

ASSOCIAÇÃO DE ARTRITE REUMATOIDE E DESCONFORTOS MUSCULOESQUELÉTICOS EM MULHERES NA PÓS-MENOPAUSA

Eliane Aparecida Foletto Kroth¹
Rosecler Riethmuller Franco²
Evelise Moraes Berlezz³
Elvio Bertolo⁴

Resumo

Este estudo teve por objetivo identificar a presença de artrite reumatoide (AR) em um grupo de mulheres pós-menopausa e sua associação com desconfortos musculoesqueléticos. A pesquisa é do tipo transversal, prospectiva, descritiva-analítica, do qual participaram 107 mulheres na faixa etária de 50 a 65 anos de idade, com no mínimo um ano de amenorréia, residentes na área urbana do município de Catuípe/RS. As principais variáveis analisadas foram aspectos sociodemográficos, presença de doenças e/ou comorbidades e relato de dor ou desconfortos musculoesqueléticos. As participantes apresentaram média de idade de 57,7(±4,4) anos. O maior percentual da amostra constituiu-se por mulheres casadas (62,7%), com Ensino Fundamental incompleto (71%) e do lar (55,1%). A doença de maior destaque foi a artrite reumatoide, com 24,5%. O Fator Reumático (FR) mostrou-se positivo para 1,9% das participantes e a Proteína C Reativa (PCR) para 8,4% das mulheres. A presença de dor ou desconfortos musculoesqueléticos foi relatada por 79,4% das participantes. A dor interferiu de forma expressiva nas atividades domésticas em 72,2%. Assim, ao realizar a análise estatística pelo teste do qui-quadrado, verificou-se correlação significativa ($p=0,013$) dos desconfortos musculoesqueléticos com os relatos de artrite reumatoide. A presença de AR relatada pelas participantes também apresentou correlação significativa ($p=0,043$) com a interferência da dor nas atividades domésticas. Conclui-se que há correlação entre as dores e/ou desconfortos musculoesqueléticos com os relatos de artrite reumatoide, e que a prevalência de positividade para o fator reumatoide, embora sem diagnóstico clínico, assemelhou-se aos demais resultados encontrados em outros estudos.

Palavras-chave: Pós-menopausa. Artrite Reumatoide. Desconfortos musculoesqueléticos.

Association of Rheumatoid Arthritis and Muscleskulls Uncomfortable in Women in Post-Menopause

Abstract

This study aimed to rheumatoid arthritis (AR) associated with complaints of muscleskulls uncomfortable post-menopause women. The researches the kind of transversal, prospective, descriptive-analytic, in which participated 107 women in the ages of 50 and 65 years old, with at list a year of amenorrhea, leaving in an urban area of the Catuípe town(RS).The main variable analyzed were the features socio-demographic, precense of the sickness or co-morbid and presence of the pain or muscleskulls uncomfortable. The participating presented the ages from 57,7(± 4,4)years. The most of them constituted by marriage women (62,7%) with the incomplete high schoo (71%) and house wives (55%). The sickness of a great prominence was the Rheumatoid Arthritis with 24,5%. The FR showed positive for 1,9% of the participating and PCR to 8,4% of the women. The presence of the pain or muscleskulls uncomfortable was related by 79,4% of them. The pain interferd in a expressive way in the chores in 72,2% of the participating. Statistical analysis found a significant correlation ($p=0,013$) of the muscleskulls uncomfortable with the account. The presence of the AR related by the participating also present a meaning correlation ($p=0,043$) with the interference of the pain in the chores. Conclude that there is a correlation between the pain or muscleskulls uncomfortable with the Rheumatoid Arthritis account and the continuous of the positivity to the Rheumatoid factor, although without a clinic diagnosis, same as the other results found in others studies.

Keywords: Post-menopause. Rheumatoid arthritis. Muscleskulls uncomfortable.

¹ Farmacêutica, acadêmica de Habilitação em Análises Clínicas do Curso de Farmácia da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí.

² Farmacêutica-Bioquímica, especialista em Fitoterapia e Homeopatia, mestranda em Medicina e Ciências da Saúde no Programa de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do RS-PUC, docente do Departamento de Ciências da Saúde da Unijuí. Orientadora do TCC. Endereço: Rua 7 de Setembro, 243/301 Centro, 98700-000, Ijuí/RS. E-mail: rosecler.franco@unijui.edu.br. Fone (55) 3333-1062.

³ Fisioterapeuta, doutora em Gerontologia Biomédica, docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí. Coordenadora do projeto “Estudo Multidimensional de Mulheres Pós-Menopausa do Município de Catuípe/RS – Brasil”. Rua do Comércio, 3000. Bairro Universitário, CEP. 98700-000 Ijuí/RS. Fone para contato: (55) 3332 0460 comercial ou (55) 3333-3883 residencial. Autora correspondente. Email: evelise@unijui.edu.br

⁴ Estudante do curso de Enfermagem da Unijuí, bolsista de Iniciação Científica Pibic/CNPq 2009/2010. Rua do Comércio, 3000. Bairro Universitário. elviobertolo@gmail.com

A longevidade feminina é um aspecto marcante do envelhecimento da população idosa brasileira, que nas últimas décadas vem crescendo de forma acelerada e progressiva. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), o censo demográfico realizado entre os anos de 1991 e 2000 indicou crescimento de 15% na população geral, enquanto que o número de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos aumentou cerca de 35%. Se se confirmarem as estimativas, até o ano de 2025 o Brasil será o sexto país em população idosa, quando haverá em torno de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, com destaque para a população feminina, cuja expectativa de vida é de 72 anos, o que permite prever que elas viverão cerca de um terço ou mais de suas vidas após a menopausa (IBGE, 2000).

O climatério é uma etapa marcante do envelhecimento feminino, caracterizado por hipoestrogenismo progressivo, culminando com a interrupção definitiva dos ciclos menstruais, com a menopausa revelando-se o evento demarcador desta fase (De Lorenzi et al., 2005). O período que precede a menopausa é chamado de pré-menopausa, surgindo normalmente ao redor de 55 a 65 anos de idade (Notelovitz, 1984). E, embora seja um processo fisiológico, a menopausa resulta em profundas modificações no organismo da mulher, que fica mais vulnerável a um conjunto de doenças, as quais podem se manifestar neste momento ou exacerbar seus sintomas (Freitas; Pimenta, 2002).

Constituem-se queixas frequentes de pessoas idosas desconfortos e dores musculoesqueléticas, que podem se manifestar em muitas patologias, por exemplo, na artrose, na gota, na fibromialgia, na osteoporose, na artrite reumatoide, entre outras (Bertoncini; Wallbach, 2004). As artropatias são fatores limitantes da qualidade de vida nesse grupo, sendo a terceira causa mais frequente de invalidez física (Machado, 2002). Dentre estas patologias destaca-se a artrite reumatoide (AR), a qual tem se constituído em importante doença do idoso, uma vez que 40% dos pacientes com artrite reumatoide têm idade superior a 60 anos e muitos envelhecem com a doença (Ling; Flynn; Wigley, 2001). Além disso, a AR também está associada a um aumento da mortalidade, com uma diminuição da expectativa de vida em torno de 3 a 10 anos (Gabriel, 2001).

A artrite reumatoide é uma doença inflamatória crônica, de caráter autoimune e etiologia desconhecida (Louzada-Junior et al., 2007; Skare, 1999). Acomete cerca de 0,5% a 1% dos indivíduos adultos (MacGregor; Silman, 2008). Atinge ambos os sexos, porém afeta mulheres duas a três vezes mais do que homens, e sua prevalência aumenta com a idade, sendo predominante na faixa etária dos 30 aos 50 anos (Fernandes et al., 2008), coincidindo com a época da menopausa.

A doença é caracterizada por poliartrite crônica e simétrica, que leva a deformidades e à destruição das articulações, devido à erosão óssea e da cartilagem (Louzada-Junior et al., 2007). As articulações mais acometidas são os joelhos, tornozelos, pés, mãos, punhos, cotovelos e ombros. Também pode haver comprometimento do quadril, e embora menos frequente, da coluna (Ciconelli, 2004). O quadro clínico pode ter início com sintomas e sinais constitucionais, como fadiga, perda de peso e mal-estar seguidos de dor, calor, rubor e edema em uma ou mais articulações, além de rigidez matinal com duração de pelo menos uma hora (Bertolo et al., 2007).

O diagnóstico da AR é realizado por meio da associação de manifestações clínicas, radiológicas e laboratoriais. Indicando presença de infecção aguda encontra-se elevada a Proteína C Reativa (PCR), enquanto o Fator Reumatoide (FR) está presente em 80% dos pacientes portadores da patologia, sendo o teste clássico para sua triagem (Silva et al., 2003).

Neste contexto, com o aumento da expectativa de vida das mulheres, as questões relacionadas ao seu envelhecimento e qualidade de vida são de grande relevância para a área clínica, epidemiológica e de saúde pública. Sendo a AR uma patologia capaz de provocar dores intensas e deformidades articulares, com conseqüente comprometimento funcional e incapacitação para o trabalho, é de grande importância conhecê-la, preveni-la e identificá-la precocemente, para que possa ser realizado tratamento adequado, evitando conseqüências futuras. Este estudo, portanto, visa a identificar a prevalência de AR em um grupo de mulheres pós-menopausa e sua associação com desconfortos musculoesqueléticos.

Material e Métodos

O estudo realizado é do tipo transversal, prospectivo e descritivo-analítico. Participaram 107 mulheres pós-menopausa, residentes na área urbana do município de Catuípe/RS. A pesquisa ocorreu nos meses de agosto a outubro de 2008, e as mulheres inseridas deveriam ter entre 50 e 65 anos de idade e estar no período pós-menopausa, com no mínimo um ano de amenorreia, identificado pelo relato pessoal.

Inicialmente foi realizado um levantamento com as agentes comunitárias de saúde para averiguar o número de mulheres na faixa etária determinada pelo estudo. O tamanho da amostra foi definido mediante um sorteio, levando em consideração uma margem de 30% do total de mulheres na faixa etária citada para cada microárea, residentes na área urbana do município. A seleção da amostra deu-se por meio de pesquisa documental dos registros cadastrais e de visita domiciliar, na qual foi apresentada a pesquisa, expostos seus objetivos e a metodologia empregada, e na oportunidade convidando a mulher a participar. Tendo aceitado o convite, procedeu-se à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista abordando as seguintes variáveis: idade, estado civil, ocupação, grau de escolaridade, tempo de amenorreia, renda mensal, atividade física, presença de artrite reumatoide e desconfortos musculoesqueléticos. Na presença deste último aplicou-se uma Escala de Avaliação Verbal, proposta por Lins et al. (2001), que permite avaliar a intensidade da dor. Por intermédio deste instrumento verificou-se o conhecimento da mulher acerca de sua saúde.

Posteriormente foram agendados os dias e local da coleta das amostras de sangue para realização dos exames laboratoriais. As variáveis laboratoriais analisadas foram aquelas preconizadas pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR), dentre os quais se encontram: Fator Reumatoide (considerando como valor positivo diluições maiores ou iguais a 1/8) e Proteína C Reativa, como marcador inflamatório. O método adotado para a realização dos exames foi a aglutinação por látex. Os exames foram

realizados no Laboratório de Análises Clínicas da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí.

O estudo foi desenvolvido em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unijuí e aprovado sob o Parecer Consubstanciado nº 075/2008.

A análise das entrevistas e os resultados laboratoriais encontrados direcionaram o tratamento das informações, os quais foram analisados com a utilização da estatística descritiva pelo programa Microsoft Excel e SPSS versão 7.5. As variáveis categóricas foram expressas em percentagens e comparadas pelo teste do qui-quadrado ($p > 0,05$).

Resultados

Foram avaliadas neste estudo 107 mulheres pós-menopausa, entre 50 e 65 anos, com a média de idade de 57,7($\pm 4,4$) anos, conforme consta na Tabela 1. O período de amenorreia apresentou-se bastante variável, com tempo médio de 9,6 ($\pm 5,98$) anos, uma vez que 59,4% das participantes estão entre 1 ano e meio e 10 anos sem menstruar, 36,8% entre 11 e 20 anos e 3,8% estão há mais de 20 anos com ausência de menstruação. Assim, estas mulheres atingiram a menopausa em média aos 48 ($\pm 4,8$) anos de idade.

Tabela 1: Idade e Tempo de Amenorreia das Mulheres Pós-Menopausa

| <i>Variável</i> | <i>n</i> |
|--|-------------------------|
| <i>Idade</i> | <i>n = 107</i> |
| 50 – 54 anos | 27 (25,2%) |
| 55 – 59 anos | 41 (38,3%) |
| 60-64 anos | 34 (31,8%) |
| 65 anos | 5 (4,7%) |
| <i>Média da Idade</i> | 57,7 ($\pm 4,4$) anos |
| <i>Tempo de Amenorreia</i> | <i>n = 106</i> |
| <i>Média</i> | 9,6 ($\pm 5,98$) anos |
| Tempo mínimo | 1,5 anos |
| Tempo máximo | 33 anos |
| Idade mínima de ocorrência | 33 anos |
| Idade máxima de ocorrência | 61 anos |
| <i>Média de Idade da Ocorrência da Menopausa</i> | 48 ($\pm 4,8$) |

Fonte: Dados coletados pelos autores.

De acordo com o exposto na Tabela 2, observou-se que em relação ao estado civil o maior percentual é constituído por mulheres casadas (62,7%), seguidas por viúvas (21,5%), divorciadas (8,4%), solteiras (6,5%) e em regime de concubinato (0,9%). Com relação ao grau de instrução das participantes, 71% delas possuem Ensino Fundamental incompleto, sendo 4,7% analfabetas, enquanto apenas 7,5% possuem ensino superior. No que se refere à ocu-

pação, foram citadas diversas atividades, no entanto a maior parte (55,1%) ocupa-se com as tarefas do lar, 23,4% são aposentadas e 9,3%, embora residentes no meio urbano, declararam-se agricultoras. Quanto à situação econômica, a renda mensal de 58,9% do grupo em análise é de um a dois salários mínimos, enquanto 26,2% recebem mais de dois salários por mês e 8,4% vivem com menos de um salário mensal.

Tabela 2: Características Sociodemográficas das Mulheres Pós-Menopausa

| <i>Características</i> | <i>Frequência</i> | <i>Percentual %</i> |
|--------------------------------|-------------------|---------------------|
| <i>Estado civil</i> | <i>n=107</i> | |
| Casada | 67 | 62,7 |
| Solteira | 7 | 6,5 |
| Viúva | 23 | 21,5 |
| Divorciada | 9 | 8,4 |
| Concubinato | 1 | 0,9 |
| <i>Escolaridade</i> | <i>n=107</i> | |
| Ensino Fundamental Completo | 7 | 6,5 |
| Ensino Fundamental Incompleto | 76 | 71,0 |
| Ensino Médio Completo | 7 | 6,5 |
| Ensino Médio Incompleto | 4 | 3,8 |
| Ensino Superior | 8 | 7,5 |
| Analfabeta | 5 | 4,7 |
| <i>Ocupação</i> | <i>n=107</i> | |
| Do Lar | 59 | 55,1 |
| Agricultora | 10 | 9,3 |
| Aposentada | 25 | 23,4 |
| Comerciante | 3 | 2,8 |
| Desempregada | 1 | 0,93 |
| Professora | 2 | 1,9 |
| Consultora | 1 | 0,93 |
| Artesã | 1 | 0,93 |
| Telefonista | 1 | 0,93 |
| Funcionária Pública | 3 | 2,8 |
| Agente Comunitária de Saúde | 1 | 0,93 |
| <i>Renda</i> | <i>n=107</i> | |
| Abaixo de um salário mínimo | 9 | 8,4 |
| De um a dois salários mínimos | 63 | 58,9 |
| Acima de dois salários mínimos | 28 | 26,2 |
| Não sabe | 3 | 2,8 |
| Não tem renda | 4 | 3,7 |

Fonte: Dados coletados pelos autores.

Em relação às condições de saúde, as participantes foram questionadas quanto à presença de doenças e/ou comorbidades como artrite, artrose e osteoporose, mostradas na Tabela 3. O destaque foi para presença de artrite reumatoide em 24,5% das mulheres, seguida de artrose para 18,9% e osteoporose para 9,3% da amostra.

Tabela 3: Presença de Doenças e/ou Comorbidades

| Doença | N | Sim | Não |
|--------------------|-----|------------|------------|
| Artrite Reumatoide | 106 | 26 (24,5%) | 80 (75,5%) |
| Osteoporose | 107 | 10 (9,3%) | 97 (90,7%) |
| Artrose | 106 | 20 (18,9%) | 86 (81,1%) |

Fonte: Dados coletados pelos autores.

Em nosso estudo constatou-se que apenas 1,9% das participantes apresentaram fator reumatoide positivo e 8,4% positividade para a PCR, segundo a Tabela 4.

Tabela 4: Exames Laboratoriais

| Exames | N | Reagente | Não Reagente |
|--------------------|-----|----------|--------------|
| Fator Reumatoide | 107 | 2 (1,9%) | 105 (98,1%) |
| Proteína C Reativa | 107 | 9 (8,4%) | 98 (91,6%) |

Fonte: Dados coletados pelos autores.

A presença de dor ou desconfortos musculoesqueléticos em alguma parte do corpo foi outro aspecto investigado (Tabela 5), tendo sido relatado por 79,4% das participantes. Em relação à intensidade da dor, das mulheres que responderam o questionário, 36% referiram dor moderada, 26% dor leve, 18% dor intensa e 5% dor insuportável, dentre as quais duas confirmaram a presença de fator reumatoide, com dor leve e moderada, respectivamente. As nove participantes com positividade para PCR também referiram dor e/ou desconforto musculoesquelético, das quais cinco sentem dor leve, três dor moderada e somente uma dor intensa.

Quanto à época do início da dor, 76,2%, referem ser há mais de um ano e quanto ao período em que sentem dor, observou-se que a frequência é de três a sete dias por semana para 36,1% das participantes; 30,1% sentem dor mais de uma vez durante o

mês; 25,3% de um a dois dias por semana e 8,5% uma vez ao mês. No presente estudo observou-se que as mulheres com fator reumatoide positivo tinham episódios mensais de dor e que estes tiveram início há mais de um ano.

Tabela 5: Presença de Dor e Desconfortos Musculoesqueléticos e Atividade Física

| Características | Frequência | Percentual % |
|---|--------------|--------------|
| <i>Dor ou Desconforto</i> | <i>n=107</i> | |
| Sim | 85 | 79,4 |
| Não | 22 | 20,6 |
| <i>Intensidade da Dor</i> | <i>n=100</i> | |
| Sem dor | 15 | 15 |
| Dor Leve | 26 | 26 |
| Dor Moderada | 36 | 36 |
| Dor Intensa | 18 | 18 |
| Dor Insuportável | 5 | 5 |
| <i>Início da Dor</i> | <i>n=84</i> | |
| Inferior a um mês | 2 | 2,4 |
| Entre um e dois meses | 4 | 4,8 |
| Entre três e cinco meses | 6 | 7,1 |
| Entre seis meses e 1 ano | 8 | 9,5 |
| Acima de um ano | 64 | 76,2 |
| <i>Período da Dor</i> | <i>n=83</i> | |
| De um a dois dias por semana | 21 | 25,3 |
| De três a sete dias por semana | 30 | 36,1 |
| Mais de uma vez por mês | 25 | 30,1 |
| Uma vez por mês | 7 | 8,5 |
| <i>Interferência da Dor nas Atividades Domésticas</i> | <i>n=72</i> | |
| Sim | 52 | 72,2 |
| Não | 20 | 27,8 |
| <i>Interferência da Dor nas Atividades Ocupacionais</i> | <i>n=72</i> | |
| Sim | 27 | 37,5 |
| Não | 45 | 62,5 |
| <i>Interferência da Dor nas Atividades de Lazer</i> | <i>n=71</i> | |
| Sim | 34 | 47,9 |
| Não | 37 | 52,1 |
| <i>Atividade Física</i> | <i>n=106</i> | |
| Sim | 43 | 40,6 |
| Não | 63 | 59,4 |

Fonte: Dados coletados pelos autores.

A análise da interferência da dor nas atividades diárias (domésticas, ocupacionais e lazer) constatou que a dor ou desconfortos musculoesqueléticos interferem com maior intensidade nas atividades domésticas (varrer, lavar roupa, limpar a casa, cozinhar...), fato relatado por 72,2% das mulheres, seguidas pelas atividades de lazer, com 47,9%, e por último ocupacionais, com 37, 5%.

E por fim outro aspecto observado na pesquisa foi quanto à realização de atividade física, relatado apenas por 40,6% das participantes.

Discussão

Neste estudo a média de idade foi de 57,7 ($\pm 4,4$) anos e o tempo de amenorreia mostrou-se bastante variável. As participantes atingiram a menopausa em média aos 48 ($\pm 4,8$) anos de idade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (1996), não existe nenhum indicador biológico independente ou adequado para caracterizar a menopausa, contudo a idade de sua ocorrência pode diferir em populações com características diferentes (Parazzini; Negri; La Vecchia, 1992). Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado por França (2003) em um ambulatório na cidade de São Paulo, com 200 mulheres de 35 a 65 anos, no qual a idade média de ocorrência da menopausa foi aos 46,2 anos. Já Pedro et al. (2003), em inquérito populacional domiciliar com 465 mulheres de 45 a 60 anos, residentes em Campinas/SP, constataram média de idade na menopausa natural de 51,2 anos.

As participantes do estudo, na sua maioria, ocupam-se com atividades do lar, atividade esta que não exige grau de instrução elevado, o que é confirmado pelo fato de a maior parte (71%) delas relatar Ensino Fundamental incompleto, fator que caracteriza esta população como de baixo nível de escolaridade. Resultados semelhantes foram encontrados no Censo de 2000, o qual revelou que 72,3% das mulheres brasileiras de 40 anos ou mais apresentavam baixo nível de instrução (IBGE, 2000). Em estudo realizado por França (2003), 61,5% das mulheres não tinham instrução ou não concluíram o Ensino Fundamental.

O nível de instrução é um fator de fundamental importância, considerando-se sua associação ao risco de doenças (França, 2003). 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 saudável (Perlini, 2001, apud Rasia et al., 2007).

Neste viés, constatou-se que a prática de atividade física, que serve como fator protetor para instalação de doenças ou comorbidades, é realizada pela minoria das participantes e quando correlacionada com artrite reumatoide não foi significativa ($p=0,358$). A prevalência da inatividade física também foi observada por Hallal et al. (2003) em estudo realizado em Pelotas/RS com 3.182 pessoas acima de 20 anos, o qual revelou que 43,2% das mulheres entrevistadas de 60 a 69 anos ($n = 183$) eram insuficientemente ativas e, com o avançar da idade, esses valores foram ainda superiores, atingindo 69,1% naquelas com mais de 70 anos. Outro estudo recente, realizado na Austrália com 628 pessoas entre 20 e 75 anos de idade, avaliou os benefícios da atividade física sobre alguns agravos à saúde, e constatou melhora do peso corporal em 40,9%; da hipertensão em 33,9%; da hipercolesterolemia em 26,4% e da artrite em 14,8%, por exemplo (Sims et al., 2004).

Quanto às possíveis doenças (artrite reumatoide, osteoporose e artrose) relatadas pelas participantes, observou-se que não houve correlação entre as patologias ($p= 0,8197$). Em relação à dor e/ou desconfortos musculoesqueléticos, verificou-se que esta dor não teve resultados significativos quando confrontada com relatos de artrose e osteoporose, no entanto, apresentou correlação significativa ($p = 0,013$) com os relatos de artrite reumatoide, referida com maior frequência pelas participantes e foco principal de nosso estudo. Considerando que a maioria destas mulheres ocupa-se com tarefas do lar e que a dor interfere mais nestas atividades, podem estas dores estar relacionadas aos afazeres repetitivos do cotidiano. Além disso, a interferência da dor em atividades domésticas apresentou correlação significativa ($p = 0,043$) com os relatos de artrite reumatoide.

Em estudo realizado por Rasia et al. (2007), que avaliou a relação do sobrepeso e obesidade com desconfortos musculoesqueléticos em 48 mulheres pós-menopausa, na cidade de Ijuí/RS, na mesma faixa etária de nosso estudo, os desconfortos musculoesqueléticos estiveram presentes em 67% das participantes e interferiram acentuadamente nas atividades domésticas em 53,1% das mulheres, seguidas pelas atividades de lazer, com 25%. Estes resultados apresentam semelhança com os encontrados em nossa pesquisa.

Conforme Marques e Kondo (1998), a etiologia da disfunção musculoesquelética está relacionada com cargas excessivas e microtraumas repetitivos associados a tarefas ocupacionais, além de fatores hereditários, metabólicos e endócrinos que sugerem a participação do estrógeno na desordem, frequente no sexo feminino.

Neste estudo a frequência de positividade para o fator reumatoide foi de 1,9%, assemelhando-se aos demais resultados encontrados. De acordo com dados de vários estudos europeus e norte-americanos, a prevalência mundial para AR varia em torno de 0,5% a 1% dos adultos (Gabriel, 2001). No Brasil existem dois estudos de prevalência: o de Sato et al. (1990), que encontraram 0,2% em uma população de origem japonesa no interior de São Paulo, e o de Marques Neto et al. (1993), em estudo multicêntrico brasileiro que mostrou uma variação de 0,2% a 1%, dependendo da macrorregião estudada.

Não há, contudo, exames específicos para diagnosticar a AR. Embora o fator reumatoide seja encontrado em 80% dos adultos afetados, pessoas saudáveis podem apresentar normalmente FR sérico, sem necessariamente desenvolver a doença. Além disso, o FR pode também estar presente em pacientes que apresentam outras doenças reumáticas, infecções e em indivíduos idosos (Bertolo et al., 2007; Rodrigues; Dal Bó; Teixeira, 2005). Um teste negativo para FR, entretanto, não afasta o diagnóstico de AR, sobretudo na fase inicial, devendo ser repetido de 6 a 12 meses após o início dos sintomas (Bertolo et al., 2007).

A Proteína C Reativa, embora presente em nove participantes do estudo, as quais também referiram presença de dor ou desconfortos musculoesqueléti-

cos, não apresentou correlação significativa com as demais variáveis analisadas. Esta, no entanto, é uma proteína de fase aguda que se eleva na presença de diversos processos inflamatórios, em resposta a um estímulo de lesão tecidual, infecção ou necrose (Motta, 2003).

Conclusão

Com o fim do estudo é possível concluir que há correlação entre as dores e/ou desconfortos musculoesqueléticos com os relatos de artrite reumatoide e que a prevalência de positividade para o fator reumatoide, embora sem diagnóstico clínico, assemelhou-se aos demais resultados encontrados em outros estudos. Assim, uma vez que é evidente a feminilização do envelhecimento, os cuidados com a saúde da mulher são essenciais para uma boa qualidade de vida, especialmente nesta faixa etária, quando são mais prevalentes os agravos à saúde. Desta forma, é de grande valia que estas mulheres conheçam e identifiquem os sintomas destes desconfortos procurando os serviços de saúde para obter o diagnóstico clínico e laboratorial.

Referências

- BERTOLO, M. B. et al. Atualização do Consenso Brasileiro no Diagnóstico e Tratamento da Artrite Reumatóide. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 47, n. 3, p. 151-159, 2007. Disponível em: <http://www.reumatologia.com.br/publicacoes/consensos-Diretrizes/Consenso_Dre2007.pdf>. Acesso em: 22 maio 2008.
- BERTONCINI, A. J.; WALLBACH, M. C. S. Alterações musculoesqueléticas na terceira idade. In: SALDANHA, A. L.; CALDA, A. P. (Orgs.). *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p. 225.
- CICONELLI, R. M. Artrite reumatóide. In: SATO, E. I. (Coord.). *Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar, UN/Fesp/Escola Paulista de Medicina*. 1. ed. São Paulo: Manole, 2004. p. 85-91.

- DE LORENZI, D. R. S. et al. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 27, n. 1, p. 12-19, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n1/24286.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2008.
- FRANÇA, A. P. *Estado nutricional e risco de doença cardiovascular em mulheres no climatério atendidas em um ambulatório da cidade de São Paulo*. 2003. (Dissertação) – Universidade de São Paulo, FCF/FEA/FSP, São Paulo, 2003. Disponível em: <http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/id/3268728.html> Acesso em: 7 jul. 2008.
- FERNANDES, E. A. et al. Ultra-Sonografia na artrite reumatóide: aplicabilidade e perspectivas. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 48, n. 1, p. 25-30, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v48n1/06.pdf>>. Acesso em: 7 jul. 2008.
- FREITAS, E. V.; PIMENTA, L. Climatério. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L. et al. (Eds.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 487.
- IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico 2000*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/sidra>>.
- IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. *Censos Demográficos*. Rio de Janeiro: IBGE, 2001. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 2 set. 2008.
- GABRIEL, S. E. The epidemiology of rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am*, v. 27, n. 2, p. 269-281, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11396092>>. Acesso em: 10 out. 2008.
- HALLAL, P. C. et al. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, v. 35, n. 11, p. 1.894-1.900, 2003.
- LING, S. M.; FLYNN, J. A.; WEGLEY, F. M. Distúrbios Musculoesqueléticos em Idosos. In: GALLO, J. J.; BUSBY-WHITEHEAD, J.; RABINS, P. V. Eds.). *Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 326.
- LINS, T. Y. et al. Avaliação funcional do doente com dor crônica. *Revista de Medicina*, São Paulo, 2001; 80 (ed. esp. pt. 2), p. 443-473, 2001. Disponível em: <http://www.revistademedicina.com.br/Artigos/80s_27.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2008.
- LOUZADA-JUNIOR, P. et al. Análise descritiva das características demográficas e clínicas de pacientes com artrite reumatóide no Estado de São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 47, n. 2, p. 84-90, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v47n2/02.pdf>>. Acesso em: 7 jun. 2008.
- MACHADO, C. M. Osteoartrose e artrite reumatóide. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L. et al. (Eds.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 536.
- MACGREGOR, A. J.; SILMAN, A. Classification and epidemiology. In: HOCHBERG, M. C. et al. *Rheumatology*. Mosby: Fourth Edition, 2008. Cap. 71.
- MARQUES, A. P.; KONDO, A. A fisioterapia na osteoartrose: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira Reumatologia*, v. 38, n. 2, p. 83-90, 1998. Disponível em: <<http://www.fm.usp.br/fofito/fisio/pessoal/amelia/artigos/fisioosteo.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2008.
- MARQUES NETO, J. F. et al. Estudo multicêntrico da prevalência da artrite reumatóide do adulto em amostras da população brasileira. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 33, n. 5, p. 169-173, 1993. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=169296&indexSearch=ID>>. Acesso em: 10 set. 2008.
- MOTTA, V. T. *Bioquímica clínica para o laboratório: princípios e interpretações*. 4. ed. Porto Alegre: Médica Missau, 2003. p. 91-93.
- NOTELOVITZ, H. The climateric in perspective. In: International Congress of the menopause. *Lake Buena Vista*, 1984.
- OMS. Organización Mundial de la Salud. *Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa: informe de un grupo científico de la OMS*. (Serie de informes técnicos, 866). Ginebra, 1996.
- PARAZZINI, F.; NEGRI, E.; LA VECCHIA, C. Reproductive and general lifestyle determinants of age at menopause. *Maturitas*, v. 15, p. 141-149, 1992.
- PEDRO A. O. et al. Idade de ocorrência da menopausa natural em mulheres brasileiras: resultados de um inquérito populacional domiciliar. *Caderno de Saúde Pública*, v. 19, n. 1, p. 17-25, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14901.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2008.

PERLINI, N. M. G. (2001), apud RASIA J. et al. A relação do sobrepeso e obesidade com desconfortos musculoesqueléticos de mulheres pós-menopausa. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, v. 4, n. 1, p. 28-38, 2007. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/viewPDFInterstitial/114/89>>. Acesso em: 1º out. 2008.

RASIA J. et al. A relação do sobrepeso e obesidade com desconfortos musculoesqueléticos de mulheres pós-menopausa. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, v. 4, n. 1, p. 28-38, 2007. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/viewPDFInterstitial/114/89>>. Acesso em: 1º out. 2008.

RODRIGUES, C. R. F.; DAL BÓ, S.; TEIXEIRA, R. M. Diagnóstico precoce da artrite reumatóide. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, v. 37, n. 4, p. 201-204, 2005. Disponível em: <http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_37_04/rbac3704_01.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2008.

SATO, E. I. S. K et al. Estudo da prevalência da artrite reumatóide em população de origem japonesa em Moji das Cruzes. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 30, p. 133-136, 1990.

SILVA, R. G. et al. Artrite reumatóide. *Revista Brasileira de Medicina*, v. 60, n. 8, p. 554-576, 2003.

SIMS, J. et al. The Victorian Active Script Programme: promising signs for general practitioners, population health, and the promotion of physical activity. *British Journal of Sports Medicine*, v. 38, p. 19-25, 2004. Disponível em: <<http://bjsm.bmj.com/cgi/content/abstract/38/1/19>>. Acesso em: 20 out. 2008.

SKARE, T. L. *Reumatologia: Princípios e práticas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. p. 91.

