

A relação do sobrepeso e obesidade com desconfortos musculoesqueléticos de mulheres pós-menopausa

Juliana Rasia*

Evelise Moraes Berlezi**

Simone Eickhoff Bigolin***

Rodolfo Herberto Schneider****

Resumo

O presente estudo teve o objetivo de investigar a relação do sobrepeso e obesidade com desconfortos musculoesqueléticos pós-menopausa. A amostra foi constituída por 48 mulheres na faixa etária entre 50 e 65 anos, com idade média de 58,39 ($\pm 3,63$) anos, obesas, residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Luiz Fogliatto no município de Ijuí - RS. A pesquisa caracterizou-se por um estudo do tipo transversal analítico descritivo. Os instrumentos utilizados foram: entrevista, índice de massa corporal, avaliação dos desconfortos musculoesquelético pelo diagrama corporal e da sua intensidade pela escala de avaliação verbal. Os resultados foram os seguintes: a amostra obteve IMC com a média de 33,18 ($\pm 3,97$) kg/m², mostrando maior incidência de obesidade grau II em 37,5% das mulheres. Quanto à presença de co-morbidades, a de maior prevalência foi a hipertensão arterial sistêmica com 70,8%. Ao associar a obesidade com as co-morbidades, observou-se que a hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus*, doença cardiovascular e incontinência urinária associaram-se com

a obesidade. Os desconfortos musculoesquelético estiveram presentes em 67% das participantes do estudo. Ao identificar os locais de desconforto, o local de maior queixa de dor foi na coluna lombar, com 43,7%. Quanto à intensidade da dor, a dor leve foi referida por 50% das mulheres, seguida de dor intensa em 25%, dor moderada em 18,7% e dor insuportável em 6,2% dessas. O estudo conclui que há relação entre o sobrepeso e obesidade com os desconfortos musculoesqueléticos.

Palavras-chave: Obesidade. Menopausa. Desconfortos musculoesqueléticos.

* Fisioterapeuta, graduada pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

** Fisioterapeuta, mestra em Geriatria e Gerontologia Biomédica, doutoranda no Programa de Doutorado do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS, professora do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

*** Fisioterapeuta, mestra em Educação nas Ciências, docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

**** Médico, docente do Programa de Pós-Graduação em Geriatria e Gerontologia da PUCRS.

Recebido em jan. 2007 e avaliado em mar. 2007

Introdução

O sobrepeso e a obesidade têm aumentado muito nos últimos tempos tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento. Assim, torna-se um grave problema de saúde pública, uma vez que as conseqüências da obesidade para a saúde são muitas e variam do risco aumentado de morte prematura a graves doenças não letais, mas debilitantes e que afetam diretamente a qualidade de vida destes indivíduos.

Assim, a obesidade apresenta-se como uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura, o que passa a comprometer a saúde do indivíduo, já que está associada ao aumento dos riscos para o acometimento de doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, aterosclerose, hiperlipidemias, diabetes, incontinência urinária, artrose, patologias biliares, vários tipos de câncer.

É importante salientar que o aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade tem se mostrado crescente principalmente no sexo feminino. Conforme Lins e Sichieri (2001), esse aumento é ainda maior na perimenopausa, atingindo, aproximadamente, 60% das mulheres, provavelmente em virtude das alterações metabólicas inerentes a esse período, associadas ao sedentarismo, maus hábitos alimentares e, também, à predisposição genética de cada mulher.

Associado a isso, com o aumento da expectativa de vida, a mulher tem ainda muitos anos de vida após a menopausa, o que torna imprescindível um olhar do indivíduo em relação ao aspecto do envelhecimento, pois, quando a obesidade está associada a outras patologias, pode inter-

ferir diretamente na qualidade de vida e no aumento de fator de risco tanto para a morbidade como para a mortalidade.

No período pós-menopausa são comuns os desconfortos articulares causados pelo excesso de peso, que acaba por sobrecarregar as estruturas musculoesqueléticas responsáveis pela estabilização e movimento do corpo. Isso, com o passar do tempo, acarreta incapacidades e redução na qualidade de vida dessas mulheres. Além disso, conforme Colditz (apud RADOMINSKI, 1998), as doenças musculoesqueléticas compõem o segundo montante de gastos totais com os pacientes obesos e suas co-morbidades, superadas apenas pelas complicações cardiovasculares.

Partindo desse princípio, é de grande importância conhecer, prevenir e identificar precocemente os problemas que estão relacionados à obesidade, principalmente no período da menopausa, no qual a mulher passa por modificações corporais que interferem no físico, no psíquico e no social.

Este estudo teve o propósito de investigar a presença e os locais de dor e desconforto musculoesquelético em mulheres obesas pós-menopausa. Ainda buscou identificar o grau de obesidade, verificar a presença de co-morbidades e a distribuição destas de acordo com o índice de massa corporal (IMC). Também objetivou relacionar os desconfortos musculoesqueléticos com a obesidade.

Material e métodos

A pesquisa é um estudo do tipo transversal e descritivo. A população do estudo foram mulheres com idade entre 50 e 65 anos de idade, pós-menopausa, residentes na área de abrangência da Unidade de

Saúde da Família (USF) Luiz Fogliatto no município de Ijuí - RS, no período de agosto a setembro de 2006.

A amostra constituiu-se de 48 mulheres nesta faixa etária que tinham o índice de massa corporal (IMC) acima de 24,9 kg/m². Participaram da triagem 159 mulheres, representantes das oito micro-áreas da USF.

O tamanho da amostra foi definido considerando 30% da população do estudo, respeitando os critérios de inclusão definidos na seleção da amostra. Para melhor representatividade, esta foi constituída com base no número de mulheres por microárea do território de abrangência da USF.

A seleção da amostra deu-se pelas seguintes etapas: pesquisa documental dos registros cadastrais de mulheres residentes na área de abrangência da USF e visita domiciliar, na qual foi apresentada a pesquisa, expondo seus objetivos e a metodologia empregada e, na oportunidade, convidando a mulher a participar. Tendo aceitado o convite, realizava-se o registro pela assinatura do termo de consentimento livre esclarecido.

Como critérios para inclusão na amostra consideraram-se: o período pós-menopausa de no mínimo um ano de amenorréia, identificado pelo relato da mulher, IMC acima de 24,9 kg/m², condições para ficar em pé e ereta para realizar a avaliação da altura e do peso corporal, aceitar participar da pesquisa e assinar o termo de consentimento.

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: entrevista, realizada de forma estruturada e abordando as seguintes dimensões: iden-

tificação, grau de escolaridade, tempo de amenorréia, ocupação, atividade física e patologias e/ou co-morbidades; na presença de dor e desconforto, musculoesquelético aplicou-se o protocolo de avaliação de dor e desconforto, que documenta o local da dor por meio de um diagrama corporal proposto por Lins et al. (2001), juntamente com a sua intensidade, pela Escala de Avaliação Verbal proposta pelo mesmo autor.

O IMC foi obtido pela divisão da massa corporal em quilogramas e pela estatura em metros elevada ao quadrado. Para fins de classificação foram utilizados os valores de referência segundo Rocha (2000): ideal (18,5-24,9 kg/m²), sobrepeso (25,0-29,9 kg/m²), obesidade grau I (30,0-34,9 kg/m²), obesidade grau II (35,0-39,9 kg/m²) e obesidade grau III (≥ 40 kg/m²).

É importante destacar que para a efetivação da presente pesquisa o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, aprovado sob o parecer consubstanciado nº 142/2006, datado de 25/10/2006.

Os dados coletados por meio dos instrumentos apresentados foram analisados com a utilização da estatística descritiva pelo programa Microsoft Excel. As variáveis categóricas foram tabuladas e mostradas em tabelas de distribuição com análise descritiva.

Resultados

A média da idade das participantes foi de 58,39 ($\pm 3,63$) anos. Em relação ao tempo de amenorréia das mulheres que participaram do estudo, foi observado

que 31,2% delas estavam entre um e cinco anos com ausência da menstruação; 22,9%, entre seis e dez anos; 29,1% entraram na menopausa há entre 11 a 15 anos e 16,6% estão há mais de 16 anos com ausência da menstruação. Assim, essas mulheres atingiram a menopausa, em média, aos 48,18 ($\pm 5,51$) anos de idade.

Na caracterização das mulheres participantes do estudo, observou-se que, em relação ao estado civil, o maior percentual era de casadas (54,1%), seguido por viúvas (27%); as demais, em regime de concubinato, separadas e solteiras. Quanto ao grau de instrução, 62,5% relataram ensino fundamental incompleto e 31,2%, analfabetismo, aspecto que caracteriza esta população como de baixo nível de escolaridade. Na sua maioria (85,4%), as mulheres ocupavam-se com atividades do lar, sendo apenas 6,2% destas aposentadas.

Outro aspecto relevante é em relação à prática de atividade física, por ser fator moderador do peso corporal. Identificou-se no estudo que somente 23% das mulheres realizavam atividade física, e a principal modalidade de atividade referida pelas praticantes foi a caminhada, cuja duração variou entre 20 minutos e 1 hora, com uma variação da frequência entre três a seis vezes por semana.

O primeiro aspecto abordado sobre as condições de saúde foi o peso corporal e estatura para fins de estabelecer o índice de massa corporal. Quanto ao peso e à estatura, a média encontrada foi de 78,61 ($\pm 11,08$) kg e de 1,53 ($\pm 0,06$) m, respectivamente. Em relação ao IMC, a média obtida foi 33,18 ($\pm 3,97$) kg/m², o que classificaria a população do estu-

do como obesa. Em detalhe, segundo a classificação dos sujeitos conforme o IMC, foi verificado que 27% apresentaram sobrepeso; 33,3%, obesidade grau I; 37,5%, obesidade grau II e 2%, obesidade grau III.

Em relação às condições de saúde das mulheres participantes do estudo, foi questionado quanto à presença de patologias e/ou co-morbidades, como a hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus*, doença cardiovascular, artrose, osteoporose, doença respiratória, depressão e incontinência urinária. Destacam-se a hipertensão arterial sistêmica (70,8%), incontinência urinária (37,5%), artrose (20,8%) e doenças cardiovasculares e *diabetes mellitus*, presentes em 16,6% das participantes do estudo.

A Tabela 1 mostra a relação entre os graus de obesidade e a presença de patologias e/ou co-morbidades. Observa-se que, com o aumento do grau de obesidade, a frequência de hipertensão arterial sistêmica é maior; o mesmo comportamento é verificado para o *diabetes mellitus*, doença cardiovascular e incontinência urinária. São resultados que sugerem que há relação entre obesidade e essas patologias e co-morbidades.

Em destaque observa-se a relação entre sobrepeso e obesidade com a hipertensão arterial sistêmica e incontinência urinária. Das 13 mulheres com sobrepeso, 53,8% apresentaram HAS; das 16 mulheres classificadas com obesidade grau I, 68,7% tinham esta co-morbidade associada; das 18 mulheres com obesidade grau II, 83,3% eram hipertensas e o único caso de obesidade grau III também estava associado à hipertensão arterial sistêmica.

Tabela 1 - Relação do grau de obesidade com a presença de patologias e/ou co-morbidade.

Patologias e/ou co-morbidades	Grau de obesidade				Total
	Sobrepeso (n = 13)	Obesidade grau I (n = 16)	Obesidade grau II (n = 18)	Obesidade grau III (n = 1)	
Hipertensão arterial	53,8%	68,7%	83,3%	(100%)	34
Diabetes mellitus	–	6,2%	38,8%	–	8
Doença cardiovascular	7,6%	12,5%	27,7%	–	8
Artrose	15,38%	31,2%	16,6%	–	10
Incontinência urinária	30,76%	37,5%	44,4%	–	18
Depressão	–	12,5%	11,1%	–	4
Doença respiratória	20,7%	–	5,5%	–	4

Também a incontinência urinária é uma situação que se associa com o grau de obesidade. Das mulheres com sobrepeso, 30,7% relataram terem incontinência urinária; das obesas grau I, 37,5% eram incontinentes e, das mulheres com obesidade grau II, 44,4% relataram esta situação.

Ao questionar as participantes quanto à presença de dor e desconforto musculoesquelético, 67% delas referiram dor e desconforto em alguma parte do seu corpo.

Segundo relatos, o local de maior queixa de dor e desconforto é na coluna lombar, referido por 43,7% das participantes; seguiram-se queixas localizadas no joelho, com 40,6%, das quais 61,5% referiram dor e desconforto unilateral e 38,4%, bilateral; a dor no tornozelo/pé

foi relatada por 28,1% das mulheres, das quais 44,4% com referência unilateral e 55,5% bilateral; a dor no ombro foi referida por 28,1% das mulheres, sendo 22,2% unilateral e 77,7% bilateral. Por último, dos locais de maior queixa, dores no quadril foram relatadas por 21,8% das participantes, 42,8% com queixa unilateral e 57,2%, bilateral.

Ao relacionar o grau de obesidade com os principais locais de dor (Tabela 2), verificou-se que com o aumento do grau de obesidade também ocorreu uma maior frequência da presença de dor na coluna lombar, joelho e tornozelo/pé, sugerindo que a dor nesses locais possa ter uma relação com a obesidade em razão da sobrecarga.

Tabela 2 - Relação do grau de obesidade com os principais locais de dor das mulheres do estudo.

Local da dor	Grau de obesidade				Total
	Sobrepeso (n = 13)	Obesidade grau I (n = 16)	Obesidade grau II (n = 18)	Obesidade grau III (n = 1)	
Coluna lombar	23 %	25%	38,8%	–	14
Joelho	15%	25%	38,8%	–	13
Tornozelo/pé	–	18,7%	33,3%	–	9
Ombro	30%	18,7%	11,1%	–	9
Quadril	7,6%	18,7%	16,6%	–	7

Quanto à intensidade da dor, 50% das participantes que relataram dor e desconforto musculoesquelético referiram dor leve; 25%, dor intensa; 18,7%, dor moderada e 6,2%, dor insuportável, segundo a Escala de Avaliação Verbal da Dor.

Ao relacionar a intensidade da dor com o grau de obesidade, não foi encontrada associação entre as variáveis grau de obesidade e intensidade da dor. Esse fato pode ser pensado sob dois vieses: que o maior peso corporal não interfira na intensidade da dor e, também, que a dor, por ser uma sensação subjetiva, dependente da percepção e experiência de cada indivíduo, não permita parâmetros mensuráveis.

Quanto à época de início da dor, 65,6% da amostra refere que a dor iniciou há mais de um ano, demonstrando ser uma dor crônica. Em relação à periodicidade da dor, observou-se que é freqüente de três a sete dias por semana em 56,2% das mulheres.

Ao analisar a interferência da dor nas atividades diárias (domésticas, ocupacionais e lazer), verificou-se que a dor e desconforto musculoesquelético interferem acentuadamente nas atividades domésticas, fato relatado por 53,1% das mulheres participantes do estudo, seguida pela interferência nas atividades de lazer, com 25%.

Discussão

No presente estudo, a amostra, constituída por mulheres pós-menopausa e que apresentavam um índice de massa corporal acima de $24,9 \text{ kg/m}^2$, apresentou a média de idade de 58,39 ($\pm 3,63$) anos. Ainda, em relação à idade, as mulheres participantes atingiram a menopausa, em média, aos 48,18 ($\pm 5,51$) anos de idade. Em estudo realizado por França (2003) em

ambulatório da cidade de São Paulo, as mulheres que estavam na pós-menopausa atingiram a menopausa, em média, aos 46,2 anos de idade, considerando-se menopausa natural e cirúrgica. Este resultado apresenta semelhança com o encontrado nesta pesquisa.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1996), a menopausa natural é definida por 12 meses consecutivos de amenorréia sem outra causa patológica ou psicológica evidente, não existindo nenhum indicador biológico independente e adequado para caracterizá-la. Em relação ao tempo de amenorréia das mulheres participantes do estudo, 54,1% relataram ausência de menstruação há menos de dez anos e 45,7%, há mais de dez anos.

Outra característica importante da amostra é quanto ao grau de instrução: 62,5% das participantes relataram ensino fundamental incompleto e 31,2%, analfabetismo, aspecto que caracteriza esta população como de baixo nível de escolaridade. A literatura tem destacado que a falta de instrução, associada a fatores sociais, culturais e econômicos, constitui-se em barreira que dificulta a conscientização sobre a necessidade de cuidados com a saúde, o tratamento adequado e a manutenção de um estilo de vida exposto aos fatores de risco (PERLINI, 2000).

Nesse sentido, foi verificado que a prática de atividade física como fator protetor para a instalação de patologias e/ou co-morbidades é realizada por um percentual pequeno das mulheres do estudo (23%). Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Cabral (1994) também com mulheres pós-menopausa, no qual 77,6% dos indivíduos apresentaram atividade física ocupacional classificada como

“muito leve”, o que é indicativo de uma população basicamente sedentária.

Como a atividade física é um componente modificável do estilo de vida, mudança nessa condição pode ser extremamente favorável à saúde e qualidade de vida dos indivíduos. Além disso, existem fortes evidências de que indivíduos ativos fisicamente têm expectativa ampliada de anos de vida produtiva e independente e que os custos relativos à saúde pública podem ser sensivelmente menores em populações mais ativas fisicamente (NAHAS, 2001).

Em relação à obesidade, foco do estudo, a literatura consultada mostra que há associação da obesidade e menopausa. Em pesquisa realizada por Sichieri (2001), que avaliou a influência da menopausa no IMC em 1 506 mulheres entre 20 e 59 anos, foi observado que aproximadamente 40% destas apresentaram algum grau de sobrepeso. Em todas as faixas de idade, o sobrepeso foi maior nas mulheres na menopausa, ou seja, mulheres na mesma faixa etária apresentaram prevalências de sobrepeso maiores quando na menopausa em relação àquelas que não tinham entrado na menopausa na mesma faixa etária, indicando que a associação não decorre do envelhecimento.

A obesidade e hipertensão arterial sistêmica têm sido amplamente documentadas pela literatura mundial, destacando-se os estudos realizados por Gus et al. (1998), Krummel (1998), Cabral (1994). Tal fato foi evidenciado neste estudo, como foi observado na Tabela 1.

No estudo de Gigante (1997) evidenciou-se que hipertensos e diabéticos apresentam um risco 2,6 vezes maior de serem obesos do que aqueles que não referiram essas co-morbidades. Quanto à ocorrên-

cia de morbidade, a hipertensão arterial foi referida por 22% dos entrevistados e diabetes, por 5%.

A obesidade também está associada ao desenvolvimento de diabetes mellitus e, conforme Francischi et al. (2000), quando o IMC está acima de 35 kg/m², o risco do desenvolvimento da diabetes aumenta em 93 vezes em mulheres e 42 vezes em homens. Este fato também pôde ser observado no presente estudo, onde nas mulheres com sobrepeso não se verificou a diabetes mellitus associada, porém naquelas com obesidade grau I e grau II a *diabetes mellitus* esteve presente em 6,2% (n = 1) e 38,8% (n = 7), respectivamente, sugerindo que a associação com a diabetes é mais evidente na obesidade grau II.

De acordo com a pesquisa de Oliveira e Mancini (2005), observou-se que a partir da quinta década de vida a doença cardiovascular pode ser um importante determinante de morbidade na população feminina, uma vez que o aumento da idade está associado com a obesidade, dislipidemias, intolerância à glicose e hipertensão.

Também a incontinência urinária destacou-se entre as patologias e co-morbidades relatadas pelas mulheres do estudo. Segundo a literatura, a incontinência é uma condição multifatorial que afeta muitas pessoas em diferentes faixas etárias. Entre os fatores predisponentes Souza (2003) cita: o parto vaginal, por trauma neuromuscular ao assoalho pélvico e/ou descolamento da fâscia pubocervical; a deficiência de estrogênio, sendo um fator que contribui para a incontinência urinária em mulheres na menopausa; o tabagismo e a obesidade, que pioram a condição de incontinência por aumentarem a pressão intra-abdominal.

Conforme Norte (2006), quatro em dez mulheres sofrem, ao longo da vida, de incontinência urinária, um problema que pode limitar significativamente a atividade física e social, mas que muitas vezes é escondido até do médico. A obesidade é a segunda causa mais comum da incontinência urinária de esforço, que, ao contrário do que a maioria das pessoas pensa, não se deve ao envelhecimento.

Outro aspecto que foi foco desta pesquisa foi a presença de dor e desconforto musculoesquelético, buscando-se verificar a relação entre esta variável e a obesidade, bem como identificar locais de queixa e intensidade da dor. Nessa perspectiva, evidenciou-se que, com o aumento do grau de obesidade, também ocorreu uma maior frequência da presença de dor na coluna lombar, joelho e tornozelo/pé, como observado na Tabela 2.

Com o estudo realizado por Radominski (1998), que utilizou o IMC e as pregas cutâneas, demonstrou-se a associação da obesidade com dor lombar e, principalmente, com hérnia discal, o que vem ao encontro dos resultados obtidos nesta pesquisa. Conforme as considerações de Radominski, a dor articular é um sintoma muito frequente e agravante em indivíduos com excesso de peso, por acarretar sobrecarga mecânica aos ossos e às articulações, desempenhando importante papel na patogênese, nas manifestações clínicas e na evolução das doenças musculoesqueléticas. Além disso, a incapacidade advinda dessa co-morbidade é fator determinante na redução de qualidade de vida dos pacientes.

O estudo de Queirogá (1999), ao avaliar a influência de fatores individuais na incidência de dor musculoesquelética

(DME) em motoristas de ônibus da cidade de Londrina, observou que 61% dos motoristas relataram DME em alguma região, e a coluna lombar foi a região corporal de maior incidência de dor, com 37%. Os resultados mostraram que o IMC dos motoristas com dor na coluna lombar foi superior aos dos motoristas sem a dor.

O estudo de destaque foi desenvolvido por Deyo e Bass (1989), que examinaram a associação entre a prevalência de dor musculoesquelética na coluna lombar (DMECL) e fatores do estilo de vida (cigarro e obesidade) num levantamento nacional de dados realizado nos EUA. Neste estudo foi verificada a existência de um aumento estável na prevalência da DMECL com o aumento da obesidade. Este aumento foi mais surpreendente com o IMC acima de 29 kg/m² e em especial nas mulheres. Os pesquisadores concluíram que incluir no estilo de vida cigarro e obesidade aumenta as chances de problemas relacionados à DMECL, independentemente da idade, do nível educacional, dos índices de atividade física e condição de trabalho.

Estudos populacionais têm mostrado de maneira consistente que pessoas obesas apresentam risco aumentado para a osteoartrose de joelho em relação às não obesas, o que também foi possível verificar no presente estudo, como descrito nos resultados.

Dados do primeiro estudo epidemiológico realizado pelo National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES-I) mostram que mulheres obesas com índice de massa corporal maior do que 30 e menor do que 35 corriam quase quatro vezes maior risco para osteoartrose do joelho do que as com IMC menor que 25 (RADOMINSKI, 1998). Conforme este

autor, existe risco aumentado de pessoas obesas desenvolverem osteoartrose de quadril, embora esta associação não seja tão forte como na região do joelho. O risco é mais evidente para mulheres com osteoartrose bilateral e para pacientes sintomáticos, o mesmo observado no presente estudo.

Lecerf et al. (apud OBESIDADE..., 2003), do Serviço de Nutrição da Universidade de Lille (França), fizeram uma avaliação de todo o país, ou seja, 18 102 pacientes com índice de massa corporal $IMC > 25 \text{ kg/m}^2$, sendo 66,8% mulheres e 33,2% homens, com idade média de 48,0 anos (variando de 34 a 62 anos) e IMC médio de 34,6 (variando de 28,5 a 40,7), sem diferenças acentuadas entre os dois sexos. As queixas mais freqüentes eram dor na coluna (44,6%), hipertensão (44,2%), colesterol alto (39,9%), artrose no joelho (30,8%), edema nas pernas (24,3%), suores exagerados (23,8%), micose na dobras da pele (22,8%) e diabetes (21,6%).

No mesmo estudo verificou-se que nos homens eram mais freqüentes hipertensão, diabetes, dislipidemia e suores; nas mulheres, artrose do joelho, dor na coluna e micose das dobras da pele. A dor na coluna não aumentava com o peso, nem com a idade. A queixa de desconforto causada pela obesidade era alta, pois, numa escala de 100, essas pessoas se situavam em 61,3, mais acentuado na mulher, diminuindo o desconforto com a idade e aumentando o IMC nos dois sexos.

Portanto, os resultados obtidos neste estudo sugerem que há relação da obesidade com dor e desconforto musculoesquelético e que a obesidade relaciona-se com a menopausa. A relevância desses

resultados está em esclarecer tal fato e permitir que as USF busquem planejar e executar estratégias de enfrentamento da obesidade, a qual se mostra relacionada a outras doenças e co-morbidades, como o caso da hipertensão arterial sistêmica e *diabetes mellitus*, que são, sem dúvida, problemas de saúde pública de importância inquestionável.

Portanto, estratégias de baixo custo, como a introdução de grupos de atividade física regular, consulta nutricional e grupo de apoio, planejadas dentro do contexto socioeconômico e cultural da população, seriam de grande impacto nas condições de saúde da população.

Conclusão

Em relação ao índice de massa corporal, a média obtida mostra maior incidência de obesidade grau II. Ao questionar quanto à presença de co-morbidades nas mulheres participantes do estudo, verificou-se que a hipertensão arterial sistêmica esteve presente em 70,8% das mulheres, seguida pela incontinência urinária em 37,5%, artrose em 20,8%, doenças cardiovasculares e *diabetes mellitus* em 16,6%; depressão e doença respiratória foram relatadas por 8,3% das mulheres e nenhuma das participantes referiu a presença de osteoporose.

Ao associar a obesidade com doenças e/ou co-morbidades, observou-se que, com o aumento do grau de obesidade, maior também foi a freqüência de hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus*, doença cardiovascular e incontinência urinária, mostrando que essas co-morbidades se associam com a obesidade, o que não aconteceu para a artrose, doença respiratória e depressão.

Ao verificar a presença de desconforto musculoesquelético em alguma parte do corpo, a dor foi referida por 67% das participantes do estudo, ao passo que 33% das mulheres não apresentaram dor.

Ao identificar os locais de desconforto musculoesquelético, o local de maior queixa de dor foi na coluna lombar, com 43,7%, seguido de queixas localizadas no joelho, com 40,6%; dor no tornozelo/pé esteve presente em 28,1%; dor no ombro, em 28,1% e a dor no quadril foi representada por 21,8% das queixas.

Quanto à intensidade da dor referida pelas mulheres com presença de dor, a maior frequência foi a dor leve, citada por 50% das mulheres, seguida de dor intensa em 25%, dor moderada em 18,7% e dor insuportável em 6,2%.

Ao associar os principais locais de desconforto musculoesquelético com o grau de obesidade, observou-se que com o aumento do grau de obesidade também ocorreu uma frequência crescente da presença de dor na coluna lombar, no joelho e no tornozelo/pé. Assim, este estudo mostrou que tanto a dor lombar como a do joelho e tornozelo/pé estão associadas com o grau de obesidade.

Abstract

The relationship between obesity and overweight with musculoskeletal discomforts in postmenopausal women

The purpose of the current study was to investigate the relationship between overweight and obesity with the discomforts

in postmenopausal women. The sample consisted in 48 women, 50 to 65 years old, mean age of 58,39 ($\pm 3,63$) years, obese, living in the area of the Family Health Service of Luiz Fogliatto in the town of Ijuí-RS. This research is a cross-sectional, descriptive and analytical survey. The used instruments were: interview, Body Mass Index (BMI), valuation of the musculoskeletal discomforts through a human body diagram and its intensity through a verbal valuation scale. The results were: the BMI mean value was 33,18 ($\pm 3,97$) kg/m², showing a higher grade II obesity in 37,5% of the women. The systemic arterial hypertension was the most frequent comorbidity with 70,8%. It was observed that comorbidities like systemic arterial hypertension, diabetes mellitus, cardiovascular diseases and urinary incontinence are associated with obesity. The discomfort of the skeleton-muscles was present in 67% of the studied women. Pain in the lumbar region is the most frequent complaint with 43,7%. The intensity of the pain was reported like mild pain by 50% of the women, intense pain by 25%, moderate pain appeared in 18,7% of the women and severe pain in 6,2% of them. The study concludes that there is relationship between overweight and obesity with the musculoskeletal discomforts.

Key words: Obesity. Postmenopausal. Musculoskeletal discomforts.

Referências

CABRAL, P. C. *Homem, mulher e estado nutricional: um estudo em casais do Nordeste brasileiro*. Dissertação (Mestrado em Nutrição) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1994.

DEYO, R. A.; BASS, J. E. Lifestyle and low-back pain: The influence of smoking and obesity. *Spine*, v. 14, n. 5, p. 501-506, 1989.

FRANCISCHI, R. et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 13, n. 1, p. 1-21, jan/abr. 2000.

GIGANTE, D. P. et al. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 236-246, jun. 1997.

GUS, M. et. al. Associação entre diferentes indicadores de obesidade e prevalência de hipertensão arterial. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, São Paulo, v. 70, n. 2, p. 111-114, 1998.

KRUMMEL, D. Nutrição na hipertensão. In: MAHAN, L. K.; ARLIN, M. T. *Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia*. 9 ed. São Paulo: Roca, 1998. p. 569-581.

LINS, T. Y. et al. Avaliação funcional do doente com dor crônica. *Revista de Medicina*, São Paulo, 80 (ed. esp. pt.2), p. 443-473, 2001. Disponível em: <http://www.revistademedicina.com.br/Artigos/80s_27.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2006.

NAHAS, M. V. *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. Londrina: Miograf, 2001.

NORTE, H. Nova técnica cura incontinência urinária em 90% das mulheres. *Jornal de Notícias*, 25 out. 2006. Disponível em: <http://jn.sapo.pt/2006/10/25/sociedade_e_vida/nova_tecnica_cura_incontinencia_urin.html> acesso em: 30 out. 2006.

OBESIDADE e articulações. *Revista de Atualização Médica*, Presse Med., v. 32, n. 15, p. 689-695, apr 26 2003. Disponível em: <<http://ram.com.br/materia.asp?id=318>>. Acesso em: 10 nov. 2006.

OLIVEIRA, A. O.; MANCINI FILHO, J. Perfil nutricional e lipídico de mulheres na pós-menopausa com doença arterial coronariana. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, São Paulo, v. 84, n. 4, abr. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Instrumento de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) 1998. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>>. Acesso em: 10 jul. 2006.

PERLINI, N. M. G. *Cuidar de pessoas incapacitadas por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador*. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000.

QUEIROGA, M. R. *Influência de fatores individuais na incidência de dor músculo-esquelética em motoristas de ônibus da cidade de Londrina - PR*. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

RADOMINSKI, S. C. Obesidade e doenças músculo-esqueléticas. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 38, n. 5, p. 275-278, set./out. 1998. Disponível em: <<http://www.revbrasreumatol.com.br/pdf/380505.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2006.

SICHERI, A. P. M. L. R. Influência da menopausa no índice de massa corporal. *Arq Bras Endocrinol Metab.*, São Paulo, v. 45, n. 3, jun. 2001.

SOUZA, C. E. C. Incontinência urinária. *Saúde e Movimento*, 19/05/2003. Disponível em: <http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exib1.asp?cod_noticia=1036>. Acesso em: 30 out. 2006.

Endereço

Evelise Moraes Berlezi
Rua do Comércio, 3000; CP 560
CEP 98700 000
Ijuí - RS
E-mail: evelise@unijui.edu.br