
Artrite reumatóide: relevância médica e sócio-econômica

JEAN CARLOS PENATTI DE MELLO(G-UNINGÁ)¹
VITOR HUGO ENUMO DE SOUZA(UNINGÁ)²
VERONICA ELISA PIMENTA VICENTINI(UEM)³

RESUMO: Este artigo é uma revisão sobre artrite reumatóide doença esta, caracterizada por inflamação e dor, acompanhada por rigidez e acúmulo de líquido no interior das articulações. A articulação mais acometida é a do joelho, dos dedos das mãos e pés, coluna, quadril e fêmur. Por acometer pacientes em seus anos mais produtivos, possui um impacto econômico importante: segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, as incapacitações decorrentes desta doença, resultam em prejuízos anuais entre US\$ 7,5–17,6 bilhões. As doenças reumáticas são responsáveis pela perda de produtividade de 40 milhões de horas anuais de trabalho e constituem a segunda causa de benefícios pagos com auxílio-doença. No Brasil despertou-se o interesse pelos estudos envolvendo essa doença na década de 80, devido a população idosa estar crescendo no país. A prática de exercícios físicos, dieta correta e uso de fármacos são fundamentais para o tratamento da artrite reumatóide.

Palavras-chave: Artrite reumatóide. Aspectos gerais. Tratamento.

ABSTRACT: This article is a revision on rheumatoide artrite illness this, characterized by inflammation and pain, folloied for rigidity and accumulation of liquid in the interior of the joints. The joint more attack is of the knee, of the fingers of the hands and feet, column, hip and femur. For to to attack patient in its more productive years, it possess an important economic impact: according to estimates of the World-wide Organization of the Health, the decurrent incapacitacions of this illness, result in annual damages between USS 7,5 –17,6 billion. The rheumatic

¹Acadêmico do Curso de Ciências Biológicas, Faculdade Ingá – UNINGÁ

² Professor Mestre Faculdade Ingá – UNINGÁ - enumo_bio@ig.com.br

³ Professora UEM – Maringá -PR

illnesses are responsible for the loss of productivity of 40 million annual hours of work and constitute the second cause of paid benefits with sick pay. In Brazil the interest for the studies was it awake involving this illness in the decade of 80, had the aged population to be growing in the country. The practical one of physical exercises, correct diet and use of pharmacos are basic for the treatment of the rheumatoide artrite.

Key words: Rheumatoide Artrite. General aspects. Treatment.

INTRODUÇÃO

As doenças reumáticas constituem uma das patologias mais prevalentes na humanidade, causando significativa fonte de dor e incapacidade temporária e definitiva.

Apesar da sua enorme prevalência e do marcado impacto que acarretam em termos de sofrimento e incapacidade para os doentes, com enormes custos econômicos e sociais para a comunidade, a sua importância, relevância médica e sócio-econômica tem sido sucessivamente minorizada (FAUSTINO, 2002).

A artrite reumatóide é uma doença poliarticular inflamatória com manifestações sistêmicas e possivelmente a mais freqüente causa tratável de incapacidade no mundo Ocidental. Afeta ambos os sexos, embora surja com mais freqüência em mulheres, tendo o seu início sobretudo, em adultos jovens e mulheres na perimenopausa (MacGREGOR; SILMAN, 1998). É uma doença com um curso variável, podendo ser ligeira e recorrente ou grave e progressivamente invalidante, causando muitas vezes, incapacidade precoce para o trabalho e até perda da independência (CRUZ; BRANCO, 2002). Em um estágio precoce os sintomas e sinais inflamatórios são reversíveis com o emprego de terapêutica adequada. Já, em uma fase de doença estabelecida, a sua progressão leva a destruição articular e incapacidade, contribuindo para a morbidade destes doentes e a sua menor esperança de vida, bem como acarretando custos elevados, tanto pessoais como sociais e econômicos (EMERY; SALMON, 1995).

A artrite reumatóide acomete cerca de 2,1 milhões de pessoas apenas nos Estados Unidos, Ruof; Hulsemann, (2000) e aproximadamente 2 milhões no Brasil, Neiva (2003), sendo mais comum o acometimento em mulheres entre a 4ª e a 6ª décadas. Pode ocorrer a partir da segunda infância como Artrite Reumatóide Infantil (ARI). Mais de 9 milhões de consultas médicas por ano e mais de 250 mil hospitalizações ao ano, apenas na América do Norte, são devidas à artrite reumatóide. Por

acometer pacientes em seus anos mais produtivos, possui um impacto econômico importante: estima-se que as incapacitações decorrentes desta doença, resultem em prejuízos anuais entre US\$ 7,5 – 17,6 bilhões (RUOF et al., 2000). Segundo Scheinberg (1998), as doenças reumáticas, como a artrite, são responsáveis pela perda de produtividade de 40 milhões de horas anuais de trabalho. As doenças articulares constituem a segunda causa de benefícios pagos com auxílio-doença, nisso superadas, apenas, pelas doenças psiquiátricas. No Brasil despertou-se o interesse pelos estudos envolvendo essa doença nos meados da década de 80, devido ao fato da população idosa estar crescendo no país.

DESENVOLVIMENTO

A artrite reumatóide (AR) é uma doença inflamatória incurável e progressiva que pode atingir pessoas de todas as idades. Estima-se que cerca de 1% da população sofra desse problema. As mulheres são afetadas três vezes mais frequentemente que o homem. A prevalência aumenta com a idade, e nos grupos mais velhos as diferenças de sexo não são tão marcantes. A grande maioria dos pacientes inicia sua doença entre 35 e 50 anos. Como afeta diretamente as articulações, ela pode limitar os movimentos e dificultar muito a vida das pessoas acometidas pela doença (PAULINO, 2000).

Mas, assim como o escultor Aleijadinho e o pintor Henri Matisse superaram todos os desafios impostos pela artrite para verem sua arte reconhecida no mundo todo, boa parte das pessoas que sofrem dessa doença podem ter uma vida muito próxima do normal (PAULINO, 2000).

O principal sintoma da AR é a inflamação, vermelhidão, ardor e dor nas juntas. A AR afeta as membranas das articulações, cartilagens e ossos, podendo afetar todo o corpo, com perda de apetite, sentimento de mal estar entre outros sintomas. Não se sabe ao certo o agente causador da AR, mas há indicações de que seja o sistema imune agindo contra o próprio organismo (SEARLE, 2000). Existe uma predisposição genética para a doença e isso parece estar relacionado com um HLA (antígeno de histocompatibilidade) classe 2, o DR4, o qual está definitivamente aumentado em pacientes com AR de raça japonesa, negros e latino-americanos (SKARE, 1999).

A AR pode ser também provocada por bactérias, pelo excesso de exercício físico, forçando as articulações ao extremo e causando um

trauma irreversível, ou por razões auto-imunes, causadas pelas células do próprio corpo (LAURINDO et al., 2002).

A artrite reumatóide atua de diferentes formas em diferentes pessoas. Algumas têm somente uma forma branda de AR que não se torna mais severa. Outras têm tendência em desenvolver sérias deformidades nas juntas. Geralmente a AR é primeiramente detectada nas pequenas juntas das mãos, pés e pulso. Ela pode também se estender para as maiores juntas, como os cotovelos, ombros e joelhos, além do quadril e fêmur (SEARLE, 2000).

A AR pode comprometer significativamente a sexualidade. Distúrbios sexuais ocorrem em até 42% de homens portadores da doença. As alterações podem ser desde uma diminuição do interesse sexual até a impotência (33% dos casos). Tanto para homens como para mulheres, três fatores têm sido responsabilizados pelo comprometimento da sexualidade na AR: grande limitação física, dor e depressão. A presença de críticas e o afastamento do cônjuge comprometem a capacidade de suportar a dor, a qual restringe o desejo sexual (FRAGUAS JR, 2000).

Na maioria dos doentes, a AR é geralmente considerada uma doença não fatal, sendo mencionada nos certificados de óbito em menos de 50% dos casos. No entanto, doentes com AR mais grave (mais de 20 articulações atingidas) têm maior risco de mortalidade: por complicações decorrentes de sua mobilidade, infecções respiratórias e outras, doença cardiovascular, insuficiência renal e mielopatia cervical (CRUZ; BRANCO, 2002). Em quase todos os estudos publicados nas últimas três décadas se observa diminuição do tempo de vida entre 3 a 18 anos (PINCUS; CALLAHAN, 1996).

Segundo Fraguas JR. (1999), o transtorno depressivo pode ocorrer em até 23% e sintomas depressivos significativos em até 33,5% dos pacientes com AR. A depressão é mais comum em mulheres e associa-se com a intensidade da dor ou número de articulações dolorosas. Entre os pacientes portadores da doença, os mais jovens (menos de 45 anos) apresentam maior risco para a depressão do que aqueles com mais idade.

Pessoas com uma longa história de hábito de fumar pesado, são mais propensas que os não fumantes a ter AR. Esta é a conclusão de pesquisadores do Hospital Universitário Aintree, em Liverpool, Grã-Bretanha. Os pesquisadores concluíram que mesmo que o fumo em si não seja associado à AR, o fumo intenso e prolongado é um fator de risco. Quando esta relação é encontrada, geralmente é difícil dizer o que vem primeiro: as pessoas com AR fumam mais porque têm a doença ou as

peessoas que fumam muito tendem a ficar doentes por causa do cigarro. Os pesquisadores observaram que embora as razões para a forte associação entre fumar muito e a AR ainda não sejam conhecidas, uma ligação plausível seria o efeito do fumo na produção do fator reumatóide, anticorpos geralmente encontrados no sangue de pacientes com artrite reumatóide (TABACO HYPERMART, 2000).

A automedicação é um fato que acontece muito em nossa comunidade. Atualmente existe um número muito grande de antiinflamatórios não hormonais (AINHs), e acredita-se que, em termos de eficácia antiinflamatória, as doses se equivalem. Assim, teoricamente, se alguém tomar um grupo de pacientes com doenças de severidade equiparável e fornecer-lhes AINHs em doses comparáveis, a mesma porcentagem deles deverá ter uma boa resposta. Entretanto, no dia-a-dia, não é bem esta a impressão clínica. Nota-se, comumente, que a resposta de um indivíduo frente a uma certa droga é variável. Alguns têm resposta na primeira semana. Outros, usando a mesma droga, na mesma dose, só irão responder dentro de três a quatro semanas. Outros, ainda, nunca responderão. Essa variabilidade individual na resposta está provavelmente relacionada com o tempo de meia-vida, dose, tipo de metabolismo, mecanismo de ação, assim como a toxicidade da droga em questão (SKARE, 1999). Nos Estados Unidos, a automedicação do ácido acetilsalicílico é altamente difundida, pois é um antiinflamatório, analgésico e antipirético que age inespecificamente sobre as enzimas COX-1 e COX-2. A inibição da COX-1 faz com que o estômago perca sua proteção natural, o que explica os casos de hemorragia gástrica. Portanto, o uso indiscriminado de medicamentos pode causar grandes problemas para as pessoas (SEARLE, 2000).

Os antiinflamatórios são usados em inflamações recentes como as fraturas de ossos e dores musculares, ou inflamações crônicas, como a artrite reumatóide e a osteoartrose. Outros efeitos colaterais se manifestam nos rins e sangue (SEARLE, 2000). Skare (1999) afirma que os efeitos terapêuticos desse tipo de droga são dose-dependentes. Muitos dos AINHs quando usados em doses baixas são puramente analgésicos, e só têm atividade antiinflamatória quando usados em doses mais altas. Deve-se lembrar de que, embora os AINHs possam ter efeitos aparentes em uma semana, estes efeitos podem levar até mesmo um mês para aparecer, de tal maneira que é bom esperar esse período de tempo antes de considerar uma droga insatisfatória.

O padrão da dor é quem dita o tratamento para a artrite. Deve haver uma modificação nos hábitos do indivíduo, como a redução do suporte de peso, proteção das articulações afetadas, complementação com exercícios específicos, aplicação de compressas de calor ou frias, terapêutica medicamentosa e até, indicações cirúrgicas em alguns casos, e o suporte emocional, dadas as suas conseqüências sobre o dia-a-dia do paciente é fundamental. É fácil entender que uma doença como essa que além de causar dor crônica promove o aparecimento de muitas deformidades, impedindo o indivíduo de realizar muitas de suas tarefas, e que por isso, tem um impacto sócioeconômico bastante grande sobre a sua vida, acompanhado de um grau razoável de ansiedade, depressão, diminuição de auto-estima e perda da motivação. Essas alterações psíquicas não só prejudicam a qualidade de vida do indivíduo como também impedem que ele colabore com o tratamento (SILVA, 2002).

Para o tratamento, na maioria dos casos, há uma a prescrição de fármacos (antiinflamatórios não-hormonais, corticóides ou drogas de ação lenta), como também a alternância de repouso com exercícios específicos. O exercício físico pode ser importante no tratamento de pacientes portadores de artrite em uma fase onde a dor e o inchaço articulares estão controlados. Os exercícios podem ser passivos e ativos, podendo ser de três tipos: isométricos (contração muscular sem mobilização da articulação), isotônicos (contração muscular e mobilização da articulação) e isocinéticos (contração muscular com mobilização articular contra resistência). Além dessas mobilidades, também é importante a realização de exercícios aeróbicos de baixo impacto (caminhada, bicicleta ergométrica e natação), desde que estes sejam intercalados por um período de repouso (BRANDÃO, 1999).

Em relação a terapêutica nutricional, o paciente precisa ser esclarecido da necessidade de uma digestão apropriada, iniciada por uma boa mastigação, uma vez que a mesma libera enzimas importantes para a quebra de moléculas de amido em açúcares menores. O processo digestório passa por várias etapas físicas e químicas, onde o alimento sofrerá trituração e mistura com sucos gástricos, importante aos pacientes portadores de AR, já que muitos são deficientes na produção de ácido clorídrico e enzimas pancreáticas. Os alimentos quando digeridos de forma incompleta podem ser absorvidos inadequadamente pelo organismo; principalmente os de origem protéica que necessitam das enzimas pancreáticas, especialmente as proteases (CARDOSO, 2000).

A presença de verduras, legumes e frutas variadas se mostra primordial pela sua riqueza em flavonóides, substâncias essas que parecem estar relacionadas a propriedades antioxidantes, antiinflamatórias e anticarcinogênicas. As antocianidinas e proantocianidinas são flavanóides, presentes nas cascas e polpas de frutas como uvas, amoras e cerejas, que devem fazer parte do cardápio de pacientes reumáticos. Tais substâncias promovem atividade da vitamina "P", que aumenta os níveis de vitamina C intracelular, diminui a permeabilidade e possibilidade de ruptura dos vasos sanguíneos, protege contra a ação de radicais livres, fornece suporte às estruturas das articulações, promovendo uma boa sustentação de colágeno, importante para a manutenção tecidual do organismo. Flavonóides como a quercetina presente na cebola, também possuem efeitos antiinflamatórios (CARDOSO, 2000).

A indústria farmacêutica está crescendo cada vez mais, o que é altamente significativo para todos nós, já que isso possibilita a solução de antigos problemas para o homem, aumentando a sua expectativa de vida. Uma das grandes descobertas da indústria farmacêutica é o Celecoxib (Celebra: Searle/Pfizer), um antiinflamatório utilizado no tratamento do alívio da dor causada pela artrite reumatóide (SEARLE, 2000).

Lançado no ano de 2000 no Brasil, quase simultaneamente com os Estados Unidos, o Celebra tornou-se o medicamento para o tratamento das doenças articulares mais vendido em todo o mundo, sendo objeto de 50 estudos em 23 países, que comprovaram a eficácia do Celecoxib no alívio da dor e da inflamação (MARTINS, 2002).

Os remédios utilizados atualmente aliviam a dor, mas causam reações adversas graves, como sangramento gastrointestinal, que podem levar à morte. A droga atua inibindo uma enzima chamada ciclooxigenase (COX-2), responsável pela dor. Quando a COX-2 recebe um estímulo que provém de uma inflamação, como a artrite, produz a prostaglandina, responsável pela dor intensa. A substância ativa da droga irá associar-se à enzima e impedir a produção de prostaglandinas (SCHEINBERG, 1998). Por se tratar de um medicamento de ação específica, tem ação mínima sobre a enzima COX-1, que se encontra em quase todo o corpo e tem papel essencial na manutenção da mucosa gastrointestinal e na função plaquetária. O Celecoxib é contra-indicado às pessoas com hipersensibilidade a sulfonamidas e a sua dose recomendada é de 100 ou 200 mg/dia, sempre lembrando da necessidade de procurar auxílio médico antes de ingerir o medicamento (SEARLE, 2000).

Os resultados preliminares de vários estudos, comprovaram a eficácia do Celecoxib no tratamento como antiinflamatório nas doenças reumáticas, tendo sido inclusive, administrado a pessoas asmáticas, com intolerância à Aspirina. Revelou também, segurança em nível hepático e renal, provocando menos úlceras gastrintestinais e habituais complicações, revelando-se, simultaneamente, menos tóxico para os rins e fígado (RASTEIRO, 2001).

O risco de ocorrência de eventos cardiovasculares associados a medicamentos inibidores da COX-2 vem sendo muito debatido atualmente. Esta questão tem sido alvo das atenções da INFARMED e das outras Agências Europeias de Medicamentos, que estão avaliando todos os elementos disponíveis, nomeadamente os citados neste estudo, para posteriormente, desencadear as medidas de segurança consideradas adequadas (INFARMED, 2001).

Em 2004, a empresa Pfizer, fabricante do Celebra, que teve vendas de US\$ 3,3 bilhões neste mesmo ano, informou que testes em pacientes feito pelo Instituto Nacional do Câncer (NCI) mostraram aumento significativo nos riscos de ataques do coração. O Vioxx, feito pela Merck e que teve uma venda de US\$ 2,5 bilhões ano passado, foi tirado do mercado em setembro após resultados similares terem sido apontados em testes. Há agora evidência clínica de que todas as drogas COX-2 no mercado, em algumas circunstâncias, aumentam a incidência de ataques de coração entre seus consumidores. Ele disse que o FDA está preocupado com o Celebra e o Bextra e estava considerando medidas regulatórias que poderiam incluir forçar a retirada do Celebra do mercado ou pôr avisos no rótulo (SINGH, 2006).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) aprovou neste ano o registro de uso do rituximabe (conhecido comercialmente como MabThera) para tratar pacientes que sofrem de artrite reumatóide. O novo medicamento age seletivamente contra as células B - que têm papel chave dentro do processo inflamatório responsável pelo dano ósseo e cartilaginoso (uma característica da doença) (BRANDÃO, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças articulares representam um flagelo da humanidade e constituem a maior causa isolada de invalidez no mundo moderno. O desenvolvimento de um tema sobre as articulações, incluindo o ambiente sinovial, reflete, em grande parte, a necessidade que têm os médicos em

geral, de um melhor conhecimento dessas estruturas (SCHEINBERG, 1988).

Quando se deu início à utilização de novas drogas, pareceu que todas eram vantajosas. Gradualmente seus defeitos vão sendo descobertos e entende-se a importância real que têm a terapêutica clínica. Acreditava-se, até então, que os inibidores da COX-2 tinham todas as vantagens dos antiinflamatórios não-hormonais (AINHs) e nenhuma das desvantagens. Mas aos poucos têm sido descobertos os problemas de seu uso. Não parece haver diferenças de importância nas ações em nível renal dos inibidores seletivos da COX-2 e os AINHs tradicionais. Deve-se tomar então, as mesmas precauções de quando se administra um antiinflamatório não-hormonal (SWAN; LASSETER, 2000).

Ao chegar ao mercado, Vioxx e Celebra foram saudados como drogas revolucionárias que podiam tratar não só a dor das pessoas com artrite, mas tinham potencial para salvar a vida delas. Essa é talvez a forma mais clara de como a confluência de marketing e medicina pode transformar esperança em modismo.

REFERÊNCIAS

BRANDÃO, A. C. C. **Droga usada p/ tratar câncer (rituximabe) é nova alternativa (artrite reumatóide)**. Disponível em:

http://cvirtual-anvisa.bireme.br/tiki-read_article.php?articleId=963>. Acesso em 20 set. 2006.

BRANDÃO, L. Artrites: Os benefícios com o desenvolvimento dos músculos. *Revista Articulando* 1:4-5, 1999.

CARDOSO, L.M. **Existencialismo**: Jornal existencial. Disponível em: <<http://www.existencialismo.org.br/jornalexistencial/luciartrite.htm>>.

Acesso em 19 dez. 2000.

CRUZ, M.; BRANCO, J.C. Artrite reumatóide: fatores de prognóstico e seguimento. *Acta Reum. Port.*, 27: 183-190, 2002.

EMERY, P.; SALMON, M. Early rheumatoid arthritis: time to aim for remission?. *Ann. Rheum. Dis.*, 54 (12): 944-947, 1995.

FAUSTINO, A. Epidemiologia e importância econômica e social das doenças reumáticas: estudos nacionais. *Acta Reum. Port.*, 27: 21-36, 2002.

FRAGUAS JÚNIOR, R. Artrite reumatóide e depressão. *Rev. Articulando* 2:5, 1999.

FRAGUAS JÚNIOR, R. Interesse sexual exige enfoque adequado. *Rev. Articulando* 3:4, 2000.

INFARMED. **Instituto nacional da farmácia e do medicamento.** Disponível em: <<http://www.infarmed.pt/notasimprensa/celecoxib.htm>>. Acesso em 27 nov. 2001.

LAURINDO, I.M.M. et al. Consenso Brasileiro para o diagnóstico e tratamento da artrite reumatóide. *Rev. Bras. Reumat*, 42, n.6, p. 355 – 361, 2002.

MacGREGOR, A.; SILMAN, A. Rheumatoid Arthritis: Classification and epidemiology. *Rheumatology*, 5: 21-26, 1998.

MARTINS, D. **Combate ao câncer de pulmão.** Disponível em: <<http://www.medicobrasil.com.br/noticias/not002.html>>. Acesso em 17 dez. 2002.

NEIVA, P. Ossos que entortam. *Revista Veja*. São Paulo: Ed. Abril, 1789 ed., n° 06, ano 36, 2003. p.81.

RASTEIRO, G. **Novas perspectivas para doentes reumáticos.** Disponível em: <http://www.selfrelease.com/files/press_html/html_press_62.htm>. Acesso em 30 out. 2001.

PADETEC. **Parque de desenvolvimento tecnológico/Universidade Federal do Ceará.** Disponível em: <<http://www.padetec.ufc.br/artrite.htm>>. Acesso em: 15 out. 2000.

PAULINO S. **Pacientes com artrite gastam mais energia para caminhar.** Disponível em:

<[http:// www.unifesp.br/comunicacao/jpta/ed141/pesqui3.htm](http://www.unifesp.br/comunicacao/jpta/ed141/pesqui3.htm)>. Acesso em: 15 out. 2000.

PINCUS, T.; CALLAHAN, L.F. Prognostic factors in Rheumatoid Arthritis seriously: Predictive markers, socioeconomic status and comorbidity. *J. Rheumatology*, 13: 841-845, 1996.

RUOF, J.; HULSEMAN, J.L. Cyclooxygenase-2 (Cox-2) selective inhibitors: socioeconomic and pharmaco-epidemiologic aspects. *J Rheumatol*. Edited by national Library of Medicine. P:124, 2000.

SCHEINBERG, G. Droga é nova arma contra dores da artrite. *O Estado de S. Paulo*, 1998.

SEARLE. **Arthritis pain relief. Celecoxib capsules**. Searle/Pfizer and Co. Inc. Disponível em: <[http:// www.searle.com.br](http://www.searle.com.br)>. Acesso em: 02 dez. 2000.

SILVA, J.A.P. Psico-neuro-endocrino-imuno-reumatologia: explorando os mecanismos biológicos e as manifestações psico-somáticas. *Acta Reum. Port* 27: 251-262, 2002.

SINGH, G. **Celebra e vioxx**: medicina e marketing. Disponível em: <<http://www.jornaldaciencia.org.br/Detail.jsp?id=24204>>. Acesso em: 23 set. 2006.

SKARE, T.L. **Reumatologia**: princípios e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.

SWAN, S.R.; LASSETER, K.R. Effect of Cyclooxygenase-2 inhibition on renal. Function in elderly persons receiving a low salt diet. *Annals of Intern Med.*, p. 1-9., 2000.

TABACO HYPERMART. Disponível em: <[http:// www.tabaco.hypermart.net/artrite.htm](http://www.tabaco.hypermart.net/artrite.htm)>. Acesso em: 13 dez. 2000.

