



**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA**

HELOIZA MARIA PEREIRA DE MACÊDO

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS ÁLGICOS EM OBESOS

CAMPINA GRANDE

2015

HELOIZA MARIA PEREIRA DE MACÊDO

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS ÁLGICOS EM OBESOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia. Orientador (a): Prof^a Esp. Alba Lúcia da Silva Ribeiro

CAMPINA GRANDE

2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

M141p Macêdo, Heloiza Maria Pereira de.
Prevalência de sintomas algícos em obesos. [manuscrito] /
Heloiza Maria Pereira de Macêdo. - 2015.
20 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia)
- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas
e da Saúde, 2015.
"Orientação: Profa. Esp. Alba Lúcia da Silva Ribeiro,
Departamento de Fisioterapia".

1. Obesidade. 2. Sistema musculoesquelético. 3. Dor. I.
Título.

21. ed. CDD 616.398

HELOIZA MARIA PEREIRA DE MACÊDO

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS ÁLGICOS EM OBESOS

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Fisioterapia da Universidade Estadual da
Paraíba (UEPB), em cumprimento à
exigência para obtenção do grau de
Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em 08/06/2015



Prof.ª Esp. Alba Lúcia da Silva Ribeiro/ UEPB

Orientadora



Prof. Ms. João Paulo Campos de Souza/ UEPB

Examinador



Prof.ª Dr.ª Vitória Regina Quirino de Araújo/ UEPB

Examinadora

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS ÁLGICOS EM OBESOS

MACÊDO, Heloiza Maria Pereira de¹; RIBEIRO, Alba Lúcia da Silva²

RESUMO

A obesidade é um dos problemas mais importantes que a Saúde Pública enfrenta hoje no Brasil e em outros países do mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que, atualmente, nos países desenvolvidos, essa seja o principal problema de saúde a enfrentar. Ela traz grandes repercussões para a saúde, atingindo vários sistemas e sendo responsável por uma parcela considerável de agravos de patologias ou de surgimentos de outras. Dentre essas, podem-se encontrar aquelas relacionadas ao sistema musculoesquelético. O Objetivo desse trabalho foi identificar a prevalência de sintomas algícos em obesos. Trata-se de um estudo do tipo transversal, descritivo com abordagem quantitativa, realizado no conjunto Serra da Borborema – Campina Grande/PB, em abril de 2015, com amostra do tipo probabilística, composta por 28 indivíduos (sexo masculino e feminino), com IMC ≥ 30 . Através da aplicação de um questionário sociodemográfico e do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares. Os dados numéricos foram analisados através da estatística descritiva (média e desvio-padrão), utilizando-se da planilha eletrônica *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 18.0 para Windows. Foi possível observar que no quesito relacionado à presença anual e semanal de sintomas osteomusculares verificou-se ocorrência desses, principalmente, na região lombar (67,9%), tornozelos/pés (67,9%) e punhos/mãos/dedos (60,7%). No aspecto de incapacidade em exercer atividades normais em decorrência de algum problema osteomuscular, 21,4% disse que foi incapacitado por queixas nos ombros, tornozelos/pés, 14,3% por queixas na região lombar, quadris/coxas, joelhos, 7,1% pescoço, punhos/mãos/dedos, região dorsal e apenas 3,6% no cotovelo e antebraço. Ao analisar os dados dessa pesquisa observamos que sintomas osteomusculares como dor, desconforto ou dormência são reais na vida de muitos obesos, independente do grau de obesidade em que ele se encontra. As áreas mais acometidas foram punhos/mãos/dedos, coluna vertebral (região lombar), tornozelos e pés. Foi evidenciado através deste trabalho que há ocorrência de sintomas algícos em obesos.

Palavras-chave: Obesidade; Sistema musculoesquelético; Dor.

¹heloizampmacedo@gmail.com. Acadêmica de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

²albauepb@hotmail.com. Professora Esp. da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
2	REFERENCIAL TEÓRICO	6
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	7
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	8
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
	REFERÊNCIAS	18

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica, multifatorial e pode ser considerada epidêmica. Está relacionada com uma alta taxa de morbidade e mortalidade. Caracteriza-se por excesso absoluto ou relativo de gordura corporal, consequente de um desequilíbrio do aporte metabólico (RIBEIRO; MOISÉS, 2006).

Existe uma diferença básica entre obesidade e excesso de peso. Na obesidade o peso corporal como um todo excede a determinados limites e no segundo caso é a condição na qual apenas a quantidade de gordura corporal ultrapassa os limites desejados. Há situações em que os indivíduos podem ser considerados pesados e não gordos pelo desenvolvimento muscular e ósseo (massa magra) e não pelo excesso de gorduras, não comprometendo seu estado de saúde. Há outras situações em que indivíduos com menor peso corporal possuem uma certa quantidade de gordura que comprometem o estado de saúde devido à deficiência muscular e óssea (GUEDES e GUEDES, 1995).

A obesidade está relacionada a várias doenças cardiovasculares e metabólicas e a maioria das pesquisas têm voltado sua atenção apenas para esta associação (GIULIANO et al, 2005). Porém, além de estar relacionada a essas alterações e patologias, ela também tem sido relacionada com complicações ortopédicas e sintomas álgicos. O excesso de peso afeta praticamente todo o organismo, podendo levar a inúmeras complicações, entre elas, as doenças ortopédicas degenerativas (FAINTUCH; RIBEIRO JÚNIOR; RODRIGUES, 2005).

Estudos mostram que o índice de obesidade tem aumentado a cada ano, tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento e que ela traz consigo vários agravos à saúde, como: doenças articulares, alterações posturais e no equilíbrio corporal, maior incidência de mortes prematuras e doenças debilitantes que comprometem a qualidade de vida destes indivíduos. Essas patologias geralmente apresentam-se com quadros álgicos, por isso a importância de avaliar a prevalência de sintomas álgicos em obesos (RASIA; BERLEZI; BIGOLIN; SCHNEIDER, 2007; COSTA; IVO; CANTERO; TOGNINI, 2009; RODOMINSKI, 1998).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define obesidade como o acúmulo de gordura anormal ou excessiva que ocasiona prejuízos à saúde (WHO – World Health Organization, 1995). A obesidade é cogitada atualmente como um dos problemas mais críticos em saúde pública, tanto na vida adulta, quanto na infância e adolescência sendo considerada uma epidemia mundial, apelidada de “globesidade”, pela Organização Mundial de Saúde (TABITANA et al. 2011). Dados da OMS assinalam que em 2005 havia em todo o mundo aproximadamente 1,6 bilhões de adultos e 20 milhões de menores de cinco anos com sobrepeso, além de pelo menos 400 milhões de adultos obesos. A mesma Organização calcula que em 2015 haverá aproximadamente 2,3 bilhões de adultos com sobrepeso e mais de 700 milhões com obesidade (OMS, 2007).

Um dos medidores de quantidade de gordura corporal é o Índice de Massa Corporal (IMC) correspondendo a peso (em quilogramas), dividido por (altura em metros) ao quadrado. Utilizando este cálculo a OMS classifica como obeso o indivíduo que apresenta IMC acima de 30 Kg/m², subdividindo a obesidade em graus I, II e III quando o índice apresenta-se entre 30 e 34,9 Kg/m², 35 e 39,9 Kg/m² e acima de 40 Kg/m² respectivamente (FANDIÑO, 2004).

O excesso de peso afeta praticamente todo o organismo, podendo levar a inúmeras complicações, tais como: complicações cardiovasculares, alterações musculoesqueléticas que respondem pelo segundo montante de gastos totais com pacientes obesos, doenças ortopédicas degenerativas. As alterações osteoarticulares decorrentes do excesso de massa corporal provocam diminuição da estabilidade e aumento das necessidades mecânicas de adaptação corporal, sendo que as principais alterações posturais ocorrem devido à compensação pró-equilíbrio (CAMPOS; SILVA; ANHESIM, 2005; FAINTUCH; RIBEIRO JUNIOR; RODRIGUES, 2005; RADOMINSKI, 1998).

A distribuição da gordura corporal, central ou periférica, interfere diretamente no alinhamento corporal do paciente obeso, promovendo uma sobrecarga e predispondo ao aparecimento de desvios posturais. Grande parte dessa sobrecarga ocorre nos membros inferiores, sendo o joelho o mais envolvido. Outra parte do corpo que sofre bastante com a obesidade é a coluna vertebral seja por sobrecarga, por possível hipotrofia muscular ou até mesmo estiramento excessivo das estruturas articulares

internas durante os movimentos globais do corpo. Na coluna, a principal região que sofre com o aumento do peso e de posturas inadequadas é a região lombar (HEBERT; KOPPENHAVER; MAGEL; FRITZ, 2010; FISBERG, 2005; PONDOFE, 2006).

Dentre as manifestações clínicas que podem ser observadas em pessoas com sobrepeso e obesidade estão a doença de Blount, valgismo de joelho, artroses, diminuição da amplitude da caixa torácica e sintomas álgicos (BUSSE, 2004). A maioria dessas disfunções osteomioarticulares que aparecem são fáceis de serem percebidas, pois provocam mudanças na postura, alinhamento ou posicionamento corporal. Porém, quando se trata de sintomas dolorosos há dificuldade na mensuração, em função da subjetividade e particularidade da sensação dolorosa para cada indivíduo (PEREIRA; SOUSA, 1998).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Tratou-se de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa. Realizado no conjunto Serra da Borborema – Campina Grande/PB, na recepção da Unidade Básica de Saúde e nas casas dos usuários da UBSF, em abril de 2015. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CEP-UEPB) sob o número 43174214.1.0000.5187. Foram respeitados aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos, conforme preconiza a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS. A amostra foi do tipo probabilística, sendo composta por indivíduos de ambos os sexos, com IMC ≥ 30 . Foram incluídos no estudo indivíduos com IMC ≥ 30 que aceitaram participar da pesquisa, assinando o TCLE. Foram excluídos indivíduos com IMC < 30 , que se recusaram assinar o TCLE, ou que apresentaram déficit cognitivo.

Foi realizada a solicitação de permissão na Secretaria Municipal de Saúde ao Gerente de Atenção Básica em Saúde. Os integrantes da pesquisa foram informados sobre o tema e os objetivos da mesma e após a aceitação em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a concordância com os termos propostos foram aplicados os instrumentos de coleta de dados. Realizada através da aplicação de um questionário sociodemográfico e do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO). Este apresenta uma figura do corpo humano que identifica as dez regiões corporais consideradas durante o

seu preenchimento (PESCOÇO, Ombros, Cotovelo, Antebraço, Punho/Mãos/Dedos, Região Dorsal, Região Lombar, Quadris/Coxas, Joelhos, Tornozelos/Pés). As perguntas utilizadas referem-se à presença de dor, desconforto ou dormência nestas regiões nos últimos 12 meses e nos últimos sete dias, e a necessidade de evitar atividades laborais normais em função desses sintomas nos últimos doze meses. O indivíduo responde cada uma das 30 questões conforme sua sintomatologia, assinalando uma das alternativas disponíveis em cada pergunta (PINHEIRO et al., 2002).

Os dados numéricos foram analisados através da estatística descritiva (média e desvio-padrão), utilizando-se da planilha eletrônica *StatisticalPackage for the Social Sciences*(SPSS) 18.0 para Windows.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização da amostra

Participaram do estudo 28 indivíduos, destes, 83,3% eram do sexo feminino (n=25) e 10,7% do sexo masculino (n=3). As idades variaram entre 29 e 66 anos e a média de idade e desvio padrão da amostra foi de 46,32 + 11,03 anos, conforme apresenta a Tabela 1.

A média de Índice da Massa Corporal foi de 35,26Kg/m², sendo o desvio padrão de 3,21Kg/m². Na classificação do peso segundo a OMS, os participantes se enquadraram em três graus de obesidade, obesidade grau I 42,9% (n=12), obesidade grau II 50% (n=14) e obesidade grau III 7,1% (n=2), conforme aponta a Tabela 2.

Considerando-se a profissão/ocupação observou-se que a maioria é do lar, 35,7% (n=10). Com relação ao estado civil, a maioria dos entrevistados afirmou ser casado (a), 60,75% (n=17).

Tabela 1. Distribuição dos dados sociodemográficos

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	3	10,7
Feminino	25	89,3
Faixa etária		
21-30 anos	1	3,6
31-40 anos	10	35,7
41-50 anos	6	21,4
51-60 anos	8	28,6
>60 anos	3	10,7
Estado civil		
Solteiro (a)	7	25
Casado (a)	17	60,7
Divorciado(a)	1	3,6
Viúvo (a)	3	10,7
Total*	28	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2015

*Número válido para o total das frequências e n (%) das variáveis.

Com relação ao sexo, o feminino representa a predominância na amostra pesquisada (83,3%), o que corrobora com os estudos de CABERLON (2013) que realizou um estudo em Porto Alegre/RS sobre a influência da dor osteomuscular nas atividades laborais em obesos e verificou que 74,7% dos entrevistados eram do sexo feminino e de KRELING (2006) que ao realizar estudo sobre a prevalência de dor em adultos descreveu que mesmo sem obter diferença estatisticamente entre os sexos a frequência nas mulheres é invariavelmente maior. A média de idade e desvio padrão da amostra foi de 46,32 + 11,03 anos um pouco acima da média dos estudos de FARIA (2002) que encontrou 36 + 10,9; e de PORTO (2002), cujo resultado foi 37 + 10.

Tabela 2. Distribuição da Classificação de peso segundo a OMS

Classificação de peso	n	%
Obesidade grau I (30-34,9 Kg/m ²)*	12	42,9
Obesidade grau II (35-39,9 Kg/m ²)*	14	50
Obesidade grau III (≥ 40Kg/m ²)*	2	7,1
Total	28	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2015

*Referência de peso em adultos de acordo com o IMC, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 2013.

Os resultados obtidos na pesquisa mostram que a média do IMC da amostra foi 35,26 (\pm 3,21) kg/m², com predominância de obesidade grau II (50% dos entrevistados), o que corrobora com o estudo de RASIA (2007) em Ijuí/RS, o qual obteve IMC com média de 33,18 (\pm 3,97) kg/m² e predominância de obesidade grau II (37,5% dos entrevistados).

4.2 Caracterização da prática de atividade física

O aumento da obesidade está ligado em parte ao sedentarismo, que é realidade de muitos obesos. A prática regular de exercícios físicos acompanha-se de benefícios que se manifestam sob todos os aspectos do organismo. Nesse estudo constatou-se que 60,7% não praticam atividade física, o que juntamente com hábitos alimentares incorretos traz malefícios à saúde. Estes dados estão relatados na tabela 3, a seguir.

Tabela 3. Distribuição da caracterização da prática de atividade física

Variáveis	N	%
Prática de atividade física		
Sim	11	39,3
Não	17	60,7
Frequência da prática		
5 vezes por semana	9	81,8
3 vezes por semana	1	9,1
2 vezes por semana	1	9,1
Tipo de atividade física		
Caminhada	9	81,8
Hidroginástica	1	9,1
Musculação	1	9,1

Fonte: Dados da pesquisa, 2015

Em uma pesquisa realizada por FREITAS et al (1998) com o título de Perfil das mulheres obesas que procuram o programa de atividade física da Escola de Educação Física e Esporte, os dados encontrados demonstraram a alta incidência de sedentarismo na população obesa (80% das participantes não praticavam qualquer atividade física) corroborando com o estudo aqui realizado no qual 60,7% dos entrevistados afirmaram não realizar atividade física. Também está de acordo com dados divulgados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, que aponta que 80% da população adulta é sedentária e que 52% dos adultos brasileiros estão acima do peso, sendo 11% obesos, o que explica o aumento da morbidade e mortalidade, já que a obesidade é fator de risco para várias doenças crônicas não transmissíveis.

4.3 Presença de patologia(s) crônica(s) associada(s) à Obesidade

Grande parte da população obesa apresenta outras patologias crônicas associadas, dentre elas: Hipertensão, Diabetes e também o Hipotireoidismo. Estudos mostram que a perda de peso leva à melhora dessas doenças, reduzindo os fatores de risco e a mortalidade. Nesta pesquisa os entrevistados citaram com maior frequência as

patologias supracitadas, com maior incidência para hipertensão (60,7%). Estes dados estão relatados na tabela 4, a seguir.

Tabela 4. Presença de patologia(s) crônica(s) associada(s)

Variáveis	n	%
Hipertensão		
Sim	17	60,7
Não	11	39,3
Diabetes		
Sim	7	25
Não	21	75
Hipotireoidismo		
Sim	4	14,3
Não	24	85,7
Total	28	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2015

A grande prevalência de hipertensos nesse estudo (60,7%) está de acordo com dados encontrados na literatura. Segundo ROSENFELD; SHOHAT (1983) a presença de obesidade entre indivíduos hipertensos é consideravelmente maior quando comparada aos normotensos. Analisando-se sob o ângulo da obesidade, a literatura reporta aumentos de três a oito vezes na frequência de HA entre os obesos. No estudo de Framingham, 70% dos casos de Hipertensão arterial em homens e 61% nas mulheres puderam ser atribuídos diretamente ao excesso de adiposidade. Estimou-se que para cada quilograma de peso adquirido pelos participantes, a pressão arterial sistólica se elevava em 1 mmHg (HUBERT, 1983).

4.4 Presença de sintomas osteomusculares de acordo com o QNSO

Considerando os últimos 12 meses os indivíduos afirmaram ter sentido dor, desconforto ou dormência no pescoço 35,7%, nos ombros 57,1% (sendo 32,1% bilateral), nos cotovelos 25,1% (sendo 17,9% bilateral), nos antebraços 28,6% (sendo 25% bilateral), nos punhos/mãos/dedos 60,7% (sendo 50% bilateral), na coluna dorsal 50%, na coluna lombar 67,9%, nos quadris 35,7%, nos joelhos 53,6% e nos pés 67,9%. Os dados estão representados na tabela 5.

Tabela 5. Presença de dor, desconforto ou dormência nos últimos 12 meses

Região	Sentiu dor	Somente D	Somente E	Bilateral
Pescoço	35,7%	-	-	-
Ombros	57,1%	14,3%	10,7%	32,1%
Cotovelo	25,1%	3,6%	3,6%	17,9%
Antebraço	28,6%	0%	3,6%	25%
Punhos/Mãos/Dedos	60,7%	7,1%	3,6%	50%
Região dorsal	50%	-	-	-
Região lombar	67,9%	-	-	-
Quadril e/ou Coxas	35,7%	-	-	-
Joelhos	53,6%	-	-	-
Tornozelos e/ou pés	67,9%	-	-	-

Fonte: Dados da pesquisa, 2015

Considerando os últimos 7 dias os indivíduos afirmaram ter sentido dor, desconforto ou dormência no pescoço 35,7%, nos ombros 57,1% (sendo 35,7% bilateral), nos cotovelos 25,1% (sendo 17,9% bilateral), nos antebraços 28,6% (sendo 25% bilateral), nos punhos/mãos/dedos 60,7% (sendo 50% bilateral), na coluna dorsal 50%, na coluna lombar 67,9%, nos quadris 35,7%, nos joelhos 53,6% e nos pés 67,9%. Os dados estão representados na tabela 6.

Tabela 6. Presença de dor, desconforto ou dormência nos últimos 7 dias

Região	Sentiu dor	Somente D	Somente E	Bilateral
Pescoço	35,7%	-	-	-
Ombros	57,1%	14,3%	7,1%	35,7%
Cotovelo	25,1%	3,6%	3,6%	17,9%
Antebraço	28,6%	0%	3,6%	25%
Punhos/Mãos/Dedos	60,7%	7,1%	3,6%	50%
Região dorsal	50%	-	-	-
Região lombar	67,9%	-	-	-
Quadril e/ou Coxas	35,7%	-	-	-
Joelhos	53,6%	-	-	-
Tornozelos e/ou pés	67,9%	-	-	-

Fonte: Dados da pesquisa, 2015

No tocante à ocorrência anual e semanal de sintomas osteomusculares verificou-se a presença desses, principalmente, na região lombar (67,9%), tornozelos/pés (67,9%) e punhos/mãos/dedos (60,7%). Os valores encontrados estão de acordo com um estudo realizado por MELO (2012) onde se avaliou dor musculoesquelética em membros inferiores de paciente obesos e foi mostrado que a frequência de dor musculoesquelética chegou a 63,6% no tornozelo e pé. Outro estudo realizado por RASIA e cols. (2007) e relacionando o sobrepeso e obesidade com desconfortos musculoesqueléticos de mulheres foi verificada 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.

Considerando a necessidade de evitar atividades normais por causa de algum tipo de problema segue a porcentagem de cada região. Pescoço 7,1%, ombros 21,4%, cotovelo 3,6%, antebraço 3,6%, punhos/mãos/dedos 7,1%, região dorsal 7,1%, região lombar 14,3%, quadris/coxas 14,3%, joelhos 14,3% e tornozelos/pés 21,4%, conforme Tabela 7.

Tabela 7. Necessidade de evitar atividades normais por causa de algum tipo de problema

Região	Sim	Não
Pescoço	7,1%	92,9%
Ombros	21,4%	78,6%
Cotovelo	3,6%	96,4%
Antebraço	3,6%	96,4%
Punhos/Mãos/Dedos	7,1%	92,9%
Região dorsal	7,1%	92,9%
Região lombar	14,3%	85,7%
Quadris e/ou Coxas	14,3%	85,7%
Joelhos	14,3%	85,7%
Tornozelos e/ou pés	21,4%	78,6%

Fonte: Dados da pesquisa, 2015

Analisando as respostas encontradas através do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares pode-se observar que tanto nos últimos 12 meses quanto nos últimos 7 dias as regiões que mais tiveram relato de dor, desconforto ou dormência foram a região lombar, os tornozelos/pés com 67,9%, respectivamente, seguidos de punhos/mãos/dedos (60,7%). No que diz respeito à necessidade de afastamento das atividades normais por causas álgicas as regiões mais citadas foram ombros e tornozelos/pés com 21,4% cada região.

No aspecto de incapacidade em exercer atividades normais em decorrência de algum problema osteomuscular, a maior ocorrência foi em 21,4% dos entrevistados que informaram incapacidades por queixas nos ombros. As regiões tornozelos/pés, região lombar, quadris/coxas, joelhos, pescoço, punhos/mãos/dedos, região dorsal, cotovelo e antebraço apresentaram percentuais variados. Diferente do estudo de RASIA e cols. (2007) que ao analisar a interferência da dor nas atividades diárias (domésticas, ocupacionais e lazer), verificou que a dor e desconforto musculoesquelético interferiram

acentuadamente nas atividades domésticas, fato relatado por 53,1% das mulheres. A justificativa para esses números pode ser em consequência, da impossibilidade dos entrevistados se afastarem do seu posto de trabalho, apesar de relatarem queixas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento do peso é realidade de todas as faixas etárias e ocorre em todo o mundo. Por algum tempo estudou-se as possíveis complicações, patologias, comorbidades decorrentes da obesidade, porém com enfoque nas doenças de cunho cardiovascular e pulmonar. Ao longo dos anos, houve a necessidade de aprimorar os estudos acerca dessa condição multifatorial e foi observado que outros sistemas são atingidos pela mesma. Um desses sistemas é o musculoesquelético, que a cada estudo vem mostrando que sofre alterações ou disfunções por causa do excesso de peso.

Ao analisar os dados dessa pesquisa concluímos que sintomas osteomusculares como dor, desconforto ou dormência são reais na vida de muitos obesos, independente do grau de obesidade em que se encontram. As áreas mais acometidas são punhos/mãos/dedos, coluna (região lombar) e tornozelos/pés. As demais áreas também apresentaram sintomas, porém com menores valores percentuais. Com relação à coluna vertebral e membros inferiores a justificativa para o quadro álgico pode ser a sobrecarga devido ao excesso de peso corporal. Já em relação aos membros superiores a possível justificativa é a carga diária de atividades que exigem movimentos repetidos e muitas vezes realizados de maneira incorreta.

Este estudo tornou possível a identificação da prevalência de sintomas álgicos em obesos. Porém, foram encontradas algumas dificuldades na realização do trabalho, como por exemplo, a escassez de literatura relacionando a obesidade com dor. Contudo, o benefício proporcionado pela pesquisa foi a identificação das condições osteomusculares às quais as pessoas obesas estão expostas, sendo susceptíveis a quadro álgicos. Sugere-se a realização de estudos com metodologias diferenciadas em relação à obesidade e sintomas álgicos beneficiando o maior número de pessoas obesas através da identificação de fatores como os sintomas osteomusculares que podem comprometer a funcionalidade e a qualidade de vida das pessoas obesas.

PREVALENCE OF ALGIC SYMPTOMS IN OBESE PEOPLE

MACÊDO, Heloiza Maria Pereira de¹; RIBEIRO, Alba Lúcia da Silva²

ABSTRACT

Around the world several problems are identified in Public health, being obesity often observed. The World Health Organization (WHO) says, nowadays, in developed countries, obesity is a major health problem to solve. Obesity can aggravate or induce the appearance of diseases, by affecting several systems, bringing negative effects to human health. Among these, musculoskeletal diseases can be highlighted. The aim of this work was to identify the prevalence of algic symptoms in obese individuals. This study was carried out in a transversal and descriptive with quantitative approach research, held in Campina Grande, PB, Brazil, Serra da Borborema district at April 2015. The samples were carried out in probabilistic manner, with 28 individuals, male and female, with a BMI (body mass index) over 30. Analyses were performed with application of socio-demographic questionnaire and Nordic Musculoskeletal Questionnaire. Numerical data were analyzed by descriptive statistics (average and standard deviation), using electronic worksheet Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 18.0 for Windows. Presence of annual and biannual musculoskeletal symptoms pointed occurrence in lower back (lumber region) (67.9%), ankle / foot (67.9%) and wrists / hands / fingers (60.7%). Regarding the inability to perform normal activities for any musculoskeletal problem, 21.4% demonstrated inability by pains in shoulders, wrists / hands / fingers, 14.3% for lumber pain, hips / thighs, knees, 7.1% neck, wrists / hands / fingers, dorsal region and only 3.6% in the elbow and forearm. This research data supply information that enables the conclusion that musculoskeletal symptoms such as pain, discomfort or numbness exist in obese individuals, regardless of the degree of obesity in each one present. Most affected areas are shoulders, wrists / hands / fingers, spine (dorsal and lumbar), knees, ankles and feet. Through this work was shown that exist algic symptoms in obese individuals.

Key-Words: Obesity; Musculoskeletal system; Pain.

REFERÊNCIAS

- BUSSE, S.R. **Anorexia, bulimia e obesidade**. Barueri: Manole, 366 p., 2004.
- CABERLON, C F. Influência da dor osteomuscular nas atividades laborais em obesos. Dissertação de mestrado, Porto Alegre, 2013.
- CAMPOS, F.S., SILVA, A.S., ANHESIM, G.A. Alterações posturais e abordagem fisioterapêutica em crianças e adolescentes obesos. In: Fisberg M. **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. 2a ed. revista e atual. São Paulo: Atheneu; 2005.
- COSTA, A.C.C., IVO, M.L., CANTERO, W.B., TOGNINI, J.R.F. Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. **Acta Paul Enferm** ;22(1):55-9, 2009.
- FAINTUCH, J., RIBEIRO JÚNIOR, N., RODRIGUES, J.G. Epidemiologia e comorbidades da obesidade. **Rev Bras Nutr Clín**. 20(1):16-9, 2005.
- FANDIÑO, J., BENCHIMOL, A.K., COUTINHO, W.F. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**. 26(1):47-51, 2004.
- FARIA, O. P. et al. Obesos mórbidos tratados com gastroplastia redutora com bypass gástrico em Y de Roux: análise de 160 pacientes. **Brasília Med**, Brasília, v. 39, p. 26-34, 2002.
- FISBERG, M. **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2005.
- FREITAS CS, Klopfer M, VIEIRA P, FRANCISCHI R, SANTOS R, PEREIRA L, et al. Perfil das mulheres obesas que procuraram programa de atividade física da Escola de Educação Física e Esporte. In: **V Congresso de Iniciação Científica e III Simpósio de Pós Graduação da Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo**, São Paulo, 1998:87-8.
- GIULIANO, I.C., COUTINHO, M.S., FREITAS, S.F., PIRES, M.M., ZUNINO, J.N., RIBEIRO, R.Q. Serum lipids in school kids and adolescents from Florianópolis, SC, Brazil: Healthy Floripa 2040 study. **Arq Bras Cardiol** 85(2): 85-91, 2005.
- GUEDES, D. P. & GUEDES, J. E. R. P. **Prescrição e orientação da atividade física direcionada à promoção de saúde**. Londrina: Miograf, 1995.
- HEBERT, J.J., KOPPENHAVER, S.L., MAGEL, J.S., FRITZ, J.M. The relationship of transversus abdominis and lumbar multifidus activation and prognostic factors for clinical success with a stabilization exercise program: a cross-sectional study. **Arch Phys Med Rehabil**. 91(1):78-85, 2010.
- HUBERT HB, FEINLEIB M, MCNAMARA PT, CASTELLWP. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: 26-year follow-up of participants of the Framingham Heart Study. **Circulation** 1983;67:968-77.
- KRELING, M. C. G. D.; CRUZ, D. A. L. M. da.; PIMENTA, C. A. M. Prevalência de dor crônica em adultos. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 4, p. 509-513, jul/ago. 2006.

MELO, I T, ASÃO-PEDRO, M. Dor musculoesquelética em membros inferiores de pacientes obesos antes e depois da cirurgia bariátrica. **ABCD arq. bras. cir. dig**;25(1):29-32, jan.-mar. 2012

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Curvas de crescimento Para crianças a partir dos 5 anos eadolescentes (OMS 2007)**. OMS, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Índice de massa corporal**. OMS, 2013.

PEREIRA, L. V.; SOUSA, F. A. E. F. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 3, p. 77-84, jul. 1998.

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

PONDOFE, K.M., ANDRADE, M.C.C., DE MEYER, P.F., SILVA, E.M. Relação entre força abdominal, abdome protuso e ângulo lombossacral em mulheres jovens. **Fisioter Mov.** 19(4):99-104, 2006.

PORTO, M. C. V. et al. Perfil do Obeso Classe III do Ambulatório de Obesidade de Um Hospital Universitário de Salvador, Bahia. **ArqBrasEndocrinolMetab**, v. 46, n. 6, p. 668-673, dez. 2002.

RADOMINSKI, S.C. Obesidade e doenças músculo-esqueléticas. **Revista Brasileira de Reumatologia**. 38(5)275-8, 1998.

RASIA, J., BERLEZI, E.M., BIGOLIN, S.E., SCHNEIDER, R.H. A relação do sobrepeso e obesidade com desconfortos musculoesqueléticos de mulheres pós-menopausa. **Rev. Bras. de Ciên. doEnvelh. Hum.**; 4(1):28-38, 2007.

RIBEIRO, M.R.F., MOISÉS, R.S. Obesidade: como diagnosticar e tratar. **Rev Bras Med.**;63: 143-52, 2006.

ROSENFELD J, SHOHAT J. Obesity and hypertension. In: Mild hypertension: recentadvances. Gross F, Strasser T, eds. New York,Raven Press, 1983; p.197-208.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. Exercício anti-sedentarismo/obesidade. <http://www.cardiol.br/funco/epide/exerc.htm> (acessado em 29/Mai/2015).

TABITANA, A.S., SILVA, B.C., MATTOS, L.H.N., CAMILO, F.C.S.M., MIYASAKI, C.T., SOUZA, T.F.Q. **Análise do arco plantarem crianças obesas e crianças eutróficas**. FaculdadesIntegradas de Santa Fé do Sul-SP, 2011.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION .**Obesity**: World Health Organization. Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Reportof a WHOexpertcommittee. Geneva, 1995.