



## ARTRITE REUMATÓIDE: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

BORILLE, Anderson<sup>1</sup>  
VIDAL, Edivaldo<sup>2</sup>  
PEDER, Leyde D.<sup>3</sup>  
SILVA, Claudinei M.<sup>4</sup>

### RESUMO

A artrite reumatóide (AR) é uma doença inflamatória sistêmica crônica, ela atinge principalmente as articulações, ainda é de causa desconhecida, sabe-se que apenas é a uma doença auto-imune que afeta entre 0,5% e 1% da população mundial adulta, e que cerca de duas a três vezes mais mulheres que em homens. O levantamento de dados foi realizado através de revisão bibliográfica visando um maior entendimento da doença nos aspectos de diagnóstico e terapêutica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Artrite reumatóide, doenças auto-imunes.

### 1. INTRODUÇÃO

A artrite reumatóide é uma doença auto-imune de caráter inflamatório e crônico, a doença tem ainda sua origem desconhecida, caracteriza-se por causar inflamação do tecido sinovial de múltiplas articulações, que pode levar a uma deformidade, destruição tecidual, dificuldade de mobilidade, levando uma severa diminuição na qualidade de vida dos pacientes acometidos (GOLDNER et al, 2011). Atinge grandes e pequenas articulações, e está associada a manifestações sistêmicas como rigidez matinal, fadiga e perda de peso (LAURINDO, 2004).

De acordo com estudos de prevalência a AR atinge cerca de 1% da população sendo mais comum em mulheres na faixa etária de 30 a 50 anos (MOTA, 2012). Diagnóstico precoce torna o tratamento mais seguro e menos agressivo, abrindo uma janela de oportunidades terapêuticas, porém esse diagnóstico ainda é bastante difícil devido à variedade das manifestações clínicas e às semelhanças com outras doenças reumáticas (GOLDNER et al, 2011).

<sup>1</sup>Acadêmico do curso de Farmácia – FAG - Anderson Borille - E-mail: andersomborille@hotmail.com

<sup>2</sup>Acadêmico do curso de Farmácia – FAG - Edivaldo Vidal - E-mail: edivaldovidal@gmail.com

<sup>3</sup>Professora Doutoranda da Disciplina de Imunologia Clínica do curso de Farmácia – FAG – Leyde D. Peder - E-mail: leydepeder@yahoo.com.br

<sup>4</sup>Professor Doutorando da Disciplina de Microbiologia Clínica do curso de Farmácia – FAG – Claudinei M. Silva - E-mail: claudineifarmaceutico@hotmail.com

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Tendo sua etiologia ainda desconhecida a artrite reumatóide atinge de 0,5 a 1% da população mundial e sua prevalência aumenta com a idade. Caracterizada por causar poliartrite periférica deformidade e destruição das articulações. É uma doença complexa com variância genética e envolvimento de múltiplos genes. Podendo ter sua severidade afetada por fatores genéticos (DA COSTA; BECK, 2011).

São poucos os estudos realizados com populações latino americanas, a maior parte da informação disponível vem de pesquisas realizadas na Europa e Estados Unidos. Mas de acordo com estudo realizado na Clínica de Artrite Reumatóide Inicial do hospital Universitário de Brasília evidenciou-se um predomínio da forma aguda no início dos sintomas, com comprometimento poli articular, sinovite e rigidez matinal prolongada. A doença apresenta um caráter agressivo em sua fase inicial (MOTA et al, 2010).

O desenvolvimento de doenças auto imunes é influenciado por fatores ambientais, hormonais e imunológicos, a união desses diversos fatores é determinante para o desenvolvimento AR. Devido a seus efeitos deletérios sobre a mobilidade e capacidade funcional os pacientes tem sua expectativa de vida diminuída e ficam impossibilitados de trabalhar o que representa um impacto econômico significativo (GOLDNER et al, 2011).

A ocorrência de AR em uma mesma família é relativamente comum, principalmente em parentes de 1º e 2º grau o que evidencia a interferência genética da doença. Em relação a sua fisiopatologia destaca-se a ação das células T e B autorreativas que levam ao desenvolvimento das manifestações inflamatórias características da doença (GOLDNER et al, 2011).

A avaliação inicial é feita através de medidas subjetivas em relação aos sintomas e sua duração, exame físico, testes laboratoriais, radiografias das articulações comprometidas, atividade da doença e intensidade da dor (DA COSTA; BECK, 2011).

O diagnóstico precoce e o início imediato do tratamento são fundamentais, para prevenir a doença e a incapacidade funcional e lesão articular irreversível. Considerando o potencial incapacitante da doença, o paciente é avaliado e submetido a programas terapêuticos não medicamentosos dirigidos a proteção articular, a manutenção do estado funcional do aparelho locomotor e do sistema cardiorrespiratório (LAURINDO, 2004).

O diagnóstico da AR depende de uma associação de sintomas e sinais clínicos, além de achados laboratoriais e radiográficos. Dentre os testes laboratoriais mais utilizados para auxiliar no

diagnóstico da doença estão Fator Reumatóide e Anti- CCP. O Fator Reumatóide é detectado em 60 a 80% dos pacientes com a AR, é considerável sensível mas pouco específico. Entre os testes para determinar FR temos os de aglutinação, turbidimetria e nefelometria. A pesquisa do anticorpo Anti- CCP se tornou de grande valor no diagnóstico da AR por ter demonstrado alta especificidade e ser detectado em fases iniciais da doença, a pesquisa para detectar o anti- PCC é realizada pela técnica de ELISA(DA COSTA; BECK, 2011).

Devido a importância do tratamento precoce da AR o Colégio Americano de Reumatologia (ACR) em conjunto com a Liga Européia contra o Reumatismo (EULAR) publicaram os novos critérios diagnósticos para AR. Os critérios tem como base um sistema de graduação de sintomas, quando o resultado da soma dos itens pré estabelecidos relacionados aos sintomas é igual ou superior a 6 os achados correspondem a AR. É importante que o médico faça uma avaliação periódica do desenvolvimento da doença, em relação ao caráter inflamatório, avaliação da intensidade da dor, capacidade funcional e de mobilidade, além disso o acompanhamento radiográfico deve ser repetido (LAURINDO, 2004).

O tratamento da Artrite Reumatóide deve ser de caráter multidisciplinar, com envolvimento familiar e psicológico, baseia-se na educação do paciente, terapia medicamentosa, fisioterapia, apoio psicossocial, terapia ocupacional e abordagens cirúrgicas. O paciente deve ser esclarecido sobre a doença, sua condição e as opções de tratamento para que ele possa participar da conduta a ser seguida. O objeto principal do tratamento da AR é sempre a remissão completa da doença, o que raramente acontece, portanto buscando sempre uma melhora na qualidade de vida e mobilidade do paciente (MOTA, 2012).

Desde o início da doença deve ocorrer o acompanhamento funcional, fisioterapia e terapia ocupacional são opções que contribuem para que o paciente não tenha sua qualidade de vida prejudicada, pendendo realizar suas atividades diárias. Deve-se trabalhar o condicionamento físico com exercícios aeróbicos, de alongamento e relaxamento, sempre respeitando um esquema de atividade e repouso (LAURINDO, 2004).

O tratamento medicamentoso inclui drogas anti-inflamatórias não esteroidais (AINEs), glicocorticóides em baixas dosagens, drogas antireumáticas modificadoras do curso da doença (DMARD) e agentes biológicos. A implantação do tratamento deve ocorrer o mais rápido possível e conduzido de forma agressiva visando a remissão da doença, sendo necessário um acompanhamento periódico da evolução da doença (GOLDNER; SKARE; REASON; UTIYAMA, 2011).

Para o controle da dor e do processo inflamatório articular os anti-inflamatórios não hormonais (AINE's) empregadas principalmente no início da doença quando os DMCD ainda não tiveram sua ação, não foi identificada a superioridade de algum AINE no controle da AR, portanto a escolha deve ser individualizada de acordo com as particularidades de cada paciente. Os glicocorticóides em doses baixas são importantes adjuvantes a terapêutica de base, porém pacientes que usarão glicocorticóides por um longo tempo necessitarão de uma suplementação de cálcio e vitamina D. Há necessidade de individualizar a escolha de acordo com os fatores de risco de cada paciente (MOTA, 2012).

As drogas modificadoras do curso da doença (DMCD) deve ser indicada para todo paciente a partir da definição do diagnóstico. O metotrexato é considerado entre os (DMCD) a mais bem tolerada, em que sua capacidade de reduzir sinais e sintomas de atividade e melhora do estado funcional foi relatada, além de bloquear as lesões de progressão radiográfica, atualmente vem sendo considerado fármaco padrão para o tratamento. Além do metotrexato também são drogas (DMCD) comumente usadas hidrixicloroquina, cloroquina, sulfasalazina, leflunomide, azatiopina e ciclosporina (LAURINDO, 2004).

Os agentes biológicos como drogas modificadoras da doença atuam em alvos específicos na regulação da resposta imune, agindo de forma eficiente no controle da AR. Devido a riscos em relação a segurança desses novos fármacos o seu uso deve ser monitorado por um reumatologista. Por serem drogas novas seu custo é elevado e a administração via parenteral dificultam a utilização desta opção terapêutica (DA COSTA; BECK, 2011).

Pode haver indicação de tratamento cirúrgico em situações onde medidas conservadoras não produzam controle dos sintomas, ou não permitam níveis mínimos aceitáveis de atividades de vida diária. Esta indicação deve ser feita antes do comprometimento de várias articulações, justamente para que o paciente apresente melhora no quadro (LAURINDO, 2004).

### 3. METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão formal da literatura sobre o tema, através de um levantamento bibliográfico a partir de mecanismos de busca eletrônica, foram consultadas as bases de dados da plataforma Scielo.

#### 4. ANÁLISES E DISCUSSÕES

Fica claro que o diagnóstico precoce e o imediato início do tratamento são fatores importantes para um bom prognóstico do paciente com AR.

O tratamento consiste em fases e deve ser multidisciplinar, conforme resposta e o acometimento da doença. Inicia-se com educação do paciente, a introdução da terapia medicamentosa começa com os medicamentos DMCD e anti-inflamatórios não esteroidais (AINES), depois glicocorticóides em baixas doses ou intra-articulares e fisioterapia.

Em caso de resposta não satisfatória ao tratamento conservador, indica-se intervenção cirúrgica antes do comprometimento de várias articulações, mas é altamente recomendado testes de avaliação da qualidade de vida do paciente para a correta indicação cirúrgica.

#### 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caráter crônico e destrutivo da doença pode levar à importante limitação funcional, com perda da capacidade laboral e da qualidade de vida. Quando o diagnóstico é feito em fase inicial da AR o tratamento pode determinar melhora clínica e até remissão da doença. O período inicial da doença, em especial seus 12 primeiros meses, é considerado uma janela de oportunidade terapêutica, ou seja, um momento em que a intervenção farmacológica rápida e efetiva pode mudar o curso da doença em longo prazo.

#### 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GOELDNER, Isabela; SKARE, Thelma L; REASON, Iara T. de Messias and UTIYAMA, Shirley Ramos da Rosa. Artrite reumatóide: uma visão atual. **J. Bras. Patol. Med. Lab.** 2011, vol.47, n.5, pp.495-503.

LAURINDO, IMM et al. Artrite reumatóide: diagnóstico e tratamento. **Rev. Bras. Reumatol.** São Paulo, v. 44, n. 6, p. 435-442, 2004.

DA COSTA, Jéssica Pereira; BECK, Sandra Trevisan. Avanços no diagnóstico e tratamento da artrite reumatóide. **Saúde (Santa Maria)**, v. 37, n. 1, p. 65-76, 2011.

MOTA, Licia Maria Henrique da et al . Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da artrite reumatóide. **Rev. Bras. Reumatol.** São Paulo, v. 52, n. 2, p. 152-174, 2012.

MOTA, Licia Maria Henrique da; LAURINDO, Ieda Maria Magalhães; SANTOS NETO, L. L. Características demográficas e clínicas de uma coorte de pacientes com artrite reumatóide inicial. **Rev Bras Reumatol**, v. 50, n. 3, p. 235-48, 2010.