

ISSN 2238-9113**ÁREA TEMÁTICA:** (marque uma das opções)

- COMUNICAÇÃO
- CULTURA
- DIREITOS HUMANOS E JUSTIÇA
- EDUCAÇÃO
- MEIO AMBIENTE
- SAÚDE
- TRABALHO
- TECNOLOGIA

ARTRITE REUMATOIDE COMO PAUTA DA LIGA ACADÊMICA DE AUTOIMUNIDADE (LAAI)

Andrey Biff Sarris (andreybiff@hotmail.com)**Luiz Gustavo Rachid Fernandes (gustavorachid9@gmail.com)****Fabiana Postiglione Mansani (fmansani@uepg.br)**

RESUMO – A artrite reumatoide (AR) é uma doença inflamatória crônica sistêmica de etiologia complexa caracterizada por poliartrite simétrica aditiva/cumulativa erosiva. Diante da grande prevalência e de esta constituir inúmeros casos atendidos pelo ambulatório de Reumatologia do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HURCG), a Liga Acadêmica de Autoimunidade (LAAI) voltou seus olhares para essa patologia no intuito de aumentar o aprendizado teórico-prático e poder prestar à comunidade um atendimento de maior qualidade. Entre os diversos objetivos da LAAI figuram a melhora da qualidade técnico-científica dos graduandos, dos médicos da atenção básica e a melhoria do atendimento à comunidade. O quadro clínico marcante é uma poliartrite (>5 articulações) simétrica erosiva aditiva (adicionam articulações cumulativas com as anteriores) com rigidez matinal. Apesar de os exames complementares que serão citados serem importantes, o diagnóstico é predominantemente clínico. Critérios foram propostos em 1997 e em 2010 e auxiliam o diagnóstico pelas entidades reumatológicas americana e europeia. O tratamento não-farmacológico visa exercícios físicos, redução de trauma e fisioterapia enquanto que o tratamento medicamentoso abriga drogas de ação lenta e alteradoras de evolução e fármacos para alívio agudo.

PALAVRAS-CHAVE – Artrite reumatoide; Autoimunidade; Reumatologia; Imunologia.

Introdução

A artrite reumatoide (AR) é uma doença inflamatória crônica sistêmica de etiologia complexa caracterizada por poliartrite simétrica aditiva/cumulativa erosiva. Pode ocorrer em qualquer idade, porém o pico de incidência é entre os 20 e 50 anos. Predomina no sexo feminino – 3 mulheres (M) para cada 1 homem (H) com alguns estudos latino-americanos mostrando proporções maiores (7M:1H) (LAURINDO, IMM et al, 2007). Diante dessa grande prevalência e de esta constituir aproximadamente 40% dos casos atendidos pelo ambulatório de Reumatologia do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HURCG), a Liga Acadêmica de Autoimunidade (LAAI) voltou seus olhares para essa

patologia no intuito de aumentar o aprendizado teórico-prático e poder prestar à comunidade um atendimento de maior qualidade.

Objetivos

Têm-se como objetivos da LAAI:

- Favorecer o contato dos acadêmicos com os pacientes em condições reumatológicas e possibilitar uma boa relação médico-paciente estabelecendo um contato mais íntimo com a clínica, aspectos imunológicos e a terapêutica empregada nas diversas doenças autoimunes;
- Reuniões para debater definição, fisiopatologia e *guidelines* atuais acerca de doenças autoimunes;
- Publicação científica de um manual, em que serão abordados os assuntos já apresentados e facilitando o aprendizado de todos os acadêmicos que passam pela reumatologia e matérias correlatas, bem como servir de consulta rápida a profissionais de saúde das unidades básicas de saúde da região;
- Participação e apresentação de trabalhos em eventos científicos.

Referencial teórico-metodológico

É uma doença complexa, ou seja, com associação de fatores genéticos e ambientais, ainda não bem conhecidos. É uma doença tipicamente de imunidade celular – resposta imunológica predominante de linfócitos T e macrófagos. É tipicamente Th1 – com predomínio de citocinas inflamatórias (IL-1, IL-6 e TNF- α). Há ligação observada com o HLA tipo 2 DR4 (não-próprio), acreditando-se ser resposta a um agente infeccioso ainda não identificado. Todo esse conjunto de citocinas e células imunológicas leva a uma infiltração articular, especialmente na membrana sinovial, com desenvolvimento de destruição e fibrose local – artrite erosiva (LAURINDO, IMM et al, 2007; SHAH, A et al, 2013)

O quadro clínico marcante é uma poliartrite (>5 articulações) simétrica erosiva aditiva (adicionam articulações cumulativas com as anteriores) com rigidez matinal. Apesar de os exames complementares que serão citados serem importantes, o diagnóstico é predominantemente clínico. A manifestação clínica geralmente é insidiosa com pródromo (fadiga, astenia, enrijecimento articular, mialgia). Com a evolução, inicia-se a artrite poliarticular simétrica geralmente de mãos, punhos, pés, joelhos e cotovelos. A coluna cervical também pode ser acometida, no entanto, as outras partes são extremamente

incomuns. A artrite faz com que as articulações acometidas estejam quentes, dolorosas e edemaciadas. Somado a isso, a rigidez matinal (geralmente maior que 1 hora), leva o paciente a ter dificuldade em abrir torneiras, abrir portas, entre outros. A artrite crônica leva à atrofia muscular periarticular. Com o avanço da doença, deformidades articulares importantes podem ser observadas (“dedos em pescoço de cisne”, “dedos em casa de botão”, “dedos em martelo”). A artrite de punho pode gerar concomitante Síndrome do Túnel do Carpo (LAURINDO, IMM et al, 2007; MOTA, LMH et al, 2011; SHAH, A et al, 2013).

Na suspeita clínica, os exames complementares que devem ser solicitados pelo atendimento primário são: Hemograma completo, Velocidade de Hemossedimentação (VHS), Proteína C Reativa Quantificada (PCR), Fator Reumatoide (FR), Radiografia articular (punho) e Radiografia de tórax. Considerando-se apenas a AR, o hemograma completo pode estar normal ou com anemia normocítica e normocrômica. Em alguns casos, é possível observar anemia hipocrômica. Em relação às provas de atividade inflamatória, 66% dos pacientes apresentarão valores aumentados de VHS e/ou PCR. O FR tem sensibilidade média de 60%. Sendo assim, 40% dos pacientes terão AR mesmo com FR negativo. Isso reforça a AR como diagnóstico clínico. Por outro lado, pacientes podem ter FR positivo mesmo sem possuir AR – alguns idosos tem FR positivo mesmo sem patologias e o FR também está presente em outras doenças como Lúpus Eritematoso Sistêmico, Pneumoconiose, Leucemia, Hepatites, Tuberculose etc. Dois outros exames laboratoriais devem ser mencionados: o Fator Antinuclear (FAN) e Anticorpo Anti-Peptídeo Cíclico Citrulinado (anti-CCP). 15% dos pacientes com AR tem FAN positivo. Quanto ao anti-CCP, ele possui sensibilidade de 80% e especificidade de 95% - ou seja, a taxa de falsos-positivos é de 5%. É portanto, um marcador mais específico da AR, porém indisponível no SUS (LAURINDO, IMM et al, 2007; MOTA, LMH et al, 2011; SHAH, A et al, 2013).

Quanto aos exames radiográficos, as articulações nas fases iniciais da doença mostram edema de partes moles e osteoporose justa-articular. Posteriormente, há erosão óssea e diminuição do espaço articular. A radiografia de tórax se apresenta com os nódulos e/ou com sinais de fibrose intersticial.

O primeiro grupo de critérios diagnósticos validado para AR foi proposto em 1987 pelo Colégio Americano de Reumatologia (TABELA 1).

TABELA 1. Critérios Diagnósticos para AR do Colégio Americano de Reumatologia (1987)	
CRITÉRIO	DEFINIÇÃO
1) Rigidez matinal	Rigidez matinal com duração de pelo menos 1 hora até a melhora máxima

2) Artrite de três ou mais áreas articulares	Ao menos três áreas articulares simultaneamente afetadas, observadas pelo médico (interfalangeanas proximais, metacarpofalangeanas, punhos, cotovelos, joelhos, tornozelos e metatarsfalangeanas)
3) Artrite das articulações das mãos	Artrite em punhos ou metacarpofalangeanas ou interfalangeanas proximais
4) Artrite Simétrica	Envolvimento simultâneo de áreas de ambos os lados do corpo
5) Nódulos reumatoides	Nódulos subcutâneos sobre proeminências ósseas, superfícies extensoras ou em regiões justa-articulares
6) Fator reumatoide positivo	Presença de quantidades anormais de fator reumatoide
7) Alterações radiográficas	Radiografias posteroanteriores de mãos e punhos demonstrando rarefação óssea justa-articular ou erosões
<i>Para a classificação como artrite reumatoide, o paciente deve satisfazer a pelo menos 4 dos 7 critérios. Os critérios 1 até o 4 devem estar presentes por, no mínimo, 6 semanas.</i>	

No ano de 2010, o Colégio Americano de Reumatologia (ACR) e a Liga Europeia contra o Reumatismo (EULAR) propuseram novos critérios diagnósticos (TABELA 2).

TABELA 2. Critérios Diagnósticos para AR do Colégio Americano de Reumatologia e da Liga Europeia contra o Reumatismo (2010)	
População alvo – quem deve ser testado?	
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente com pelo menos uma articulação com sinovite clínica definida (edema); • Sinovite que não seja mais bem explicada por outra doença. 	
Acometimento articular	(0-5)
<ul style="list-style-type: none"> • 1 grande articulação • 2-10 grandes articulações • 1-3 pequenas articulações • 4-10 pequenas articulações • >10 articulações (pelo menos uma pequena) 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>5</p>
Sorologia	(0-3)
<ul style="list-style-type: none"> • FR negativo e Anti-CCP negativo • FR positivo OU Anti-CCP positivo em baixos títulos • FR positivo OU Anti-CCP positivo em altos títulos 	<p>0</p> <p>2</p> <p>3</p>
Duração dos sintomas	(0-1)
<ul style="list-style-type: none"> • <6 semanas • ≥6 semanas 	<p>0</p> <p>1</p>

Provas de atividade inflamatória	(0-1)
• PCR normal E VHS normal	0
• PCR anormal OU VHS anormal	1
<p><u>Pontuação maior ou igual a 6 é necessária para classificação definitiva de um paciente como AR.</u></p> <p><i>O domínio acometimento articular refere-se a qualquer articulação dolorosa ou inchada (excluindo interfalangeanas distais do pé ou mão, primeira metatarsofalangeana e primeira carpometacarpéna). Evidência adicional obtida por exames de imagem pode ser utilizada para confirmação dos achados clínicos. Consideram-se, para fins de classificação, como pequenas articulações as metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais, metatarsofalangeanas (segunda a quinta), primeira interfalangeana e punhos, e como grandes articulações ombros, cotovelos, quadril, joelhos, tornozelos. Articulações adicionais (temporomandibular, esternoclavicular, acromioclavicular, entre outras) podem ser contadas, na avaliação de "mais de 10 articulações", desde que uma pequena articulação (ao menos) esteja acometida.</i></p> <p><i>No domínio sorologia, considera-se o resultado de fator reumatoide ou de anticorpos anti-peptídeos/proteínas citrulinadas negativo se o valor encontrado for igual ou menor ao limite superior da normalidade para o respectivo laboratório; positivo baixo se o resultado encontrado for maior que o limite superior da normalidade, mas menor ou igual a 3 vezes o limite superior da normalidade; e positivo alto quando o valor encontrado for superior a 3 vezes o limite superior da normalidade.</i></p> <p><i>O domínio duração dos sintomas se refere ao relato do próprio paciente quanto a duração máxima dos sinais e sintomas de qualquer articulação que esteja clinicamente envolvida no momento da avaliação.</i></p> <p><i>Já as provas de atividade inflamatória (velocidade de hemossedimentação e proteína C reativa) são consideradas normais ou anormais de acordo com o valor de referência do laboratório utilizado.</i></p>	

A AR evolui com quadro de exacerbações e remissões. Aproximadamente 15% dos pacientes terão remissão completa após o primeiro episódio de artrite enquanto outros 10% terão uma doença extremamente agressiva e deformante. A maioria dos doentes tem um quadro intermediário.

O tratamento não-farmacológico consiste basicamente na conscientização do paciente sobre a doença, sua cronicidade e eventualmente, sua condição incapacitante, especialmente nos momentos de exacerbação. Outra parte do tratamento não-medicamentoso é a fisioterapia. É sabido que o calor local reduz a rigidez articular, com alívio dos sintomas. A realização de exercícios melhora a saúde articular melhorando o prognóstico do paciente. Já o tratamento farmacológico é composto em dois grupos: sintomáticos e drogas modificadas do curso da doença (DMARD's – *Disease-Modifying Antirheumatic Drugs*). Entre os sintomáticos, podem-se usar anti-inflamatórios não-esteroidais ou corticoides. Os DMARD's

são drogas de ação lenta que mudam o curso evolutivo da doença diminuindo o processo erosivo e incapacitante. O início da ação desses fármacos é de 60 a 120 dias, necessitando o médico persistir o uso mesmo sem melhora clínica nessa fase inicial. Nesse meio tempo, o uso de sintomáticos pode ser associado. O DMARD de primeira escolha é o Metrotexato (LAURINDO, IMM et al, 2007; MOTA, LMH et al, 2011; SHAH, A et al, 2013).

Diante de toda essa complexidade, a LAAI se posiciona ministrando aulas com professores renomados no assunto (da UEPG e convidados), disponibilização para diálogos pré e pós-contato com os pacientes portadores de AR e discussões sobre a aplicação teórico-prática no ambulatório de Reumatologia do HURCG. Além disso, a escrita do manual sob supervisão de especialistas possibilitará a ampliação do conhecimento por parte dos participantes da liga, dos demais estudantes da UEPG e dos profissionais de saúde que atuam nas unidades básicas de saúde do município.

Resultados

Os resultados obtidos, além da finalização do capítulo sobre AR (pronto para publicação e distribuição na rede de atenção básica do município de Ponta Grossa), foram as melhoras no diagnóstico, solicitação de exames e tratamento dos pacientes portadores de AR do ambulatório de Reumatologia do HURCG. A comunidade atendida se beneficiou de diagnósticos mais rápidos, precisos, menos custosos e de um acompanhamento de tratamento e orientações com muito mais qualidade.

Considerações Finais

Conclui-se, portanto, que a alta prevalência e o alto grau de morbidade da AR justificam sua incorporação como pauta das reuniões teóricas da LAAI e de sua experiência prática no ambulatório do HURCG. Além disso, a formulação do capítulo no manual de doenças autoimunes para distribuição aos acadêmicos e aos profissionais de atenção básica reforça a LAAI como um projeto de extensão que traz benefícios à comunidade.

Referências

LAURINDO, Ieda Maria Magalhães. Artrite Reumatoide. In: FULLER, Ricardo. **Manual de Reumatologia para Graduação em Medicina**. São Paulo: Pontes, 1ªed, 2007. Cap. 6, p.42-55.

MOTA, Licia Maria Henrique; CRUZ, Boris Afonso; BRENOL, Claiton Viegas; PEREIRA, Ivanio Alves; FRONZA, Lucila Stange Rezende; BERTOLO, Manoel Barros, *et al*. Consenso

da Sociedade Brasileira de Reumatologia 2011 para o diagnóstico e avaliação inicial da artrite reumatoide. **Revista Brasileira de Reumatologia**. São Paulo, v. 51, n.3, p.199-219, 2011.

SHAH, Ankoor; ST. CLAIR, William. Rhematoid Arthritis. In: FAUCI, Anthony S. **Harrison's Rheumatology**. Nova Iorque: Mc Graw Hill, 3ªed, 2013. Cap.6, p.87-105.