

grupos, tendo como estratégias atender uma grande demanda e motivar através dessa prática corporal a adesão e continuidade do tratamento (LOURES; SILVA, 2010; RODRIGUES; SOUZA; BITENCOURT, 2012).

A formação de grupos nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) é uma prática assistencial preconizada pelo SUS (BRASIL, 2006). A participação ativa do usuário é fundamental porque o mesmo deve ser o autor principal do processo saúde-doença, com a compreensão de que a saúde é a integração de inúmeros fatores biopsicossociais.

A intervenção com o uso de atividades corporais não pode ser voltada apenas para a prevenção de DCNT. As práticas corporais devem ser compreendidas como uma contribuição para a formação e fortalecimento de grupos sociais nos territórios e estimulam a criação de vínculo entre os usuários, profissionais de saúde e serviço (CARVALHO; NOGUEIRA, 2016). Ademais, valorizam o uso de dispositivos sociais de convivência, como parques, praças, igrejas, associação de moradores, entre outros. Apesar de haver estudos que avaliam a eficácia do Método Pilates em parâmetros biomecânicos em grupos isolados, a literatura ainda é escassa de estudos que utilizam a técnica em grandes grupos sociais. Neste contexto, uma avaliação a despeito dos impactos biopsicossociais da técnica associada a diálogos sobre prevenção de agravos torna-se necessária, a fim de embasar a implantação de políticas de saúde que possam melhorar a qualidade de vida da população. Portanto, o objetivo do presente estudo foi avaliar as repercussões biopsicossociais da inserção de um grupo que utiliza práticas corporais na atenção primária.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo longitudinal do tipo antes e depois, foram recrutados, por meio de conveniência, 40 usuários que foram inseridos no grupo de práticas corporais em uma área de cobertura das Unidades Básicas de Saúde no município de Caruaru/PE.

Foram incluídos usuários com faixa etária de 35 a 80 anos de idade, com assiduidade de 75% no período de fevereiro a agosto de 2019 no grupo de práticas corporais com queixas de limitações funcionais. Foram excluídos os usuários que não estavam cadastrados na área de cobertura do NASF, gestantes, pacientes acamados, com déficit cognitivo, problemas cardiorrespiratórios e/ou praticantes de outras atividades físicas não relacionadas a atividades corporais da atenção básica.

O grupo de práticas corporais era realizado duas vezes por semana, com duração de 60 minutos, sendo composto por sessões de exercícios baseado em algumas técnicas do Método Pilates, incluindo exercícios respiratórios, exercícios de alongamento e fortalecimento muscular de MMSS e MMII, exercícios de amplitude de movimento (40 minutos), momentos de relaxamento e massoterapia (10 minutos), assim como atividades informativas que promoviam a educação em saúde (10 minutos), direcionadas pela fisioterapeuta em conjunto com os demais profissionais da equipe multidisciplinar e da Equipe da Estratégia da Saúde da Família (ESF).

Os usuários foram abordados nos dois dias após a realização das práticas corporais em grupos e após o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram submetidos à avaliação inicial por meio de uma entrevista individual, utilizando um questionário para registro de dados pessoais, sociodemográficos e antropométricos.

Em seguida, foi aplicado o

Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO) (PINHEIRO; TROCCOLI; CARVALHO, 2002) para padronizar a mensuração de relato de sintomas osteomusculares. O mesmo contém 3 questões correlacionadas com nove regiões anatômicas, sendo elas: pescoço, ombros, cotovelos, punho/mãos, região torácica, região lombar, ancas/coxas, joelhos e tornozelos/pés. A primeira questão é “Considerando os últimos 12 meses, teve algum problema (tal como dor, desconforto ou dormência) nas seguintes regiões?”; a segunda questão é “durante os últimos 12 meses teve de evitar as suas atividades normais (trabalho, serviço doméstico, passatempos) por causa de problemas nas seguintes regiões?”; e a terceira questão é “teve algum problema nos últimos 7 dias nas seguintes regiões?”. Para facilitar a identificação das áreas corporais, o questionário também incluía um diagrama corporal destacando todas as áreas corporais envolvidas.

Para avaliar e quantificar a sintomatologia e a correlação entre depressão e ansiedade, foi utilizada a Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D) (FREIRE et al., 2014). O instrumento investiga como o paciente tem se sentido nos últimos sete dias, incluindo o dia da aplicação, e era composto por 17 itens, os quais podiam ser pontuados numa escala *Likert*, que variava entre 0 a 2 ou 0 a 4, conforme a intensidade do sintoma. O total de pontos variava entre 0 e 52 pontos. Para ser constatada a presença de depressão, o score deveria atingir, no mínimo, 8 pontos. Após a coleta, os dados foram tabulados no programa Excel (versão 2013) e posteriormente exportados para o SPSS (versão 2013). Para a variável categórica (presença ou não de dor e sintomas osteomusculares) foi realizada a análise da frequência relativa e absoluta. Para as variáveis contínuas, foi aplicado o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov. Caso as

variáveis contínuas apresentassem distribuição normal, era adotada a descrição de médias e dos respectivos desvios padrões. E as que não apresentaram normalidade de distribuição, foram representadas em forma de mediana e pelo intervalo interquartil. Na comparação e análise de associação de variáveis contínuas e categóricas, foram utilizados os testes T-student para amostras pareadas e teste de Mann-whitney

para amostras não pareadas. Considerou-se as diferenças estatisticamente significativas variáveis contínuas que apresentem valor de  $p < 0,05$ .

Este estudo obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES UNITA), com o Parecer n.º 3.605.649, de acordo com a Resolução CNS n.º 466/12.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As características gerais da amostra são descritas na Tabela 1, que se referem aos dados coletados a partir do questionário de registro de dados pessoais, sociodemográficos e antropométricos. Observa-se a média de idade da amostra coletada, sexo, IMC, renda familiar, estado civil e condição

de trabalho. Como podemos observar os dados referentes aos usuários, encontra-se uma distribuição por sexo com maioria de mulheres, sobrepeso ou obesidade e renda familiar de até 1 salário mínimo.

**Tabela 1 - Características gerais da amostra relativas a dados pessoais, sociodemográficos e antropométricos. Caruaru - PE, 2020.**

Tamanho da amostra (N)/média	N	%
	40	100
<b>Idade (anos)*</b>	60,7	$\pm 9,30$
<b>Sexo</b>		
Feminino	39	97,5
Masculino	1	2,5
<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)*</b>	29,20	$\pm 5,65$
Peso adequado	8	20%
Sobrepeso	20	50%
Obesidade	12	30%
<b>Renda Familiar</b>		
Sem renda	1	2,5
1 salário mínimo	27	67,5
1 salário e meio	7	17,5
2 salários	3	7,5
2 salários e meio	1	2,5
3 salários	1	2,5
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro(a)	10	25%
Casado(a)	21	52,5%
Viúvo(a)	7	17,5%
Divorciado(a)	2	5%
<b>Posto de Trabalho</b>		

Não Trabalha	14	35%
Aposentado(a)	15	37,5%
Costureiro(a)	5	12,5%
Auxiliar de Serviços Gerais	2	5%
Outros	4	10%

\*Valores expressos como média  $\pm$  desvio padrão.

Fonte: Elaborada pelos autores

De acordo com os dados sociodemográficos presentes nesta amostra, a média de idade dos usuários entrevistados foi de 60,67 anos, caracterizada por uma população de 97,5% do sexo feminino.

A Tabela 2 refere-se à prevalência dos sintomas osteomusculares de acordo com o questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO). Como observado, a maior parte dos usuários relataram presença de quadro algico antes de iniciarem as práticas corporais, classificando-a com escore de dor de moderada a severa em membros superiores, inferiores e coluna, conforme a escala numérica de dor no QNSO, fato que, interfere em dois terços da população do presente estudo.

Observa-se que 100% (n=40) dos usuários entrevistados relataram algum grau de dor apontada no QNSO, ainda que auto-relatada como leve, nas regiões articulares do MMSS, MMII e coluna.

Dados do presente estudo mostram que 75% (n= 30) relataram sentir dor nas articulações do ombro, cotovelo, punho e mão (MMSS) antes do início das práticas corporais. Setenta por cento dos voluntários (n=28) relataram sentir dor nas articulações do quadril, joelho e tornozelo (MMII) e na coluna cervical, torácica e lombar antes do início das práticas corporais. Como também, 42,5% (n=17) dos entrevistados relataram que nos últimos doze meses evitaram as atividades diárias e/ou laborais devido ao quadro algico.

**Tabela 2 - Prevalência dos sintomas osteomusculares e escore de dor de acordo com o Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO) antes e depois da realização de práticas corporais. Caruaru - PE, 2020.**

Regiões anatômicas	Nível de dor	Antes	Depois
MMSS	Não sente dor	11 (27,5%)	11 (27,5%)
	Leve	2 (5%)	22 (55%)
	Moderada	13 (32,5%)	6 (15%)
	Severa	14 (35%)	1 (2,5%)
MMII	Não sente dor	12 (30%)	12 (30%)
	Leve	1 (2,5%)	15 (37,5%)
	Moderada	12 (30%)	11 (27,5%)
	Severa	15 (37,5%)	2 (5%)
Coluna	Não sente dor	12 (30%)	12 (30%)
	Leve	3 (7,5%)	16 (40%)
	Moderada	9 (22,5%)	10 (25%)
	Severa	16 (40%)	2 (5%)

Fonte: Elaborada pelos autores

Na tabela 2 observa-se também que, após a inserção do grupo de práticas corporais, houve uma diminuição de 17,5% no escore de dor moderada e 32,5% no escore de dor severa para os membros superiores (MMSS), passando para 50% no escore de dor leve. Houve uma diminuição de 2,5% no escore de dor moderada e diminuição de 32,5% no escore de dor severa para os membros inferiores (MMII), passando para 35% no escore de dor leve. Observamos também uma diminuição de 35% no escore de dor severa em coluna, passando para 32,5% na quantidade de pessoas que relataram escore de dor leve e 2,5% no escore de dor moderada.

Os escores indicativos de depressão pela escala de Hamilton passaram de 60% antes das

práticas corporais para 50% após 6 meses de práticas corporais, representando uma diminuição de 10% no índice geral de depressão, que se traduz numa diminuição de 5% de usuários com depressão grave, 12,5% de depressão moderada, indicando uma modificação para a condição de depressão leve.

Mesmo havendo melhora geral dos índices de depressão após a realização das práticas corporais, quando analisamos os índices separadamente, observamos que as melhoras dos escores na Escala de Hamilton dão-se especialmente pelas mudanças nos índices de 6 domínios avaliados na tabela 3 (humor deprimido, insônia, agitação, ansiedade psíquica, ansiedade somática e sintomas somáticos em geral).

**Tabela 3 - Domínios da escala de Hamilton antes e depois das práticas corporais. Caruaru - PE, 2020.**

Variáveis	Resultados		
	Antes da prática corporal n(%)	Após a prática corporal n(%)	Valor de $p^{**}$
Domínios da escala de Hamilton			
Humor deprimido	16 (40%)	4 (10%)	0,00**
Sentimentos de culpa	6 (15%)	2 (5%)	0,01**
Suicídio	0	0	0,08
Insônia	16 (40%)	4 (10%)	0,00**
Trabalhos e atividades	8 (20%)	2 (5%)	0,00**
Retardo	6 (15%)	2 (5%)	0,00**
Agitação	19 (47,5%)	3 (7,5%)	0,00**
Ansiedade Psíquica	21 (52,5%)	7 (17,5%)	0,01**
Ansiedade Somática	14 (35%)	5 (12,5%)	0,03**
Sintomas somáticos gastrointestinais	5 (12,5%)	1 (2,5%)	0,00**
Sintomas somáticos em geral	13 (32,5%)	5 (12,5%)	0,04**
Sintomas genitais	1 (2,5%)	1 (2,5%)	0,00**
Hipocondria	6 (15%)	2 (5%)	0,01**
Perda de peso	2 (5%)	1 (2,5%)	0,01**
Consciência da doença	2 (5%)	2 (5%)	0,03**
Variação diurna	7 (17,5%)	1 (2,5%)	0,09
Despersonalização e desrealização	0	0	0,08
Sintomas paranóides	5 (12,5%)	1 (2,5%)	0,00**
Sintomas obsessivos e compulsivos	6 (15%)	2 (5%)	0,01**

**\*\*Valores de p com significância estatística após a aplicação do teste T-student** Fonte: Elaborada pelos autores

Apesar de não haver diferença estatisticamente significativa quando associamos os níveis de depressão aos níveis de escore de dor, como observado na Tabela 4, quando avaliamos os principais domínios da Escala de Hamilton separadamente, encontramos associação entre os

principais domínios: humor deprimido, insônia, agitação, ansiedade psíquica, ansiedade somática e sintomas somáticos em geral correlacionados com os níveis de dor moderada e severa antes e depois da realização da prática corporal, como observado na Tabela 4.

**Tabela 4 - Associações entre a variável escore de dor após a prática corporal e a correlação entre depressão e ansiedade. Caruaru - PE, 2020.**

Variáveis		Resultados		
Escala de Dor Hamilton	Leve n(%)	Dor Moderada e Severa n(%)	Total n(%)	Valor de p**
Não apresenta	14 (35%)	5 (12,5%)	19 (47,5%)	0,38**
Leve *	9 (22,5%)	10 (25%)	19 (47,5%)	0,38**
Moderado *	1 (2,5%)	1(2,5%)	2 (5%)	0,38**
Grave *	0	0	0	0**

\*Scores de referência da Escala de Hamilton: Depressão leve= 8-18; Depressão moderada= 19-29; Depressão Grave= 30-63

\*\*Valores de p com a aplicação do teste t-student

Fonte: Elaborada pelos autores

**Tabela 5 - Principais domínios da Escala de Hamilton correlacionados com os níveis de escore de dor moderada e severa antes e depois das práticas corporais. Caruaru - PE, 2020.**

Variáveis	Resultados		Total n (%)	Valor de p
	Antes Dor moderada e severa n (%)	Depois Dor moderada e severa n (%)		
Humor deprimido	16 (40%)	8 (20%)	24 (60%)	0,0002**
Insônia	19 (47,5%)	9 (22,5%)	28 (70%)	0,0007**
Agitação	19 (47,5%)	7 (17,5%)	26 (65%)	0,004**
Ansiedade Psíquica	24 (60%)	10 (25%)	34 (85%)	0,033**
Ansiedade Somática	17 (42,5%)	10 (25%)	27(67,5%)	0,16**
Sintomas somáticos em geral	17 (42,5%)	5 (12,5%)	22 (55%)	0,0002**

\*\*Valores de p com a aplicação do teste t-student

Fonte: Elaborada pelos autores

Dentre os fatores desencadeantes para o surgimento de sintomas musculoesqueléticos encontra-se o sedentarismo. Apesar da compreensão de que a realização de práticas corporais é considerada uma proteção contra o aparecimento do quadro álgico e do desconforto corporal (TOSCANO et al., 2016), nossa amostra foi composta, em sua maioria, de indivíduos com sobrepeso ou obesidade (80%). É possível que fatores como obesidade seja um fator influente em tal resultado. Alguns estudos relatam que a dor crônica é associada a vários fatores, com alta prevalência entre indivíduos de idade avançada (PALMA; KETCHUM; SAULLO, 2012; JACKSON, et al., 2015), do sexo feminino (JACKSON et al., 2015; LARSSON et al., 2017) e entre obesos (MCCARTHY et al., 2009).

A obesidade está associada a um aumento do risco de aparecimento de doenças crônicas, visto que tem etiologia multifatorial e pode levar à incapacidade funcional com o avançar da idade (DAWSON et al., 2014; MARQUES, 2017). A associação da obesidade com a dor musculoesquelética vai além da sobrecarga mecânica e provavelmente está relacionada com a inflamação crônica de diversos segmentos do corpo (BONAKDAR, 2013; MARQUES, 2017).

Observa-se também que os pacientes que estão com sobrepeso/obesidade relatam evitar práticas corporais em resposta à dor, fato que limita a redução do peso e o controle do quadro álgico (AMY JANKE; KOZAK, 2012; MIRANDA, 2018). Entretanto, as evidências quanto à associação do sobrepeso/obesidade com dores crônicas ainda são escassas (AMY JANKE; COLLINS; KOZAK, 2007). Os estudos mais conhecidos são aqueles referentes ao estímulo da perda de peso para o controle da dor, para reduzir o estresse biomecânico sobre as articulações (PALMA; KETCHUM; SAULLO, 2012; AMY JANKE; KOZAK, 2012).

Apesar de não termos realizado estudo estatístico associando os índices de depressão com a obesidade antes das práticas corporais, podemos citar alguns autores que observaram uma associação entre o diagnóstico de depressão com a

obesidade, com uma chance 1,42 vezes maior de um homem com depressão também apresentar obesidade e 1,25 vezes maior quando nos referimos a mulheres (ATLANTIS; BAKER, 2008; FERREIRA; SZWARCOWALD; DAMACENA, 2019). Outros estudos sugerem também que o elevado peso corporal pode estar diretamente ligado aos componentes funcionais, sociais e psicológicos do indivíduo, e afetar a realização de atividades diárias da vida (AMY JANKE; COLLINS; KOZAK, 2007; HOPMAN, et al., 2007). É possível que a diminuição de 10% no índice geral de depressão observada no estudo após a realização de práticas corporais também tenha sido influenciada pela simples mudança de hábito na inserção de uma atividade coletiva no cotidiano dos voluntários.

A melhora da saúde mental em práticas coletivas é respaldada por outros estudos, que também tiveram bons resultados em indivíduos que a praticaram. As formações dos grupos de promoção da saúde compreendem aspectos emocionais, sociais e biológicos, não se configurando apenas como um somatório de pessoas (SANTOS et al., 2010), mas uma soma de fatores que incluem criação do vínculo, escuta e divisão do espaço, que promovem saúde e fortalece os sujeitos, cria laços de afetividade e melhora do humor e do afeto em quem a pratica (LINHARES et al., 2014; FRIEDRICH et al., 2018).

Autores (WOOLF; PFLEGER, 2003; SANTOS et al., 2010) também sugerem que a presença do quadro álgico afeta significativamente o estado psicossocial dos indivíduos acometidos, e que as disfunções musculoesqueléticas trazem efeitos na função social e saúde mental e principalmente na qualidade de vida. Como observamos melhoras nos padrões de dor já relatados em nossos resultados, é possível que o estado mental representado nos domínios da escala de Hamilton seja consequência também desse fator.

Os distúrbios musculoesqueléticos englobam condições degenerativas, disfuncionais e inflamatórias, que podem afetar até quase 95% das atividades laborais dos indivíduos que a possuem (TOSCANO, et al., 2016), ainda quando



diretamente ligadas ao surgimento de doenças relacionadas ao trabalho devido a uma carga excessiva do mesmo (FERNANDES; ASSUNÇÃO; CARVALHO, 2010). No presente estudo, podemos observar que não houve mudanças nos padrões de atividades laborais ao longo do tempo na amostra estudada, sugerindo que as práticas podem melhorar os padrões que interferem em rendimento e percepção da dor.

Estudos (WALSH et al., 2004; MATA et al., 2011) evidenciam que, entre os problemas mais enfrentados pela população, está a subnotificação de alguns indicadores de saúde na atenção básica. Dentre eles, as dores osteomusculares e diversas disfunções musculoesqueléticas (SILVA; ROS, 2007; CÂNDIDO, 2015) podem estar no rol de subnotificações, apesar do seu potencial de gerar diferentes graus de incapacidade funcional. Neste sentido, a fim de assegurar a integralidade no processo de cuidado à saúde, a PNPS propõe estratégias de planejamento para a execução de ações de promoção da saúde (BRASIL, 2006) e incentiva as atividades que priorizem as práticas corporais devido à prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), fato que podemos estender às disfunções musculoesqueléticas.

Outros estudos (WOOLF; PFLEGER, 2003; MATA et al., 2011) observaram que os distúrbios musculoesqueléticos são predominantes na população do sexo feminino, bem como seus impactos, considerados como a maior causa de dor severa e persistente e de incapacidade física. A realização de ações de promoção, prevenção e reabilitação na atenção primária à saúde devem estar presentes segundo as necessidades dos usuários, das famílias que residem em um determinado território (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011). No presente estudo, de acordo com o QNSO, 42,5% dos usuários relataram que nos últimos doze meses evitaram as atividades diárias e/ou laborais devido ao quadro algíco ou desconforto em articulações do MMSS, MMII e/ou coluna.

A realização do diagnóstico de transtorno depressivo requer a presença de cinco ou mais sintomas, entre eles, humor deprimido ou falta de interesse na execução de atividades diárias há pelo menos duas semanas; distúrbios do ciclo do sono e agitação ou retardo psicomotor (MIRANDA, 2018). Observamos uma alta prevalência de alguns destes sinais na amostra estudada (ansiedade psíquica; insônia; agitação; ansiedade somática; sintomas somáticos em geral e humor deprimido), associada a escores de dor moderada a severa. Autores (HEER et al., 2014) observaram que a presença da depressão elevou 6,67 vezes a chance de aumentar a intensidade da dor. Outros estudos (KROENKE et al., 2011; MEEUS et al., 2012; LERMAN et al., 2015), demonstraram associação entre a depressão ou aumento da gravidade da depressão e o aumento da intensidade da dor, o que nos leva a reconhecermos a necessidade da avaliação da dor crônica dentro do contexto de fatores biopsicossociais, principalmente porque observamos diminuição de ambos os fatores (escores de depressão e dor) após a realização do protocolo proposto, o que sugere que os dois índices podem estar associados.

O profissional fisioterapeuta que está inserido na atenção primária à saúde (APS) compreende que as alterações biomecânicas geram, em sua maioria, alterações psicossociais associadas à presença de quadros algícos que limitam a funcionalidade e conseqüentemente, podem ocasionar desconfortos para realização de atividades diárias e/ou laborais. No entanto, é fundamental a percepção da multicausalidade em processos crônicos, visto a necessidade de compreensão do indivíduo e do ambiente ao qual está inserido (REZENDE et al., 2009).

Na APS são direcionadas ações que promovem a saúde no contexto biopsicossocial, valorizando a saúde mental e a integração social como características importantes do processo saúde-doença. Tais ações buscam romper o curativismo ao reestruturar e articular a assistência com ações de promoção da saúde, controle de risco e prevenção de doenças (BISPO

JÚNIOR, 2010). Desta forma, o fisioterapeuta no âmbito da APS tem como principal objetivo incentivar e estimular a participação da comunidade nas questões relacionadas à saúde, e estar atento a todos os aspectos de sua percepção, incluindo a saúde mental (BISPO JÚNIOR, 2010).

A utilização do método Pilates é capaz de melhorar funcionalidade, mobilidade e equilíbrio por meio dos exercícios propostos, e quando realizados em forma grupal podem promover uma interação social (KLOUBEC, 2011; CRUZ-FERREIRA et al., 2011), podendo ser incluído no rol de procedimentos que promovem a saúde através de aspectos emocionais, sociais e biológicos nos usuários (SANTOS, 2016; FRIEDRICH et al., 2018).

Considerando que as práticas corporais se caracterizam como um espaço de cuidado, promoção da saúde e de transformação social (CARVALHO; NOGUEIRA, 2016), sugerimos que as mesmas podem ser aplicadas como coadjuvantes no processo de saúde-doença-cuidado, responsáveis por fortalecer relações de vínculos e de corresponsabilidade do cuidado no processo saúde-doença. Diante do exposto, constatou-se que após a inserção do grupo de práticas corporais com a utilização do método Pilates, houve diminuição dos escores de dor referentes a coluna vertebral e membros superiores e inferiores dos usuários, além da redução dos escores indicativos de depressão, com melhora do humor deprimido, insônia, agitação, ansiedade psíquica, ansiedade somática e sintomas somáticos em geral.

## CONCLUSÃO

Compreende-se que a aplicação de ações de promoção da saúde na atenção básica é de extrema importância em um território com prevalência de dores crônicas e pode interferir positivamente no estado psicossocial dos usuários, especialmente quando associado ao elevado escore de dor e de sintomas psicossomáticos.

Sendo assim, é necessário um olhar integral dos profissionais de saúde, inserido na APS principalmente na utilização de práticas corporais em atividades coletivas, visto que, é necessário ampliar e fortalecer o processo de cuidado de uma comunidade.

## REFERÊNCIAS

AMY JANKE, E.; COLLINS A.; KOZAK, A. T. Overview of the relationship between pain and obesity: What do we know? Where do we go next? *Journal of Rehabilitation Research & Development*, v. 44, n. 2, p. 245-262, 2007.

AMY JANKE, E.; KOZAK, A. T. "The More Pain I Have, the More I Want to Eat": Obesity in the Context of Chronic Pain. *Obesity A Research Journal*, v. 20, n. 10, p. 2027-2034, 2012.

ATLANTIS, E.; BAKER, M. Obesity effects on depression: systematic review of epidemiological studies. *International Journal of Obesity*, v. 32, n. 6, p. 881-891, 2008.

BISPO JÚNIOR, J. P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais.

*Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 1, p. 1627-1636, 2010.

BONAKDAR, R. A. Targeting systemic inflammation in patients with obesity-related pain: Obesity-related pain: time for a new approach that targets systemic inflammation. *The Journal of family practice*, v. 62, n. 9, p. 22-29, 2013.

BRASIL, **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Brasília, v. 1, n. 204, p. 1-37, 2011.

BRASIL, **Política nacional de promoção da saúde**. Ministério da Saúde, Brasília: MS, 2006.

CÂNDIDO, A. M. Atuação da fisioterapia nos núcleos de apoio à saúde da família: um estudo no município de Campina Grande/PB. Universidade Estadual da Paraíba. **Centro de Ciências Biológicas e da Saúde**, 2015.

CARVALHO, F. F. B.; NOGUEIRA, J. A. D. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na atenção Básica. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1829-1838, 2016.

CRUZ, T. S. et. al. Diagnóstico de Saúde e Atuação do Fisioterapeuta nas Unidades Básicas de Saúde. **Revista Fisioterapia Brasil**, v. 11, n. 1, p. 439-444, 2010.

CRUZ-FERREIRA, A. et al. A systematic review of the effects of Pilates method of exercise in healthy people. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 92, n. 12, p. 2071-2081, 2011.

DAWSON, L. et. al. Obesity, arthritis, and gout. In: Bray GA, Bouchard C. Hand book of obesity. Boca Raton: CRC Press, p. 625-633, 2014.

FERNANDES, R. C. P.; ASSUNÇÃO, A.A.; CARVALHO, F. M. Tarefas repetitivas sob pressão temporal: os distúrbios musculoesqueléticos e o trabalho industrial. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 931-942, 2010.

FERREIRA, A. P.S.; SZWARCOWALD, C.L.; DAMACENA, G. N. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, n. 1, p. 1-14, 2019.

FREIRE, M. A. et. al. Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil. **Jornal Brasileiro Psiquiatria**, v. 63, n. 4, p. 281-289, 2014.

FRIEDRICH, T. L. et. al., Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepção de usuários e profissionais. **Revista Interface - Comunicação, saúde, educação**, v. 22, n. 65, p. 373-385, 2018.

HEER, E.W. et. al. The association of depression and anxiety with pain: a study from NESDA. **Journal PLoSOne**, v. 9, n.10, p. 15-22, 2014.

HOPMAN, W. M. et. al. The association between body mass index and health-related quality of life: data from CaMos, a stratified population study. **Quality of Life Research**, v. 16, n. 10, p. 1595-1603, 2007.

JACKSON, T, et. al. Prevalence of chronic pain in low-income countries: a systematic review and meta-analysis. **Revista Lancet**, v. 27, n. 2, p. 385-392, 2015.

KLOUBEC, J. Pilates: how does it work and Who needs it? **Muscles Ligaments Tendons Journal**, v. 1, n.2, p. 61-66, 2011.

KROENKE, K. et. al. Reciprocal relationship between pain and depression: a 12- month longitudinal analysis in primary care. **Journal of Pain**, v. 9, n. 12, p. 964-973, 2011.

Rev Interd. v. 13, n.2021; 1832

LARSSON, C. et. al. Chronic pain in older adults: prevalence, incidence, and risk factors. **Scandinavian Journal of Rheumatology**, v. 46, n. 4, p. 317-325, 2017.

LERMAN, S.F. et. al. Longitudinal associations between depression, anxiety, pain, and pain-related disability in chronic pain patients. **Psychosomatic Medicine Journal**, v. 77, n. 3, p. 333-341, 2015.

LINHARES, A. S. et. al., Caracterização do grupo de práticas corporais na atenção primária à saúde em Sobral-Ceará. **Revista Sanare de Políticas Públicas**, v. 13, n. 1, p. 56-63, 2014.

LOURES, L. F., SILVA, M. C. S. A interface entre o trabalho do agente comunitário de saúde e do fisioterapeuta na atenção básica à saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2155-2164, 2010.

MARQUES, A. B. Associação entre excesso de peso, obesidade, dor músculo-esquelética e osteoartrose em cuidados de saúde primários: estudo transversal. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 33, n. 3, p. 222-228, 2017.

MATA, M. S. et. al. Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 221-230, 2011.

MCCARTHY, L. H., et. al. Chronic pain and obesity in elderly people: results from the Einstein aging study. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 57, n. 1, p. 115-119, 2009.

MEEUS, M. et. al. Role of psychological aspects in both chronic pain and in daily functioning in chronic fatigue syndrome: a prospective longitudinal study. **Journal of Clinical Rheumatology**, v. 6, n. 31, p. 921-929, 2012.

MIRANDA, A. D. **Depressão, atividade física e o risco de desenvolver dor crônica: estudo SABE**, Belo Horizonte, 2018.

PALMA, M.; KETCHUM, J. M.; SAULLO, T. R. Multivariable analysis of the relationships between age, gender, and body mass index and the source of chronic low back pain. **Revista Pain Medicine**, v. 13, n. 4, p. 498-506, 2012.

PINHEIRO, F. A.; TROCCOLI, B. T.; CARVALHO, C.V. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida de morbidade. **Revista Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 307-312, 2002.

REZENDE, M. et. al. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 1403-1410, 2009.

RODRIGUES, F.; SOUZA, P. S.; BITENCOURT, L. T. G. A Fisioterapia na Atenção Primária. **Revista do Programa de Residência Multiprofissional em**

**Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC**, v. 1, n. 1, p. 33-41, 2012.

SANTOS, D. L. O. Grupo de relaxamento na atenção básica: uma experiência criativa. **Residência Multiprofissional em Saúde da Família**, João Pessoa, 2016.

SANTOS, L. M. et. al. Atuação dos coordenadores de grupos de saúde na rede docente assistencial. **Revista Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 177-184, 2010.

SILVA, D.J.; ROS, M. A. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1673-1681, 2007.

TOSCANO, J. J. O., et. al. Pain prevalence on public servants: association with sedentary behavior and physical sure activity. **Revista Dor**, v. 17, n. 2, p. 106-110, 2016.

WOOLF, A.D.; PFLEGER, B. Burden of major musculoskeletal conditions. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 81, n. 9, p. 646-656, 2003.

## **COLABORAÇÕES**

Leal MCC e Oliveira BDR contribuíram com a elaboração e delineamento do estudo; a aquisição, análise e interpretação dos dados e a redação e/ou revisão do manuscrito; Barbosa SSA contribuiu com a aquisição, análise e interpretação dos dados e a redação e/ou revisão do manuscrito.

## **FONTES DE FINANCIAMENTO**

Financiamento Próprio.

## **CONFLITOS DE INTERESSE**

Os autores declaram não existirem conflitos de interesses.

**Submetido: 31/12/2020**

**Aceito: 06/02/202**