

Artrite Reumatóide



CÓD. 30.592



SOCIEDADE BRASILEIRA
DE REUMATOLOGIA

www.apsen.com.br





A missão da Arthritis Foundation
é a de melhorar a qualidade de vida
através da liderança na prevenção,
controle e cura das artrites
e das doenças relacionadas.

Índice

O QUE É ARTRITE REUMATÓIDE (AR)?	2
Como a AR difere dos outros tipos de artrite?	2
O QUE CAUSA A AR?.....	3
O papel dos genes	3
Infecção pode funcionar como gatilho?	4
Quais são os sintomas?	4
COMO A AR É DIAGNOSTICADA?.....	6
COMO A AR É TRATADA?	7
Sua equipe de tratamento	7
Quais medicamentos são usados?	8
Exercícios, atividades e descanso:	19
O quanto você deve fazer?	20
Como os terapeutas físicos e ocupacionais ajudam?.....	20
Quando a cirurgia de articulações ("juntas") é a melhor opção?	21
A dieta pode ajudar a controlar a AR?	22
Como você pode controlar melhor a AR?	22
Existe perspectiva de melhores tratamentos?	23
"THE ARTHRITIS FOUNDATION"	24

Este texto é uma tradução da brochura
Rheumatoid Arthritis, ano 2000, produzida pela
Arthritis Foundation (Web site: www.arthritis.org)
e revisada pelo American College of Rheumatology

Tradução para o português autorizada e realizada
pela Dra. Rejane Leal Araújo
(e-mail: rotolo@matrix.com.br).
Sociedade Brasileira de Reumatologia
(www.reumatologia.com.br)

O QUE É ARTRITE REUMATÓIDE?

Artrite reumatóide (AR) é uma forma comum de artrite (art representa articulação ou articulação, e ite representa inflamação) que causa inflamação no revestimento das articulações (membrana sinovial) e se manifesta por calor, inchaço e dor. A AR tende a persistir por muitos anos, tipicamente afeta várias articulações ao longo do corpo e pode causar danos nas cartilagens, ossos, tendões e ligamentos das articulações.

Nos Estados Unidos, aproximadamente 1% da população ou 2,1 milhões de pessoas têm AR. Todos podem desenvolver AR, incluindo velhos e crianças, e a doença difere de pessoa para pessoa. No entanto, a doença comumente inicia da adolescência até a idade adulta. Dentre as pessoas com AR, as mulheres superam os homens em uma relação de três para um. A doença pode ocorrer em todos os grupos étnicos e em todas as partes do mundo.

Como a AR difere das outras formas de artrite?

Um meio importante de diferenciar a AR das outras formas de artrite é pela forma de como ela afeta as articulações. Por exemplo, a AR afeta os punhos e muitas articulações das mãos, embora comumente não afete as articulações que estão mais perto das unhas. Já a osteoartrite (ou osteoartrose ou artrose), uma outra forma de artrite que é mais comum que a AR, envolve mais frequentemente as articulações que estão mais perto das unhas das mãos. As outras articulações que podem ser afetadas na AR incluem aquelas dos cotovelos, ombros, pescoço, quadris, joelhos, tornozelos, pés e as articulações temporomandibulares. As outras articulações da coluna vertebral além daquelas do pescoço, em geral não são afetadas diretamente na AR. Entretanto, como a AR e a osteoartrite (ou osteoartrose) são comuns, é possível que a pessoa possa ter as duas ao mesmo tempo.

Em pessoas com AR, as articulações tendem a ser afetadas dos dois lados do corpo. Isto é, se as articulações dos dedos estiverem inchadas na mão esquerda, é bem provável que na mão direita elas também estejam.

O modo como a AR afeta as articulações, junto a certos achados de testes de laboratório, torna possível diferenciar a AR dos outros tipos de doenças.

O QUE CAUSA A AR?

Embora a causa da AR ainda não seja a conhecida, sabe-se que o sistema imunológico do corpo exerce um importante papel na inflamação e nos danos das articulações que ocorrem na AR. O sistema imunológico atua na defesa do corpo contra as bactérias, vírus, ou outras células estranhas. Na AR, o sistema imunológico não funciona corretamente e pode atacar as próprias articulações e alguns órgãos do corpo.

Na AR, células do sistema imunológico se transferem da corrente sanguínea, invadindo os tecidos das articulações e causando inflamação. O líquido sinovial contendo células inflamatórias se acumula na articulação. As células imunológicas e inflamatórias no tecido e no fluido da articulação produzem muitas substâncias, incluindo enzimas, anticorpos e outras moléculas (citoquinas), que invadem a articulação e podem causar danos na mesma.

O papel dos genes

Os genes exercem um importante papel no desenvolvimento da AR. No entanto, os genes que estão relacionados com a AR não são herdados de forma simples ou direta: isto é, não passam diretamente dos pais para os filhos. Ao invés, alguns genes podem permitir que o indivíduo tenha uma susceptibilidade ou tendência para um risco aumentado de desenvolver a AR. Porém, muitas pessoas que herdam esses genes nunca desenvolverão a AR. Alguns dos genes que influenciam na tendência de vir a ter a AR incluem os que controlam as funções do sistema imunológico. Cientistas estão atualmente conduzindo pesquisas para aumentar a nossa compreensão sobre esses genes e sobre outros fatores (como infecção, ferimentos, mudanças hormonais e fatores ambientais) que podem estimular o desenvolvimento da AR.

Infecção pode funcionar como gatilho?

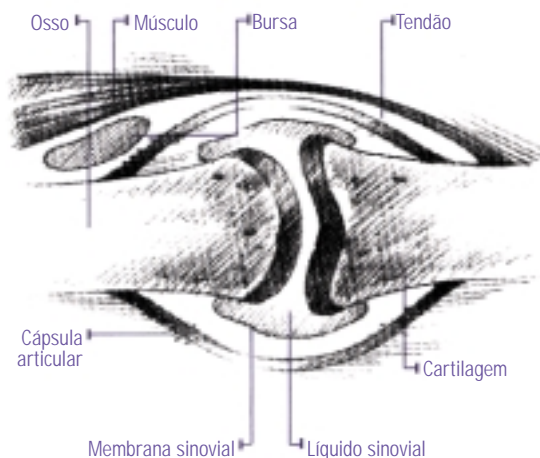
Muitos médicos e cientistas acreditam que a AR pode ser ativada por uma infecção, embora não existam provas para isso. A AR não é contagiosa. É possível que um agente microscópico, ao qual todo mundo possa ser exposto, cause uma reação anormal do sistema imunológico em indivíduos que são susceptíveis para desenvolver AR.

Quais são os sintomas?

Os efeitos da AR variam de pessoa para pessoa. Em quase todas as pessoas que têm AR, as inflamações das articulações variam no dia a dia, embora algum vestígio da artrite sempre esteja presente. Em algumas pessoas a doença pode ser amena, embora aconteçam períodos de atividade (piora da inflamação nas articulações) que são os surtos agudos (em inglês conhecidos como “flares”). Em outras, a doença é continuamente ativa e fica pior ou progride ao longo do tempo. Uma em cada dez pessoas com AR poderá ter um único episódio de atividade da doença (inflamação na articulação), seguida de uma longa redução dos sintomas até que eles desapareçam.

Se você tem AR, irá sentir as articulações inflamadas, as quais estarão quentes, inchadas, sensíveis freqüentemente vermelhas e doloridas, além de difíceis para movimentar. Esses sinais físicos de artrite são por causa da inflamação do revestimento, a membrana sinovial (ou synovium) das articulações. As células do sistema imunológico que entram na membrana sinovial perpetuam essa inflamação e são capazes de causar danos teciduais. Se esta inflamação persistir ou não responder bem ao tratamento pode ocorrer destruição dos tecidos circunvizinhos, como a cartilagem, os ossos, os tendões e os ligamentos. E isso freqüentemente gera uma deformação e incapacidade funcional da articulação, que pode ser permanente.

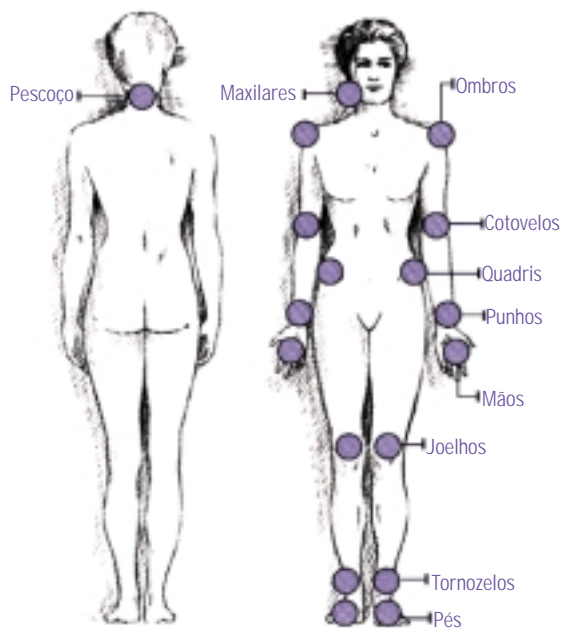
A Artrite Reumatóide pode fazer você se sentir doente durante todo tempo, especialmente nas fases agudas. Você pode perder seu apetite, perder peso, ter febre baixa e ter pouca energia. Você pode se tornar anêmico; isto é, você pode ter um número menor de células vermelhas no sangue do que o normal. Uma, em cinquenta pessoas com AR, também pode desenvolver nódulos reumáticos, que são caroços de tecido que se formam debaixo da pele, geralmente em áreas do osso que estão expostas a pressão. Isso ocorre mais freqüentemente em volta do cotovelo, mas podem ser encontrados em outras partes do corpo como nos dedos, na coluna ou nos pés.



Artrite reumatóide pode afetar diferentes partes de uma articulação

Ocasionalmente, pessoas com AR irão desenvolver inflamações nos revestimentos que envolvem o coração (pericardite) e pulmões (pleuritis), ou inflamação no próprio tecido do pulmão. Secura dos olhos e da boca podem ser comuns e ocorrem por causa da inflamação nas glândulas lacrimais e salivares (chamada “síndrome seca” ou “síndrome de Sjögren”).

Em alguns períodos, pessoas com AR podem desenvolver vasculites (inflamação nos vasos sanguíneos), que podem causar inflamações que afetam a pele, os nervos e outros órgãos ou tecidos.



Juntas que podem ser afetadas pela AR

COMO A AR É DIAGNOSTICADA?

Para diagnosticar a AR, o seu médico irá colher um histórico médico e realizar exames físicos. Seu médico irá procurar por características da AR, incluindo inchaços, calor e limitação dos movimentos das articulações ao longo do corpo, e também caroços debaixo da pele. Seu médico pode perguntar se você tem sentido cansaço e sensação generalizada de rigidez, especialmente quando você acorda (rigidez matinal), pois ambos estão associados com a AR. A forma com que as articulações estão ou não afetadas pode ajudar a distinguir a AR dos outros tipos de reumatismo.

Seu médico também pode recomendar determinados exames de sangue e radiológicos. A presença de um anticorpo chamado fator reumatóide pode indicar a AR embora o fator reumatóide também possa ser encontrado em muitas pessoas que não têm AR. Outras anormalidades nos testes de laboratório incluindo anemia e aumento da velocidade de hemossedimentação

(VHS) ou da Proteína C Reativa (PCR), indicam se a inflamação está presente. Embora esses exames de sangue possam ajudar no diagnóstico, não existe um teste único e exclusivo, que por si só, estabeleça ou não a presença de AR.

Embora os raios-X possam parecer normais no começo, a forma dos danos nas articulações no decorrer da doença vistos nos exames de raios-X, podem ajudar a confirmar o diagnóstico. Os achados típicos que sugerem a AR incluem a perda de osso nas margens das articulações – chamadas erosões – combinada com a perda da cartilagem da articulação. Como o diagnóstico da AR exige experiência clínica, uma consulta com um reumatologista é recomendada sempre que houver dúvida sobre o diagnóstico.

COMO A AR É TRATADA?

Até o momento não foi encontrada a cura para a artrite reumatóide (AR). Fica difícil eliminar esta doença completamente enquanto sua causa não for identificada. No entanto, tratamentos com drogas muito eficientes existem, e é crucial começar o tratamento logo no início da doença. Os objetivos dos atuais métodos de tratamento são os de aliviar a dor, reduzir a inflamação, evitar ou reduzir os danos nas articulações, e melhorar a função e o bem estar do paciente. Os tratamentos modernos para AR têm significativamente aumentado a qualidade de vida das pessoas com essa doença.

O seu programa de tratamento será direcionado para as suas necessidades, entrando em acordo com a gravidade da sua artrite, com outra condição médica que você possa ter associada e com seu estilo de vida individual.

Sua equipe de tratamento

O tratamento da AR geralmente envolve um aproveitamento em equipe, no qual o benefício do

paciente vem da experiência de profissionais de saúde de diferentes áreas. O reumatologista, médico com treinamento especial para lidar com as artrites e com outras doenças dos ossos e dos músculos, em geral atua como o líder do grupo. O reumatologista coordena o tratamento com o médico de família, um médico especializado em medicina interna, ou com outros profissionais que cuidam da saúde.

Outros profissionais de saúde como os terapeutas físicos, os terapeutas ocupacionais, as enfermeiras, os psicólogos, os cirurgiões ortopedistas e as assistentes sociais, geralmente exercem um importante papel para ajudar a administrar essa doença.

Quais medicamentos são usados?

Os medicamentos usados no tratamento da AR podem ser divididos em dois grupos: aqueles que têm potencial para ajudar a aliviar seus sintomas e aqueles que têm potencial para modificar o curso da doença. Seu médico poderá recomendar o uso de dois ou mais medicamentos ao mesmo tempo, cada um podendo ter um propósito diferente no tratamento da AR. Alguns desses medicamentos afetam o sistema imunológico ou podem apresentar efeitos colaterais; recomenda-se por isso um monitoramento cuidadoso durante o tratamento.

Mesmo que todas as drogas (até os remédios que não são do tratamento) tenham efeitos colaterais, a AR pode causar problemas sérios, como a destruição das articulações, se não for tratada. Assim, as decisões sobre o tratamento devem ser bem estudadas, considerando cuidadosamente os benefícios do tratamento (reduzir a dor, prevenção da incapacidade), os riscos e também os custos no uso de determinados tipos de medicações. Converse com o médico, enfermeiras e farmacêuticos se você tiver qualquer dúvida sobre os medicamentos, ou se você acha que os medicamentos estão causando efeitos colaterais ou não estão funcionando adequadamente.

MEDICAMENTOS SINTOMÁTICOS:

Os medicamentos a seguir podem reduzir os sintomas relacionados com a AR.

AINHs (antiinflamatórios não hormonais) e aspirina:

AINHs, ou antiinflamatórios não hormonais, incluindo a aspirina, ibuprofeno, naproxeno e outros, são usados para tratar a dor e a inflamação que acompanham a AR. No entanto, os AINHs sozinhos quase nunca são adequados se usados isoladamente para o tratamento da AR. A maioria dos pacientes com AR deverá tomar medicamentos para modificar a doença, ou também os agentes biológicos.

AINHs e a aspirina podem causar efeitos colaterais como dor e até sangramento do estômago. Se você tiver esses efeitos colaterais, seu médico poderá prescrever medicamentos adicionais que podem ajudar a reduzir os riscos desses efeitos, ou outro medicamento para a AR que tenha efeito minimizado sobre o estômago.

A aspirina, que faz parte de uma família dos AINHs chamada de salicilatos, ainda é usada no tratamento da AR por alguns médicos. Para ser efetiva, é necessário ser usada regularmente e em doses muito maiores do que as usadas no tratamento para dor. Embora a aspirina seja muito mais barata que os outros tipos de AINHs (em inglês NSAIDS, nonsteroidal anti-inflammatory drugs) e a sua quantidade no sangue pode ser medida com precisão, ela pode causar problemas no estômago em muitas pessoas. Muitos médicos recomendam que o paciente tome a aspirina ou outros AINHs apenas junto com alimentos para ajudar a prevenir sintomas relacionados com problemas no estômago.

Se você tiver problemas no estômago devido à aspirina ou outros AINHs, poderá usar um derivado da aspirina chamado de salicilato não acetilado (salsato, trisalicilato de magnésio), que estão disponíveis sob prescrição médica e em geral causam menos problemas no estômago.

Quando usados em doses máximas, os diferentes AINHs e a aspirina têm geralmente os mesmos níveis de efeitos antiinflamatórios e analgésicos. Um dos benefícios adicionais de se usar AINHs ou aspirina no tratamento da AR, é que eles também protegem contra ataques do coração e contra derrames. Você não deve tomar aspirina junto com outro AINH ou combinar diferentes AINHs, a não ser quando indicado pelo seu médico. Novos AINHs, com menos potencial de afetar o estômago, também estão disponíveis.

Inibidores seletivos COX-2, como celecoxibe e rofecoxibe, são uma subcategoria de AINHs que pode ser mais segura para o estômago. Todos os AINHs funcionam bloqueando a produção de substâncias chamadas prostaglandinas. Os AINHs tradicionais, no entanto, não só bloqueiam as prostaglandinas na região da inflamação, mas também em órgãos como o estômago onde as prostaglandinas precisam promover a proteção contra as irritações do estômago.

Os inibidores seletivos COX-2 (ciclooxigenase-2) bloqueiam apenas as prostaglandinas na região da inflamação. Eles não afetam as prostaglandinas que protegem o estômago e fazem com que as plaquetas formem coágulos de sangue. Como resultado, há uma redução no risco de problemas no estômago como o sangramento quando se utilizam os inibidores da COX-2. Entretanto como os inibidores da COX-2 não afetam a coagulação, eles não dão proteção contra derrames e ataques do coração.

Analgesicos

Analgesicos diminuem a dor, mas não reduzem a inflamação nas articulações. Esses medicamentos incluem o acetaminofeno, o propoxifeno, e o tramadol, como também medicamentos narcóticos contra a dor como o acetaminofeno com codeína. O uso isolado de medicamentos narcóticos por um longo período geralmente não é recomendado no tratamento da AR, porque eles em geral produzem efeitos colaterais

indesejáveis (incluindo prisão de ventre), e podem causar dependência quando tomados em excesso.

Glicocorticóides

Os glicocorticóides (cortisona, prednisona) podem ajudar a amenizar os sintomas na AR. Esses medicamentos estão relacionados com o cortisol, que é um hormônio que existe naturalmente no organismo e controla muitas funções importantes do corpo como pressão do sangue e pulsação. Você não pode viver sem o cortisol.

Se você tomar altas doses de glicocorticóides alguns meses, os efeitos colaterais irão começar a ocorrer. Esses efeitos colaterais podem ser sérios e podem incluir, aparecimento fácil de hematomas, a osteoporose (fragilidade dos ossos), catarata, glaucoma, ganho de peso, rosto redondo, sensibilidade às infecções, diabetes, pressão alta e problemas psiquiátricos. Raramente, um dano sério nos ossos chamado osteonecrose pode ocorrer com apenas um pequeno tempo de tratamento com glicocorticóides.

Pequenas doses de glicocorticóides podem ser usadas junto com a aspirina, outros AINHs, ou medicamentos para modificar o curso da doença, pois também ajuda a controlar as inflamações nas articulações.

Muitos benefícios e muitos efeitos colaterais dos glicocorticóides estão diretamente relacionados com a dose usada. O objetivo é achar a menor dose efetiva, o que irá reduzir o aparecimento dos efeitos colaterais o máximo possível. Muitos médicos concordam que certos indivíduos com AR podem tomar pequenas doses diárias de glicocorticóides com mínimo risco e com benefícios significativos. Entretanto, não se pode contar com os glicocorticóides como a principal forma de tratamento para a maioria das pessoas com AR em todo curso da doença. Se você tomar glicocorticóides regularmente, converse com o médico sobre cálcio e vitaminas, tal como outros medicamentos e hormônios,

que podem ser usados simultaneamente para prevenir alguns efeitos colaterais daqueles medicamentos.

Tomar glicocorticóides por um período prolongado pode fazer com que o corpo reduza ou perca a habilidade de produzir glicocorticóides. É perigoso parar repentinamente ou reduzir significativamente a dose de glicocorticóides que você está tomando, pois o seu corpo pode não estar preparado para começar a produzir o cortisol necessário com a rapidez suficiente. No entanto, o seu médico pode suplementar ou aumentar a dose em tempos de muito estresse, como por exemplo, durante uma cirurgia.

Glicocorticóides são às vezes injetados em uma ou mais articulações. Esses tratamentos podem reduzir a inflamação nas articulações que estão inchadas e doloridas, ou que estejam freqüentemente tendo sintomas. A injeção direta na articulação, através de seu efeito local, aumenta temporariamente seu funcionamento e evita a maioria dos efeitos colaterais indesejáveis que são vistos com comprimidos de glicocorticóides diários. As injeções podem desencadear um efeito sistêmico temporário. Essas injeções podem gerar efeitos colaterais perigosos nas articulações se administradas mais do que algumas vezes ao ano.

CUIDADO *

É perigoso – possivelmente até riscos de vida - parar repentinamente ou reduzir significativamente a quantidade de glicocorticóides que você está tomando, porque você pode desencadear um surto agudo nos seus sintomas ou outros problemas. Aumentar a dose sem instruções do seu médico pode também ser perigoso, mesmo que temporariamente você se sinta melhor. Sempre consulte o seu médico antes de mudar a dose de qualquer medicamento, incluindo a prednisona ou outro glicocorticóide.

MEDICAMENTOS MODIFICADORES DO CURSO DA DOENÇA (em inglês, Disease Modifying Antirheumatic Drugs, DMARDs)

Drogas que interferem no alívio dos sintomas e que também apresentam o potencial de alterar a evolução da artrite reumatóide são chamadas de drogas anti-reumáticas modificadoras da doença (DMARDs) ou agentes de segunda linha.

Metotrexato (em inglês, methotrexate)

Uma das drogas anti-reumáticas modificadoras da doença (DMARDs) mais comumente usadas para o tratamento da AR é o metotrexato (MTX).

O Metotrexato é tomado uma vez a cada semana sob a forma de comprimido ou injetável.

Seu médico irá freqüentemente avaliar a função do seu fígado e as contagens das células sangüíneas enquanto você estiver tomando essa droga para detectar possíveis anormalidades da função do fígado ou da medula óssea. Você não deve ingerir bebidas que contenham álcool enquanto estiver usando o metotrexato porque essa combinação aumenta o risco de dano no fígado. Além disso, você pode receber a indicação para se submeter a uma biópsia de fígado caso se questione algum dano no mesmo.

Outros possíveis efeitos colaterais do metotrexato incluem a irritação no estômago, feridas na boca, dores de cabeça, tonturas, fadiga, sintomas semelhantes à gripe ou diarreia. O uso diário de uma simples vitamina, o ácido fólico, pode reduzir alguns efeitos colaterais. Um possível efeito colateral do metotrexato, que é raro, mas é sério, é a inflamação dos pulmões. Avise imediatamente a seu médico se você desenvolver tosse, seca ou intermitente, ou sentir significativa redução na capacidade respiratória, especialmente se você tiver febre durante o uso do metotrexato.

CUIDADO *

Metotrexato pode causar defeitos de formação nos fetos. Homens e mulheres devem parar de tomar esse medicamento 90 dias antes de uma gravidez planejada. Mulheres grávidas e mulheres que amamentam e pessoas que têm problemas sérios no fígado ou nos rins, pessoas que bebem álcool, ou têm AIDS não devem tomar o metotrexato. Informar o seu médico imediatamente se você ou sua parceira ficar grávida quando estiver usando o metotrexato.

Hidroxicloroquina e outros Antimaláricos

As drogas antimaláricas, as quais originalmente foram desenvolvidas para o tratamento da malária, têm sido usadas por muitos anos para o tratamento da AR. Drogas antimaláricas são usadas para aliviar a inflamação, o inchaço e a dor nas articulações. O antimalárico mais comumente usado é a hidroxicloroquina.

A hidroxicloroquina é tomada sob a forma do comprimidos, utilizados geralmente uma ou duas vezes ao dia. Efeitos colaterais sérios são incomuns, mas as pessoas que usam esse tipo de medicamento devem fazer regularmente exames nos olhos, para checar potenciais danos na retina, os quais podem causar diminuição da visão periférica e das cores, mesmo sendo esse dano extremamente raro. Efeitos adversos na visão podem ser limitados se o efeito colateral for detectado no início.

Sulfasalazina

Sulfasalazina é uma combinação de drogas antibiótica/antiinflamatória usada tanto no tratamento da AR quanto no tratamento de doenças inflamatórias no intestino. Os efeitos colaterais podem

incluir erupções cutâneas, irritação no estômago, dor de cabeça, contagem baixa de plaquetas e células brancas no sangue e efeitos no fígado. Pessoas que são alérgicas a medicamentos que contêm sulfa não podem tomar a sulfasalazina.

Leflunomida

A leflunomida é uma droga modificadora da doença, usada para tratar AR. Efeitos tratar a AR. Efeitos colaterais incluem erupções cutâneas, sintomas gastrointestinais, efeitos no fígado e perda de cabelo reversível. Você irá necessitar a realização freqüente de exames de sangue, incluindo o hemograma e os estudos da função hepática, enquanto estiver usando esta medicação.

Pessoas com infecções em atividade, que estejam grávidas ou amamentando não devem tomar a leflunomida. Mulheres que podem engravidar precisam utilizar métodos para prevenir gravidez, pois os estudos em animais mostram que a leflunomida pode causar defeitos nos fetos. Se uma mulher desejar engravidar ela deve parar de usar este medicamento e tomar outra droga que ajude a eliminar a leflunomida de seu corpo, mesmo que ela já não mais a esteja utilizando. Homens que tomam leflunomide devem seguir o mesmo procedimento se ele desejar ser pai biológico.

Terapia com sais de Ouro

Terapia com ouro - administrada sob a forma de sais de ouro injetáveis - foi uma das primeiras formas de terapia utilizada com o objetivo de modificar o curso da doença (DMARD), disponível para o tratamento da AR. Atualmente, a terapia com sais de ouro é pouco usada e está sendo largamente substituída pelo metotrexato.

Efeitos colaterais potenciais da terapia com ouro incluem erupções cutâneas, proteínas na urina, e contagens anormais no sangue.

D-penicilamina

A D-penicilamina é tomada como um comprimido diário e com o estômago vazio. Ela pode causar efeitos colaterais similares àqueles encontrados na terapia com sais de ouro; como todos os medicamentos usados para tratar a AR, seu uso requer acompanhamento de perto e freqüente, além de cuidadoso monitoramento, pelo seu médico. Seu uso tem diminuído recentemente por causa dos seus efeitos colaterais e dos seus modestos benefícios.

Azatioprina

Azatioprina é uma droga imunossupressora aprovada para o tratamento da AR. É tomada como um comprimido, e exige exames de sangue regularmente para monitorar os efeitos da droga na medula óssea e no fígado. Possivelmente efeitos colaterais adicionais incluem o risco aumentado para infecções e erupções cutâneas.

Ciclosporina

A droga imunossupressora ciclosporina foi recentemente aprovada pelo FDA para o tratamento da AR, quando severa e ativa, em combinação com o metotrexato. Há um pequeno risco de danos nos rins por causa da ciclosporina e o seu médico freqüentemente irá checar a sua pressão sanguínea, monitorar as funções dos rins e solicitar exames de sangue para detectar possíveis mudanças durante o uso deste medicamento.

Minociclina

Minociclina é um antibiótico que tem modestos benefícios para alguns pacientes com AR. Sua eficácia será substancialmente maior para os pacientes que estão no estágio inicial da AR e é melhor pelas suas propriedades antiinflamatórias do que pelas suas habilidades em “matar” bactérias. Pessoas que são alérgicas à tetra-

ciclina não devem tomar a minociclina. A droga pode interferir na eficácia de certos anticoncepcionais.

Agentes biológicos

O etanercept e o infliximab, também chamados de modificadores de respostas biológicas (MRBS), (em inglês, BRMS), têm como alvo substâncias químicas específicas do sistema imunológico envolvidas na artrite reumatóide. Esses agentes biológicos bloqueiam a ação do fator de necrose tumoral (em inglês, tumor necrosis factor, TNF), uma substância química que exerce um importante papel na inflamação e nos danos do tecido.

Tanto o etanercept quanto o infliximab foram aprovados para o tratamento da AR. O etanercept também recebeu a aprovação do FDA para ser usado em crianças e adolescentes (de 4 a 17 anos) com artrites juvenis.

O etanercept é indicado para a redução dos sinais e sintomas e para retardar os danos estruturais em pacientes com AR em atividade de moderada a severa. O etanercept é tomado duas vezes por semana através de injeções debaixo da pele da coxa, do abdômen ou do antebraço. A droga deve ser mantida sob refrigeração.

Os efeitos colaterais mais comuns do etanercept incluem dor de cabeça, infecção no aparelho respiratório superior e discretas reações no lugar da injeção como coceira e vermelhidão. Se você desenvolver sintomas de uma infecção quando estiver usando o etanercept, entre em contato com o seu médico para então receber uma avaliação apropriada e tratamento. Além disso pode haver um pequeno risco de dano na medula óssea e complicações neurológicas com o uso do etanercept.

O infliximab em combinação com o metotrexato pode ser indicado para a redução dos sinais e sintomas em pacientes com AR e atividade da doença de

moderada até severa, os quais apresentaram uma resposta inadequada com o uso isolado do metotrexato. O infliximab é tomado por via intravenosa e um profissional de saúde experiente em fazer essas infusões pode administrar essa droga diretamente em sua veia. O processo de infusão, o qual leva aproximadamente 3 horas, pode ser feito em casa com os cuidados de uma enfermeira, em uma clínica ou hospital, em um centro de infusão, ou no consultório médico. Após a sua primeira infusão, você irá receber outra após duas semanas, seis semanas, e então a cada oito semanas.

Dos efeitos colaterais mais comuns do infliximab incluem-se: as infecções no trato respiratório superior, as dores de cabeça, as sinusites e tosses. Se você desenvolver sintomas de infecção quando estiver usando o infliximab, chame o médico para que possa receber avaliação e tratamento apropriados.

Outros agentes biológicos estão sendo desenvolvidos para bloquear, outros componentes específicos dos processos imunológicos e inflamatórios envolvidos na AR.

UM NOVO AGENTE MODIFICADOR DA RESPOSTA BIOLÓGICA (MRB) NO HORIZONTE

Um outro modificador de resposta biológica, é um recombinante humano, chamado de receptor antagonista da interleucina-1 (IL-1 RA; nome genérico em inglês de anakinra) está sendo desenvolvido e submetido para a apresentação do FDA. Diferente do infliximab do etanercept, o anakinra não bloqueia a atividade do fator de necrose tumoral (em inglês, TNF). Ao invés, ele bloqueia a ação da interleucina-1, outra substância química do corpo que exerce um papel importante na inflamação da AR. Outros MRBs que funcionam em componentes diferentes da resposta inflamatória estão sob investigação.

“Prosorba column therapy”

A terapia com a proteína A por imunoadsorção (Prosorba) é um novo acesso para o tratamento de pacientes com AR moderada ou severa, os quais não responderam bem aos DMARDS. A coluna Prosorba, um dispositivo médico, remove alguns dos anticorpos encontrados no plasma (a porção líquida do sangue) que estão associados com a artrite reumatóide.

Os efeitos colaterais da terapia com a coluna Prosorba incluem uma condição semelhante a uma gripe temporária, com arrepios, febre baixa e fadiga transitória.

Exercícios, atividades e descanso: O quanto você deve fazer?

Por muitos anos, pensou-se que as pessoas que têm artrite deviam descansar as articulações para protegê-las dos danos. Agora, no entanto, os médicos e os terapeutas sabem que você pode melhorar sua saúde e sua forma, através de exercícios, sem machucar suas articulações. Moderadas atividades físicas executadas regularmente ajudam a diminuir a fadiga, fortalecem os músculos e os ossos, aumentam a flexibilidade e o fôlego, e melhora a sua sensação de bem estar geral.

Você pode estudar com a sua equipe de tratamento sobre a melhor combinação de exercícios, atividades e descanso para a sua condição. Quando você tem AR, é importante exercitar-se para manter as articulações flexíveis, os músculos fortes, o coração e os pulmões saudáveis.

Quando uma articulação está quente, dolorida e inchada, o descanso ajudará a reduzir sua inflamação e os exercícios de alongamento ajudarão a manter os movimentos articulares. Seu médico ou terapeuta pode indicar o quanto e qual o tipo de descanso que você precisa. Entretanto, uma redução temporária no nível de suas atividades, não significa interromper todos os exercícios. Você deve continuar a fazer exercícios de

alongamento para manter a mobilidade das articulações e exercícios isométricos para fortalecer os músculos.

Exercícios de alongamento são desenvolvidos para preservar a mobilidade das articulações e geralmente são praticados sem a utilização de pesos. Você deve mover suas articulações até o seu ponto máximo, dando especial atenção ao final do movimento, onde a mobilidade poderá ser perdida em primeiro lugar.

Exercícios isométricos podem ajudar a manter os seus músculos fortes sem que movimente suas articulações. Seu médico ou terapeuta pode ensinar-lhe como executar esses exercícios adequadamente. Como esses exercícios não envolvem o movimento das articulações, eles podem ser feitos confortavelmente mesmo quando a inflamação está presente. Você pode geralmente continuar fazendo exercícios aquáticos mesmo nos períodos agudos da doença, pois a densidade da água ajuda a proteger suas articulações e a facilitar seus movimentos.

Quando os seus sintomas estiverem completamente sobre controle, você deve gradualmente introduzir um completo programa de exercícios, que incluem exercícios aeróbicos. Exercícios cardiovasculares são importantes para a saúde em geral, controlam o peso, fortalecem os músculos e a quantidade de energia. Exercícios de baixo impacto como andar ou dirigir bicicleta ergométrica são geralmente boas opções. Você deve consultar o seu médico ou terapeuta para desenvolver um programa apropriado para você.

Como os terapeutas físicos e ocupacionais ajudam?

A terapia pode ajudar a maioria das pessoas com AR. Terapeutas físicos podem avaliar suas necessidades especiais e ensinar a como exercitar apropriadamente para trabalhar com a mobilidade das articulações, o fortalecimento dos músculos e a aptidão aeróbica. Terapeutas físicos podem dar instruções valiosas de

como usar de modo eficaz o calor ou o frio para reduzir a dor, a tensão e o inchaço e executar os movimentos mais facilmente. Eles também podem oferecer reabilitação pós-cirurgia, suportes, curativos e sapatos ortopédicos.

Terapeutas ocupacionais ensinam a você como proteger e como usar as suas articulações. Eles também podem mostrar como fazer as tarefas do dia-a-dia, no trabalho e em casa, para aliviar o estresse nas suas articulações. Os terapeutas ocupacionais podem ensinar como usar sua energia corretamente e a planejar suas atividades diárias de uma maneira eficiente. Eles também podem ensinar a você técnicas de relaxamento.

Quando a cirurgia nas articulações é a melhor opção?

Se você tiver dor e incapacidade por causa de um dano severo na articulação, a substituição total da articulação (também chamada de artroplastia total) pode ser considerada. A reposição da articulação pode te ajudar a ser independente. Esses procedimentos são feitos por cirurgiões ortopédicos e envolvem a reposição das partes danificadas da articulação com componentes de metal e plástico. Essas partes são encaixadas no osso com “cimento”, ou envolvida com um metal poroso ou substância química que permite que o osso se fixe ao componente.

As artroplastias com total substituição dos quadris e dos joelhos são aqueles mais frequentemente executadas e de maior sucesso. Cirurgias nas mãos são também comuns. A maior parte das formas de cirurgia necessita uma reabilitação pós-cirúrgica, para reconquistar o máximo dos benefícios da nova articulação. Você pode também ser colocado num programa de exercícios antes da cirurgia para preparar seus músculos. A reposição total das articulações deve ser feita por um cirurgião com treinamento especial para esta cirurgia.

Os médicos geralmente prescrevem um programa de medicamentos e terapia antes de considerar a cirurgia para reposição da articulação.

Uma dieta pode controlar a AR?

Algumas pessoas com AR suspeitam que determinados alimentos podem agravar ou ajudar sua artrite. Cuidadosos estudos científicos ainda não comprovaram que mudanças de dietas são importantes para provocar ou curar a AR. Entretanto, os ácidos graxos ômega-3 (encontrados em peixes de água fria), quando ingeridos em quantidade suficiente podem modestamente reduzir a inflamação causada pela AR.

É muito importante manter uma dieta saudável, que inclui proteínas adequadas e cálcio. Durante os períodos mais agudos da artrite, você pode perder o apetite e tende a perder peso. Nesses momentos é importante que você tenha certeza de que está ingerindo calorias suficientes. Quando a sua artrite está menos ativa ou se você está tomando glicocorticóides, é importante evitar ganho de peso excessivo. Consuma apenas uma quantidade moderada de álcool se você está tomando aspirina ou outros anti-inflamatórios não hormonais, e evite totalmente se estiver tomando metotrexato. Todos os pacientes com AR, e particularmente aqueles que estão tomando glicocorticóides devem tomar suplementos de cálcio e multivitamínicos contendo vitamina D. Reposição de hormônios e/ou outros agentes podem ser necessários para reduzir a perda óssea.

Outras práticas saudáveis, como fazer check-up médico regularmente e o hábito de não fumar são muito importantes.

Como você pode melhor controlar a AR?

Se você tem AR, você pode achar dificuldade para conviver com essa doença. Como a AR é imprevisível e é geralmente caracterizada por longas e estáveis ou progressivas dores, podendo afetar muitas articulações,

pode também ocorrer stress emocional e depressão. Alguma depressão é normal, mas pode tornar a doença mais difícil para ser administrada.

É importante para você decidir viver todos os dias os mais completos possíveis. Medicamentos, descanso e exercícios são as melhores combinações para aliviar os sintomas, mas focar em aspectos positivos da vida também é importante para você e sua família aprender tudo possível sobre a doença, para discutir uns com os outros, com médicos e com os outros profissionais de saúde envolvidos em seus cuidados.

Conselhos de um psicólogo em como desenvolver habilidades de convivência e resolução de problemas podem ajudar.

Algumas pessoas com AR podem precisar de medicamentos especiais para aliviar a depressão.

Saber que você não está sozinho e que outros entendem alguma coisa sobre os desafios que você enfrenta pode ser o seu melhor apoio emocional.

Tratamentos melhores estão a caminho?

A cada ano, pessoas com AR gastam milhões de dólares com tratamentos à parte que não têm valores reconhecidos; enquanto outros são seguros e podem ajudar pacientes individuais. Você deve consultar o seu médico e considerar os possíveis efeitos colaterais e os custos desses tratamentos antes de decidir usá-los.

Nessa longa jornada, a maior esperança de melhores tratamentos ainda continua na intensiva pesquisa nas áreas básicas das ciências relacionadas com a AR, incluindo imunologia, inflamação, genética molecular e a biologia das cartilagens e dos ossos. As instituições: “The National Institutes of Health”, “The Arthritis Foundation”, e “The American College of Rheumatology”, e outras organizações apoiam esses tipos de pesquisas. No Brasil, a Sociedade Brasileira de Reumatologia, diferentes laboratórios e grupos de ajuda também apoiam as entidades que desenvolvem esses trabalhos. Você pode ajudar a dar apoio para que esse tipo de pesquisa permaneça como prioridade para nossas sociedades.

“The Arthritis Foundation”

A missão da The Arthritis Foundation é a de melhorar a vida das pessoas através da prevenção, controle e cura das artrites e de outras doenças relacionadas.

A The Arthritis Foundation pode ajudar você a assumir o controle de sua artrite. Entre no site www.arthritis.org, o qual fornece para você informações confiáveis quando você necessitar.

A organização americana The Arthritis Foundation aprecia e agradece ao Dr. Robin K. Dore, médico em Anaheim, Califórnia; ao Dr. David A. Fox, médico do Centro Médico da Universidade de Michigan; ao Dr. James R. O'Dell, médico do Centro Médico da Universidade de Nebraska; e a Laura Robbins (DSW), Hospital para Cirurgias Especiais em New York, por suas contribuições para este folheto.