



JOÃO RODRIGUES DA SILVA NETO

**DIAGNÓSTICO CLÍNICO-LABORATORIAL:
ARTRITE REUMATOIDE EM IDOSOS**

São Luís
2020

JOÃO RODRIGUES DA SILVA NETO

**DIAGNÓSTICO CLÍNICO-LABORATORIAL:
ARTRITE REUMATOIDE EM IDOSOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Pitágoras Maranhão, como requisito parcial para a obtenção do título de graduado em Biomedicina.

Orientador: Lara Quirino

JOÃO RODRIGUES DA SILVA NETO

DIAGNÓSTICO CLÍNICO-LABORATORIAL:
ARTRITE REUMATOIDE EM IDOSOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Pitágoras Maranhão, como requisito parcial para a obtenção do título de graduado em Biomedicina.

BANCA EXAMINADORA

Prof(a). M.a. Caroline Cunha Fontoura

Prof(a). Titulação Nome do Professor(a)

Prof(a). Titulação Nome do Professor(a)

São Luís MA, 09 de dezembro de 2020

AGRADECIMENTOS

A princípio quero agradecer a Deus, que me deu força e iluminou meu caminho para que eu pudesse quebrar todas as barreiras até conseguir o meu grande objetivo.

A minha irmã Vanessa Mendonça e minha mãe Maria Miquelina, minhas tias Maria Rosilene e Raimunda Macedo que lutaram para não desistir do meu sonho e fizeram com que eu realizasse minha tão sonhada graduação e que sempre estiveram comigo. Aos meus primos William Macedo e Wellton Macedo, que me ajudaram sempre incentivando com os estudos durante essa minha jornada. Agradeço aos meus avós Maria Sobreira e João Rodrigues pois sem eles seria impossível que completasse essa etapa da minha vida. As minhas amigas Idarlete Oliveira, Isis Bheatriz e Thays Marques, que me apoiaram nas horas mais difíceis e sempre estiveram.

À faculdade eu só tenho a minha eterna gratidão por ter me proporcionado conhecimento e os recursos que ela ofereceu. À minha orientadora Lara Quirino pela sua dedicação e paciência durante este trabalho, suas experiências ajudou bastante para o resultado final deste trabalho. A todos os professores pelo o auxílio nas atividades, em especial Caroline Fontoura, Iran Reis e Isana Feitosa agradeço muito, porque sempre estiveram dispostos a me ajudar.

Agradeço também aos meus amigos da faculdade Gisely Silva, Grazielle Nunes, Madleine Lobato, Matheus Reis, Luciana Oliveira e Luanna Dutra que me acompanharam nessa trajetória, ajudando nos estudos em momentos ruins me motivando a continuar, só tenho agradecer por todos os momentos, sem vocês as coisas seria bem difícil.

Não importa quem você é, de onde você veio, o coração é sua identidade.”(Lady Gaga)

NETO, João Rodrigues da Silva. **Diagnóstico clínico-laboratorial: Artrite reumatoide em idosos**, 2020.22. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Biomedicina) – Faculdade Pitágoras Maranhão, São Luís, 2020.

RESUMO

A presente pesquisa contribui como propósito de demonstrar a ocorrência da artrite reumatoide (AR) em idosos e como se manifesta, mostrando que é uma doença crônica que afeta à grade maioria da população que certos fatores podem promover o desenvolvimento da doença como ambientais hormonais e imunológicos, compreende que os pacientes podem apresentar sinais e sintomas diversos. Foi analisado a extrema importância as definições da manifestação clínica da AR e seus critérios para se chegar à vistoria clínica, como principal abordagem compreender o diagnóstico laboratorial, tem como objetivo mostra as supostas causas e as formas de tratamento para melhorar a qualidade de vida do idoso, controlando os sintomas. O trabalho exposto visa o diagnóstico, pois se a doença é descoberta no início há um melhor resultado, e logo após dê início ao tratamento podendo mudar os estilos de vida dos pacientes, é de suma importância saber os métodos de tratamento para minimizar a inflamação. Conforme o exposto conclui que é necessário um diagnóstico precoce para que se inicie o tratamento adequado no qual seja eficaz para controlar a artrite reumatoide.

Palavras-chave; Artrite Reumatoide; Idoso; Manifestações clínica; Diagnóstico clínico; Tratamento.

NETO, João Rodrigues da Silva. **Diagnóstico clínico-laboratorial:** Artrite reumatoide em idosos, 2020.22. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Biomedicina) – Faculdade Pitágoras Maranhão, São Luís, 2020.

ABSTRACT

This research contributes with the purpose of demonstrating the occurrence of rheumatoid arthritis (RA) in the elderly and how it manifests itself, showing that it is a chronic disease that affects the vast majority of the population that certain factors can promote the development of the disease such as hormonal and immunological environment , understands that patients may present different signs and symptoms. The definitions of the clinical manifestation of RA and its criteria for arriving at the clinical examination were analyzed as extremely important, as the main approach to understanding the laboratory diagnosis, aims to show the supposed causes and forms of treatment to improve the quality of life of the elderly controlling the symptoms. The exposed work aims at the diagnosis, because if the disease is discovered in the beginning there is a better result, and soon after starting the treatment, changing the patients' lifestyles, it is extremely important to know the treatment methods to minimize the inflammation. As stated above, it is concluded that an early diagnosis is necessary to initiate the appropriate treatment in which it is effective to control rheumatoid arthritis.

Key words; Rheumatoid arthritis; Old man; Clinical manifestations; Clinical diagnosis; Treatment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AINE Anti-inflamatórios Não Esteroides

AR Artrite Reumatoide

CCP Anticorpo Antipeptídeo Citrulinado

FR Fator Reumatoide

FARMD Fármacos Antirreumáticos Modificadores de Doença

HLA Antígeno Leucocitário Humano

IFD Articulações Interfalagianas Distais

IFP Articulações Interfalangiadas Proximais

MCF Articulações Meta-carpofalangianas

MTF Articulações Metatarsofalângicas

PAD Enzima Peptidil-arginina Deaminase

TGF Fator de Crescimento Transformador

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OS ASPECTOS QUE FAVORECE O APARECIMENTO DA AR	12
3. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS DA ARTRITE REUMATÓIDE	15
4. CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DA AR E A IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO.....	18
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	22

1. INTRODUÇÃO

A artrite reumatoide é conhecida por ser uma doença autoimune que ataca às articulações do corpo gerando rigidez, inchaço e dores. Essa inflamação crônica não ser tratada, podendo haver várias complicações como deformidades nos tornozelos, joelhos, dedos, ombros, pés, coluna cervical e alguns órgãos internos tais como coração, pulmão, rins. Em relação aos sintomas há pessoas acima dos 35 anos que apresentam logo bem no início, são elas que estão mais favorável em adquirir a doença por conta de vários fatores como, mudanças hormonais, infecções, fatores ambientais e genéticos, o consumo de cigarro que pode estar relacionado com a doença.

AR não é muito comum em jovens e crianças, então a pesquisa tem como fundamento expor as manifestações dessa doença em pessoas na fase adulta, visando a melhor forma para o tratamento garantido que o idoso mantenha o sistema imunológico fortalecido ajudando prevenir a perda ou diminuição dos movimentos.

O estudo presente tem como propósito de demonstrar a ocorrência da artrite reumatoide (AR) em idosos e como se manifesta, mostrando que é uma doença crônica que afeta à grande maioria da população. E quais os fatores podem promover o desenvolvimento da doença? Compreende-se que os fatores ambientais hormonais e imunológicos pode estar ligado a doença, compreende que os idosos podem apresentar sinais e sintomas diversos parecido com outras doenças autoimune inflamatória.

O objetivo geral deste trabalho é entender a ocorrência do diagnóstico clínico laboratorial da AR em idosos. Essa doença costuma se demonstra com maior periodicidade entre o público do sexo feminino, isso acontece por conta do fator hormonal, alterando o sistema imune da mulher e algumas vezes pode ser por fatores genéticos.

Entender os tipos mais comuns da artrite reumatoide em idosos. Especificar os tipos de AR mais evidentes que possa surgir no idoso é também um dos objetivos desse estudo. Analisar supostas causas que pode levar o surgimento da artrite reumatoide em idosos. As causas é um sinal interessante de ser analisado e estudado a causa da AR ainda é desconhecida em relação

ao seu aparecimento, mais há fatores que resulta no aumento da inflamação.

Outro ponto importante do estudo é o diagnóstico, pois se a doença é descoberta no início há um melhor resultado, e logo após dê início ao tratamento podendo muda os estilo de vida dos pacientes, é de suma importância saber os métodos de tratamento para minimizar a dor e mudanças na rotina diária, como dietas e exercícios físico, de acordo com o grau de incapacidade de cada indivíduo aumentando a chance de recuperação. Trazer inforações importatntes, experiências e tratamento da AR e seus efeitos no combate da doença.

Um aspecto essencial no estudo é entender a importância da doença e os tratamentos, para que possa implementar modificações no estilo de vida do paciente. De acordo com dados estatísticos, as pessoas que forem precocemente diagnosticado o rumo clínico da doença vai diminuir, e aumentando assim o prognóstico melhorando a qualidade de vida dos idosos. O estudo em artigos de emenda em pró sobre informações da doença e se tratando da hipótese dos aspectos para o aparecimento da AR em idodos, os estudos mostrará mais base de dados.

2. OS ASPECTOS QUE FAVORECE O APARECIMENTO DA AR

De acordo com Mourad (2013), conforme citado por Mafron et. al. (2015,p.8), ela pode aparecer “a artrite reumatoide pode surgir devido a vários fatores, dentre eles predisposição genética, exposição a fatores ambientais e possivelmente infecções, sendo que a causa de maior importância é a tendência genética, pois acredita-se que alguns genes interajam com outros fatores causadores da doença”.

A artrite reumatoide como qualquer outra doença autoimune crônica, é causada por diversos fatores ambientais, hormonais e imunológicos, que favorece o aparecimento da AR, com isso vai acometer as articulações causando deformidades no local afetado comprometendo assim ao movimento (HORIUCHI et al., 2017).

Existe uma grande variabilidade nas formas de apresentação da artrite reumatoide (AR). A idade de início da doença parece ser um elemento determinante no seu espectro clínico. São considerados pacientes com AR de idade de início no idoso (*elderly onset rheumatoid arthritis* ou Eora) aqueles nos quais a doença se iniciou em idade igual ou acima de 60 anos. Essa forma de AR contribui com 10-33% dos casos da doença. A prevalência da AR aumenta com a idade. Estima-se que ocorra em até 2,2% da população acima de 55 anos (HORIUCHI et al., 2017).

A artrite reumatoide (AR) é uma doença autoimune inflamatória e crônica que afeta aproximadamente 1% da população adulta mundial. A doença caracteriza-se pela inflamação do tecido sinovial de múltiplas articulações, levando a destruição tecidual, dor, deformidades e redução na qualidade de vida do paciente. Sua etiologia é complexa e em grande parte desconhecida, porém estudos demonstram a influência de fatores genéticos e ambientais em sua patogênese (GOELDNER et al., 2011).

Os fatores genéticos são muito importantes para desencadear as doenças autoimunes, diante disso, estudos avançados de biologia molecular fornecem dados e informações que são capazes de esclarecer os dados morfológicos, alterações moleculares e possibilidade de diagnósticos de uma determinada patologia, como acontecem na artrite. Esta doença que é frequente e evolutiva, em geral acomete grandes e pequenas articulações em associação com

manifestações sistêmicas (NEVES, 2017).

Devido à forte influência genética, familiares de pacientes com AR formam um grupo de risco para o desenvolvimento da doença, principalmente em sua forma mais grave. No entanto, o diagnóstico precoce da AR é ainda bastante difícil diante da heterogeneidade das manifestações clínicas da doença, o que acaba retardando a implantação terapêutica (GOELDNER et al., 2011).

Mais de uma centena de locis foram associados com o risco de desenvolver AR. O antígeno leucocitário humano (HLA)-DRB1 tem associação com o aparecimento da doença. Além disso, alguns genótipos HLA são particularmente associados com doença erosiva mais agressiva e com maior mortalidade. A sequência de aminoácidos nas posições 70 a 74 do HLA-DRB1 (denominado epítipo compartilhado ou epítipo reumatoide) está associada à maior suscetibilidade e gravidade da doença (MEDICINA, 2017).

Conforme Goranzy (2009), e segundo citado por Morais et. al (2014,p.595) “a lesão tecidual na AR não é imunologicamente mediada diretamente pelas células T ativadas ou pelos autoanticorpos produzidos por células B. Desenvolve-se a partir do processo de remodelação do tecido sinovial em resposta aos estímulos inflamatórios que fazem com que o tecido se torne proliferativo e com a estrutura alterada pela ação dos osteoclastos ativados que promovem reabsorção óssea”.

Os fibroblastos são ativados produzindo localmente mediadores que dão sustentação ao processo inflamatório (IL-6, IL-15, TGF, quimiocinas, fatores de crescimento de fibroblastos), além de produzirem enzimas e resposta de fibroblastos sinoviais, osteoclastos sinoviais, que promoverão a destruição articular da matriz extracelular e pequenas articulações (MEDICINA, 2017)..

As evidências sugerem que a AR decorre provavelmente de vários fatores: com uma combinação inicial de estímulos do meio ambiente, estilo de vida, entre outros insultos, que ocorrem em um indivíduo geneticamente predisposto, levando à quebra de sua tolerância imune. Um gatilho adicional, possivelmente infeccioso, aumenta a resposta autoimune mediada por células T. Esse processo causa sinovite crônica, caracterizada por leucócitos e células do estroma e a desregulação de comorbidades mais amplas pode afetar vários órgãos, como o coração e os ossos (MEDICINA, 2017).

Nos últimos 20 anos, Vessey e col., propuseram uma associação existente entre tabagismo e a susceptibilidade para AR e inúmeros estudos subsequentes confirmaram o aumento do risco de doenças entre fumantes. O mecanismo pelo qual a exposição ao tabagismo deve induzir a doença é ainda controverso. Quanto maior for exposição ao fumo, maior será a imunoestimulação levando a alguns mecanismos de imunossupressão (LIMA et al., 2009, p. 346).

Outra hipótese proposta para o tabagismo relacionado com a AR é através dos efeitos antiestrogênicos e da indução do estresse oxidativo. Em pacientes portadores do epítipo compartilhado HLA DRB1 são aqueles em que o tabagismo parece determinar um risco maior de aparecimento da AR, e neste subgrupo, recentemente tem-se demonstrado a possibilidade de que o tabagismo modifique proteínas humanas, levando-as a citrulinização e formação de neoantígenos, com conseqüente autoimunidade (LIMA et al., 2009, p. 346).

3. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS DA ARTRITE REUMATÓIDE

A AR constitui uma doença inflamatória crônica progressiva, sendo caracterizada por sinovite com envolvimento preferencial de articulações de mãos e punhos, de caráter simétrico e aditivo. As manifestações clínicas da AR podem ter início em qualquer idade, embora sejam observadas com mais frequência na quarta e quinta décadas de vida (GOELDNER et al., 2011,p.497).

Artrite Reumatoide pode apresentar-se em qualquer idade e em qualquer paciente, porém mais comum em mulheres em idade fértil, ao passo que os homens costumam ser acometidos entre a sexta e a oitava décadas. Embora a AR tenha um importante componente genético, a maioria dos pacientes não tem qualquer história familiar (IMBODEM; STONE; HOLLMANN, 2011, p.161).

As articulações mais frequentemente afetadas são as sinoviais periféricas, como metacarpo e metatarso falangianas, tornozelos e punhos. No entanto, também pode haver comprometimento de joelhos, ombros, cotovelos e quadris. Articulações como a temporomandibular, as articulações sinoviais da coluna e a laringe são ocasionalmente afetadas, o que pode dificultar o diagnóstico (GOELDNER et al.,2011, p.497).

A maior parte dos pacientes relata o acometimento inicial das pequenas articulações, classicamente das IFP, MCF (punhos) e MTF, com o acometimento das grandes articulações geralmente ocorrendo mais tardiamente. Os sintomas incluem dor, aumento de volume articular, calor e rigidez prolongada. com predomínio pela manhã. A realização das atividades de rotina, como escovar os dentes e pentear o cabelo, pode tornar-se muito difícil de manhã cedo, e os pacientes em geral relatam que é necessário deixar correr água morna sobre as mãos, “para aquecê-las” no sentido de preparar para o movimento (Fig. 01) (IMBODEM; STONE; HOLLMANN, 2011, p.162).

Segundo John, John e David (2011, p.164,166) as manifestações extra-articulares podendo ser sistêmica em alguns pacientes. Aspectos como fadiga, perda de peso e febre baixa ($\leq 38^{\circ}\text{C}$) podem ocorrer raramente, tendem a ser mais comuns nos pacientes com fator reumatoide positivo.

Manifestações articulares podem afetar qualquer articulação sinovial ver mais comumente, a doença começa nas articulações MCF, IFP punhos e MTF depois joelhos, cotovelos, tornozelos, quadris e ombros, aproximadamente nessa ordem. O tratamento precoce ajuda a limitar o número de articulações envolvidas. De particular importância, a AR quase sempre poupa as articulações interfalangianas distais (IFD) em contrapartida, estas articulações costumam estar envolvidas na osteoartrite e na artrite psoriática (IMBODEM; STONE; HOLLMANN, 2011, p. 162-163).

As mãos são o principal local de acometimento em quase todos os pacientes com AR. O acometimento da mão é responsável por uma fração significativa das incapacidades causadas pela AR. A doença precoce típica, sendo o aumento do volume das articulações IFP facilmente observável. As articulações IFD quase sempre são poupadas, a menos que o paciente também tenha osteoartrite, ambas as doenças são comuns e podem coexistir, particularmente nos pacientes idosos (IMBODEM; STONE; HOLLMANN, 2011, p.163).

Os punhos estão envolvidos na maior parte dos pacientes com AR. Cedo na evolução da doença, a proliferação sinovial nos punhos e em suas adjacências pode comprimir o nervo mediano, causando a síndrome do túnel do carpo. A sinovite crônica pode levar ao desvio radial do punho e, em casos graves, à subluxação ulnar (IMBODEM; STONE; HOLLMANN, 2011, p. 163).

Conforme Isabela et al. (2011, p.498) “o edema, dor e calor local são características das articulações afetadas, que podem ainda apresentar rubor local. Deformações articulares ocasionadas por inflamação persistente, como boutonnière ou em “pescoço de cisne”, são características da AR não tratada”.

Os pés, em particularmente as articulações MTF, são precocemente acometidos em quase todos os casos de AR e, no que diz respeito a incapacidade funcional, seu acometimento é ultrapassado apenas pelo das mãos (IMBODEM; STONE; HOLLMANN, 2011, p. 163).

Erosões radiográficas ocorrem nos pés pelo menos tão precocemente quanto nas mãos (especialmente na quinta MTF). A sublocação das articulações MTF dos artelhos pode ocorrer e leva ao duplo problema de ulcerações cutâneas das pontas dos pododáctilos e de deambulação dolorosa, pela perda dos coxins gordurosos amortecedores que protegem os metatarsos. Os sintomas de sublocação das MTF podem responder às órteses ou necessitar de cirurgia (IMBODEM; STONE; HOLLMANN, 2011, p. 163).

O acometimento das grandes articulações (joelhos, tornozelos, cotovelos, quadris e ombros) é comum, mas geralmente ocorre algo mais tarde que o das pequenas articulações. É característico o acometimento simétrico de toda a superfície da articulação. Portanto, a AR não é apenas simétrica em relação a ambos os lados do corpo, mas também em relação a cada articulação acometida (IMBODEM; STONE; HOLLMANN, 2011, p. 163).

Os cistos sinoviais apresentam-se como massas flutuantes adjacentes às articulações acometidas (grandes ou pequenas). Os cistos sinoviais do joelho

são talvez o melhor exemplo desse fenômeno. O joelho inflamado produz um excesso de líquido sinovial que pode acumular-se posteriormente, por um efeito de valva unidirecional estabelecido entre a articulação do joelho e o espaço poplíteo (IMBODEM; STONE; HOLLMANN, 2011, p.164).

Os nódulos reumatoides são observados em pacientes com AR, quase que exclusivamente nos soropositivos para o fator reumatoide. De fato, os pacientes com nódulos, mas sem fator reumatoide positivo devem ser cuidadosamente avaliados quanto à possibilidade de um diagnóstico alternativo, como gota tofácea crônica. Os nódulos reumatoides em geral são subcutâneos e ocorrem tipicamente sobre as superfícies extensoras e outros pontos de pressão em particular nos antebraços e sobre as articulações (IMBODEM; STONE; HOLLMANN, 2011, p. 164).

A dor e as deformidades articulares são características do processo inflamatório crônico na artrite reumatoide não controlada, resultando com frequência em incapacidade funcional. Como consequência, após 15 anos de diagnóstico da artrite reumatoide apenas alguns dos pacientes são capazes de trabalhar. Além disso, devido a patologias associadas à doença os pacientes com artrite reumatoide, têm expectativa de vida menor que a da população em geral (FALEIRO et al., 2011).

4. CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DA AR E A IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO

O diagnóstico da AR é clínico pode ser feito mesmo sem a ajuda de anormalidades laboratoriais. De alguma forma, porém, existem testes que podem ajudar tanto no diagnóstico como no seguimento e prognóstico dos pacientes (SILVA et al., 2003, p. 556).

O hemograma pode mostrar anemia de doença crônica moderada a intensa. Esta anemia é normocítica e normocrômica no início da doença passando a microcítica e hipocrômica se o processo inflamatório não for controlado. Podemos encontrar trombocitose que se correlaciona com a presença de inflamação (SILVA et al., 2003, p. 556).

O FR reumatóide é uma imunoglobulina IgM anti-IgG presente no soro em alguns dos pacientes com AR. O fator reumatóide não é específico para a artrite reumatóide, podendo estar presente em estados de estimulação imunológica crônica como na tireoidite autoimune, em outras doenças reumatológicas (lúpus, síndrome de Sjögren). Assim sendo, a presença do fator reumatóide por si não estabelece o diagnóstico de artrite reumatóide, porém, associado ao quadro clínico, pode confirmar o diagnóstico e em altos títulos pode indicar doença mais agressiva (SILVA et al., 2003, p. 558).

O Colégio Americano de Reumatologia fornece critérios de classificação que, embora não concebidos especialmente para esse fim, são amplamente usados no auxílio ao diagnóstico de AR. Os primeiros cinco critérios são clínicos, apenas os dois últimos critérios requerem testes de laboratório ou radiografias. Notar que é necessário que os primeiros quatro critérios estejam presentes por pelo menos 6 semanas antes que se possa fazer um diagnóstico de AR. Critérios do Colégio Americano de Reumatologia para a artrite reumatoide é rigidez matinal prolongada, artrite em três ou mais articulações, artrite na s mãos, artrite simétrica, nódulos reumatoide, fator reumatoide sérico positivo e alterações radiográficas (erosões) (IMBODEM; STONE; HOLLMANN, 2011, p. 162).

Estes critérios foram descritos para utilização em pesquisas, sendo denominados critérios “classificatórios” mais do que “diagnósticos”. A crítica que se faz à sua utilização para fins de diagnóstico em um paciente individual é que estes critérios não são sensíveis o suficiente para detectar casos iniciais. Assim, um paciente no início da artrite reumatóide nem sempre apresenta sinais e sintomas suficientes para satisfazer um número mínimo de critérios, embora a doença já esteja presente (SILVA et al., 2003, p. 558).

A busca por marcadores diagnósticos e prognósticos da AR tem sido objeto de inúmeros estudos. A citrulinização consiste na modificação pós-traducional de determinada proteína, na qual um resíduo de arginina é convertido em citrulina. Esse processo é catalisado pela enzima peptidil arginina deiminase (PAD) e neutraliza o caráter fortemente básico da arginina. Os anticorpos anti-CCP são produzidos localmente na membrana sinovial inflamada e no líquido sinovial de pacientes com AR e são capazes de reagir com diversos peptídeos citrulinados (GOELDNER et al., 2011, p. 500).

Quando se verifica que um paciente com poliartrite simétrica mesmo que de apenas algumas semanas de duração é positivo para anticorpos anti-CCP, deve ser encaminhado imediatamente para um reumatologista, com o diagnóstico presuntivo de AR. Embora maioria dos pacientes com AR apresente dor, rigidez e aumento do volume articular, que têm início em múltiplas articulações ao longo de semanas ou meses, alguns podem ter uma apresentação abrupta e outros ainda um início tão insidioso que o paciente dificilmente nota (IMBODEM; STONE; HOLLMANN, 2011, p. 167).

De acordo com John, John e David (2011, p.167) o reconhecimento recente de que os anticorpos anti-CCP são altamente específicos para AR deve ajudar a acelerar o diagnóstico.

Uma vez que os autoanticorpos podem ser detectados em fases precoces da AR, sua utilidade diagnóstica e prognóstica é notável, sendo considerados marcadores de pior prognóstico para a afecção. O anticorpo anti-CCP também pode ser detectado nos pacientes FR negativo (GOELDNER et al., 2011, p. 500).

Como a duração da doença, antes do tratamento utilizando-se fármacos modificadores da evolução da doença, pode ser um dos mais fortes fatores preditivos do desfecho, estabelecer rapidamente o diagnóstico correto é de importância crítica. Todos os paradigmas atuais para o tratamento da AR enfatizam o uso agressivo e precoce dos fármacos modificadores da evolução da doença (IMBODEM; STONE; HOLLMANN, 2011, p. 169).

A artrite reumatoide (AR) é uma doença que não tem cura e requer tratamento durante toda a vida. As terapias disponíveis atualmente são efetivas, mas os esquemas terapêuticos muitas vezes são complexos (IMBODEM; STONE; HOLLMANN, 2011, p. 170).

Existam múltiplas opções de tratamento, os estudos clínicos são relativamente poucos, tornando a experiência clínica muito importante. Por essas razões, e devido ao rápido surgimento de novas medicações, o reumatologista deve monitorar a assistência a todos os pacientes com AR. Na maioria dos casos, os pacientes também devem consultar fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais para aprender exercícios de amplitude de movimento, sobre proteção articular e sobre o uso de dispositivos de auxílio complexos (IMBODEM; STONE; HOLLMANN, 2011, p. 170).

O tratamento atual para a artrite reumatoide envolve o uso de várias drogas antirreumáticas que modificam o curso da doença e agente biológicos que exigem supervisão médica continuada (LAURINDO, 2008, p. 1).

Se a AR for tratada no início usando terapias disponíveis atuais a remissão é possível em pacientes. Infelizmente, as remissões requerem o uso contínuo de medicações, embora nem sempre duráveis (IMBODEM; STONE; HOLLMANN, 2011, p. 170).

Quatro categorias amplas de terapias clínicas são usadas para o tratamento da AR: anti-inflamatórios não-esteroides (AINE), glicocorticoides, os convencionais fármacos antirreumáticos modificadores de doença (FARMD). Quase todos os pacientes requerem o uso de mais de um tipo de medicação e, com raras exceções, todos os pacientes devem receber terapia com FARMD (IMBODEM, STONE, HOLLMANN, 2011, p.170).

A duração da doença antes da terapia com FARMD pode ser um dos previsores mais importantes do prognóstico portanto, fazer o diagnóstico correto e instituir o tratamento efetivo o mais rapidamente são de crucial importância. Todos os paradigmas de tratamento atuais para AR enfatizam o uso inicial agressivo de FARMD (IMBODEM; STONE; HOLLMANN, 2011, p. 174).

A avaliação da atividade da doença deve ser feita periodicamente até que o paciente entre em remissão da doença. Sugere-se a repetição de exames radiográficos de mãos, punhos e pés a cada ano para acompanhamento evolutivo das erosões óssea (GOELDNER et al., 2011, p. 500).

Conforme Laurindo IMM et al. (2004, p.4) “os objetivos principais do tratamento são prevenir ou controlar a lesão articular, prevenir a perda de função e diminuir a dor, tentando maximizar a qualidade de vida destes pacientes”.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A artrite reumatoide está relacionada ao envelhecimento, uma doença autoimune inflamatória que desperta danos que não se limita somente há articulações periféricas, é uma doença que não tem cura, mas tem outras formas de tratar a doença, como o uso de tratamentos medicamentosos e não medicamentosos que é fornecido pelo sistema público de saúde. Esta é uma das deficiências que mais causa um impacto econômico e significativos para a sociedade e para o paciente. Esse impacto incluindo capacidade de trabalho reduzido, perda de oportunidades de emprego e redução da renda individual.

Apesar da doença pode surgir em qualquer idade, entre as mulheres é na faixa de 35 a 50 anos, segundo a Sociedade Brasileira de Reumatologia. No estudo mostrará os critérios para o diagnóstico e a classificação da AR. Mais comum no sexo feminino e maiores chances nos idosos.

É muito importante ressaltar utilidade do estudo em estimar a incidência da artrite reumatoide em idosos. Um aspecto essencial no estudo é entender a importância da doença e os tratamentos, para que possa implementar modificações no estilo de vida do paciente tendo uma dieta balanceada e fazer atividade física. De acordo com os estudos, as pessoas que forem precocemente diagnosticado o rumo clínico da doença vai diminuir, e aumentando assim o prognóstico melhorando a qualidade de vida dos idosos.

REFERÊNCIAS

CONGRESSO NACIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 17., 2017, Santo Amaro. Anais... São Paulo: Centro Universitário Ítalo Brasileiro, 2017. 11p.

FALEIRO, Lilian Resende et al. A Terapia Anti-TNF- α na Artrite Reumatoide. Seminal: Ciências Biológicas e da Saúde. Londrina, v. 32, n. 1, 2011. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/4746/8818>> . Acesso em: 11 oct. 2020.

GOELDNER, Isabela. et al. Artrite reumatoide: uma visão atual. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 5, p. 494-503, oct. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042004000600007>. Acesso em: 12 oct. 2020.

HELLMANN, David; IMDOBEN, John; STONE, John. **Current: Reumatologia diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Estúdio Castellani, 2008.

HORIUCHI, Ariane. et al. Artrite reumatoide do idoso e do jovem. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 57, n. 5, p. 491-494, oct. 2017. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0482-50042017000500491&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 12 oct. 2020.

LAURINDO, Ieda Maria Magalhães; Artrite reumatoide no idoso: Doenças auto-imunes. **Einstein**, São Paulo, v.6, (Supl.1), p.33-39, 2008. Disponível em: <<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1047-Einstein%20Suplemento%20v6n1%20pS33-39.pdf>>. Acesso em: 15 oct. 2020.

LIMA, Mariana Cavazzoni; MASSABKI, Paulo Sérgio. **Revista brasileira de clínica médica**, São Paulo, v.7, n.13, p.343-347, jul. 2009. Disponível: < <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n5/a013.pdf>>. Acesso em: 19 oct. 2020.

LOTERRRE, Luiz Carlo; SILVA, Raissa Gomes; VANNUCI, Andreia Barranjar; ZERBINI, Cristiano Augusto Freitas. Artrite reumatoide. **Revista brasileira de medicina**, São Paulo, v.60, n.8, p.554-577, ago. 2003. Disponível: <<http://www.saudeemmovimento.com.br/revista/artigos/rbm/v60n8a1.pdf>>. Acesso em: 11 oct. 2020.

MAFRON, Isabela. et al. Artrite reumatoide como desencadeadora de cardiopatias secundárias. **Revista eletrônica biociências, biotecnologia e saúde**, Curitiba, v.4, n.13, p. 7-17, set./dec.2015. Disponível em: <<https://interin.utp.br/index.php/GR1/article/view/1716/1460>>. Acesso em: 9 oct. 2020.

MORAIS, Raphael. et al. Artrite reumatoide: revisão dos aspectos imunológicos. **Estudos**, Goiânia, v. 41, n.3, p.591-601, jul./set. 2014. Disponível: < <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/view/3609>>. Acesso em: 17 oct. 2020.

NETO, Rodrigo Antônio Brandão. Artrite reumatoide. **Medicina net**, São Paulo, jan. de 2017. Disponível em: <
http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/6959/artrite_reumatoide.htm?mobile=off>. Acesso em: 18 de oct. 2020.