

FACULDADE DE CERES
CURSO DE FARMÁCIA

ELOÍSIO DA SILVA SOUSA
FABIAN ARANTES DE OLIVEIRA
JOÃO BATISTA DE MORAIS

**INCIDÊNCIA DE CASOS COM ARTRITE REUMATÓIDE TRATADOS NO
LABORATÓRIO SANTA MÔNICA EM CERES – GO NO ANO DE 2010**

CERES
2011

ELOÍSIO DA SILVA SOUSA
FABIAN ARANTES DE OLIVEIRA
JOÃO BATISTA DE MORAIS

**INCIDÊNCIA DE CASOS COM ARTRITE REUMATÓIDE TRATADOS NO
LABORATÓRIO SANTA MÔNICA EM CERES – GO NO ANO DE 2010**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como
requisito parcial à conclusão do Curso de Farmácia da
Faculdade de Ceres.

Orientador: Prof. Esp. Guilherme Petito

CERES
2011

DEDICATÓRIA

Dedico este primeiramente a Deus por ter nos dado sabedoria, entendimento e discernimento para que terminássemos este trabalho. Em segundo a minha mãe que sempre esteve ao meu lado me apoiando, principalmente nos momentos em que mais precisei, sempre com uma palavra amiga e de otimismo.

Eloísio da Silva Sousa

Dedico este trabalho a Deus que traçou meu caminho e me manteve nele, à minha esposa que com muita paciência me orientou durante o percurso e às minhas filhas que entenderam minhas ausências.

Fabian Arantes de Oliveira

Dedico a Deus pela força no enfrentamento dos obstáculos e na busca do aprendizado nesses anos de estudo. A minha família, pelo incentivo na ampliação de conhecimentos, mesmo que para isso abdicassem de minha presença.

João Batista de Moraes

AGRADECIMENTO

Agradecemos ao professor especialista Guilherme Petito por, mesmo sem tempo, ter aceitado nos orientar, ao Dr. Bruno Nazeozeno Ribeiro, Médico reumatologista e à Dra. Andréa Rocha Silva Arantes, Biomédica, proprietária do Laboratório Santa Mônica, por orientar e autorizar a coleta de dados.

“Artrite Reumatóide (AR) é uma doença crônica e incapacitante que pode levar o paciente à dependência física e psicológica, com conseqüências econômicas.”

Medeiros, 1998.

RESUMO

Doença sistêmica auto-imune, a artrite reumatóide é de etiologia desconhecida, sendo que sua principal característica é a sinovite crônica, simétrica e erosiva das articulações periféricas que, em geral, acomete grandes e pequenas articulações em associação com manifestações sistêmicas como: rigidez matinal, fadiga e perda de peso. Predominante no sexo feminino apresentando picos frequentes entre os quarenta e sessenta anos. O diagnóstico depende da associação de uma série de sintomas e sinais clínicos, achados laboratoriais e radiográficos. Não existem testes laboratoriais e achados histológicos ou radiológicos que conclusivamente possam indicar um diagnóstico definitivo de AR. Para o tratamento da patologia o especialista pode utilizar-se de tratamento não medicamentoso, medicamentoso e intervenção cirúrgica. No tratamento não medicamentoso tem-se a fisioterapia, terapia ocupacional e acupuntura. No medicamentoso utilizam-se antiinflamatórios, glicocorticóides, inibidores seletivos de COX-2, opióides e drogas modificadoras do curso da doença (DMCD). A busca por especialista em reumatologia no Vale do São Patrício vem aumentando ao longo dos anos, por isso é importante fazer uma análise desta clientela confrontando afirmações propostas por estudiosos sobre a patologia, além de constatar os clientes que aderem ou não ao tratamento, assim como se os medicamentos e exames sugeridos pelo especialista são os indicados em bibliografias. O estudo é um censo, retrospectivo quantitativo dos atendimentos especializados no consultório de reumatologia do Laboratório Santa Mônica, no ano de 2010, com o objetivo de determinar o perfil epidemiológico dos pacientes operados por este serviço de saúde que atende o Vale do São Patrício. Ao analisarmos as fichas deparamos com a realidade de que foram atendidos 326 clientes no ano de 2010 e que destas 194 eram portadores da patologia, sendo 64 homens e 130 mulheres onde as mulheres são mais que o dobro dos homens. Entre os fármacos mais empregados pelo especialista destacamos em primeiro lugar o uso de Antiinflamatórios em 58,76% dos casos, em terceiro lugar Corticóides, 13,91%. O metotrexato, fármaco de escolha padrão, foi empregado em 11,34%. Quanto aos exames laboratoriais e radiográficos solicitados destaca-se em quase 100% dos exames os pedidos para Hemograma, TGO, TGP, Uréia, Creatinina, PCR, Fator Reumatóide, Velocidade de

Hemossedimentação (VHS), Lipidograma. Em apenas 47 casos foi solicitado o exame FAN, e em 24 casos TSH e em 17 casos T4.

Palavras- chave: Artrite Reumatóide, Tratamento e incidência

ABSTRACT

Disease solemnity-immune systemic, the rheumatoid arthritis it is of ignored aetiology, and your characteristic principal is the sinovite chronic, symmetrical and erosive of the outlying articulations, that in general attacks great and small articulations in association with manifestations systemic as: morning rigidity, fatigues and weight loss. Predominant in the feminine sex presenting frequent picks between the forty and sixty years. The diagnosis depends on the association of a series of symptoms and clinical signs, found laboratory and x-ray. Laboratory tests don't exist and found histologic or x-ray that conclusive can indicate a definitive diagnosis of AR. For the treatment of the pathology the specialist can be used of treatment non medicine, medicine and surgical intervention. In the treatment non medicine it is had the physiotherapy, occupational therapy and acupuncture. In the medicine it is used anti-inflammatory, glucocorticoids, selective inhibition of COX-2, opióides and modifier drugs of the course of the disease (DMCD). The search for specialist in rheumatology in it is Vale do São Patrício it is increasing along the years, for that it is important to do an analysis of this clientele confronting statements proposed by specialists on the pathology, besides verifying the customers that stick or not to the treatment, as well as if the medicines and exams suggested by the specialist they are the suitable ones in bibliographies. The study is a census, retrospective quantitative of the specialized attendances in the clinic of rheumatology of the Laboratory Santa Mônica, in the year of 2010, with the objective of determining the patients' epidemic profile operated by this service of health that I assist him it is Vale do São Patrício. To the we analyze the records we came across the reality that 326 customers were assisted in the year of 2010 and that of these 194 they were bearers of the pathology, being 64 men and 130 women where the women are more than the men's double. Among the drugs more used by the specialist we highlighted in first place the use of Anti-inflammatory in 58,76% of the cases, in third place Corticoids, 13,91%. THE metotrexato, drug of choice pattern, was used in 11,34%. With relationship to the laboratory exams and requested x-ray stands out in almost 100% of the exams the requests for Blood count, TGO, TGP, Urea, Creatinina, PCR, Factor Rheumatoid, sedimentation rate (ESR), Lipidogram.

In only 47 cases it was requested the exam FAN, and in 24 cases TSH and in 17 cases T4.

Keywords: Rheumatoid Arthritis, treatment and incidence

LISTA DE ABREVIATURAS

AINEs: antiinflamatórios não esteróides.

Anti-TNF: Anti-Tumor necrosis factor: anti. Fator de necrose tumoral.

AR: Artrite Reumatóide.

AVD: trabalho, atividades domésticas, deambulação por 30 minutos, independência.

COX-2: Ciclo-oxigenase-2.

DMARD: Disease-modifying antirheumatoid drugs - Agentes Modificadores da Doença.

DMCD: Drogas modificadoras do curso da doença.

IgM: Imunoglobulina M é um anticorpo.

IL-1: interleucina 1. É uma interleucina cuja função principal é aumentar a produção de defensas pelo epitélio.

IL-1Ra: Membro da família das interleucina 1.

LES: lúpus eritematoso sistêmico.

TNF- α : Fator de necrose tumoral alfa.

VHS: velocidade de hemossedimentação.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Número de clientes atendidos ao longo dos anos de 2007 a 2011 pelo médico reumatologista.....	32
Gráfico 2: Número de clientes atendidos ao longo dos meses do ano de 2010 pelo médico reumatologista.....	33
Gráfico 3: Número de clientes atendidos ao longo dos meses do ano de 2010 pelo médico reumatologista e que foi constatado ou não ser portador de artrite reumatóide.....	34
Gráfico 4: Número de clientes atendidos no ano de 2010 referente ao sexo.....	36
Gráfico 5: Número de clientes atendidos no ano de 2010 referente ao sexo que foram clinicados como portadores da patologia.....	36
Gráfico 6: Quantidade de pessoas clinicadas como portadoras de AR, no ano de 2010, relacionando o sexo com a faixa etária destas, constando acima ou abaixo de 40 anos.....	37
Gráfico 7: Número de clientes que aderiram ao tratamento.....	40

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Representação da ação erosiva dos osteoclastos nas cartilagens e ossos de um joelho.....	14
Figura 2:	Principais articulações simétricas atingidas por AR.....	17
Figura 3:	Articulações metacarpofalangeanas acometidas por AR.....	18
Figura 4:	Articulações metacarpofalangeanas inflamadas por AR.....	19
Figura 5:	Articulações metatarsofalangeanas inflamadas por AR.....	19
Figura 6:	Nódulos reumatóides localizado no antebraço.....	20
Figura 7:	Nódulo reumatóide localizado no joelho.....	20
Figura 8:	Radiografia das mãos de uma pessoa com AR.....	21
Figura 9:	Radiografia das mãos de uma pessoa com AR.....	21
Figura 10:	Radiografia do ombro de Mulher - 45 anos com avançada artrite reumatóide e osteoporose.....	21

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Principais medicamentos empregados pelo médico reumatologista para tratar os clientes diagnosticados com AR.....	38
--	----

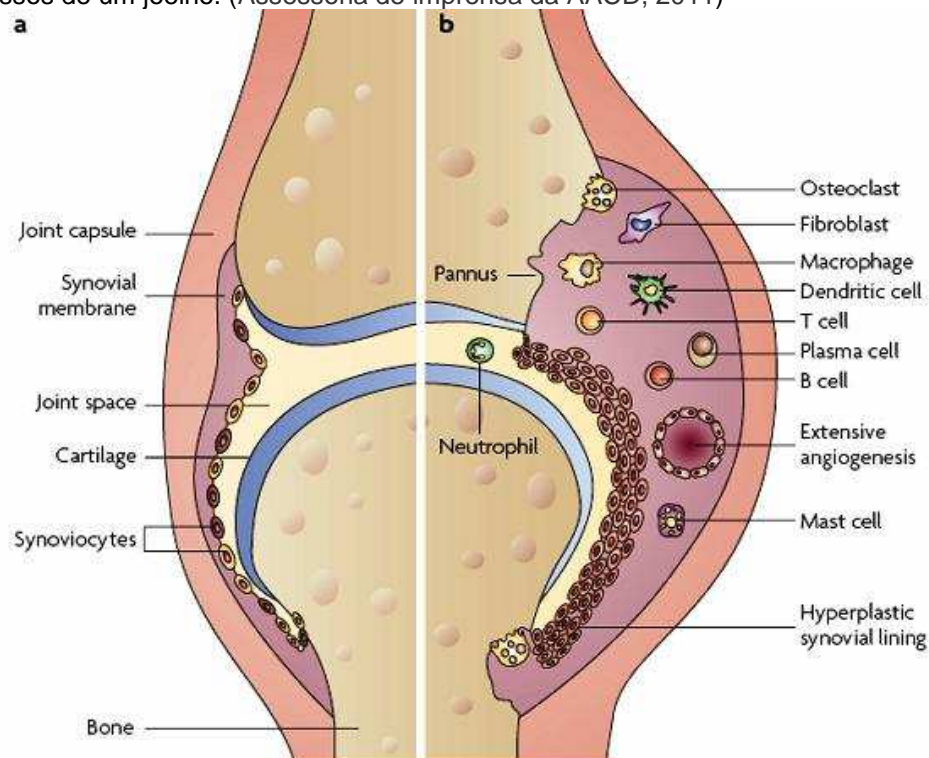
SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	JUSTIFICATIVA.....	27
3	OBJETIVOS.....	28
3.	OBJETIVOS GERAIS.....	28
1		
3.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
2		
4	METODOLOGIA.....	30
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
6	CONCLUSÕES.....	42
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
	ANEXOS	46
	ANEXO 1: AUTORIZAÇÃO DO MÉDICO ESPECIALISTA EM REUMATOLOGIA PARA A MANIPULAÇÃO DAS FICHAS DOS CLIENTES.....	46
	ANEXO 2: AUTORIZAÇÃO DO LABORATÓRIO PARA ANÁLISE DAS FICHAS DOS CLIENTES.....	47

1 – Introdução

Doença sistêmica auto-imune, a artrite reumatóide (AR) é de etiologia não conhecida, que apresenta como característica principal a sinovite crônica, simétrica e erosiva das articulações periféricas, como afirma Brandão (1997). Caracterizada por poliartrite periférica, esta patologia pode levar a deformidade e destruição das articulações em virtude de erosões, tanto na cartilagem quanto nos ossos (BERTOLO *et al.*, 2007). Tanto complemento e fatores quimiotáticos para neutrófilos, nesta patologia, são ativados por complexos imunes formados de Imunoglobulina M (IgM), um anticorpo. A produção de collagenase e de outras proteases em fibroblastos sinoviais e condrócitos articulares, são estimuladas pela ativação de macrófagos e da liberação de IL-1 E TNF- α , e estes vão promover danos nos tecidos periarticulares, à cartilagem e a estrutura óssea articular (SILVA, 2010).

Figura 1: Representação da ação erosiva dos osteoclastos nas cartilagens e ossos de um joelho. (Assessoria de imprensa da AACD, 2011)



1

Fonte: Assessoria de imprensa da AACD, 2011

Observa-se na figura 1, que está representa do lado **a** um joelho normal que não apresenta a patologia AR e que do lado **b** representa um joelho esquemático de um indivíduo que sofre dessa enfermidade. Observa-se que a patologia ataca as articulações produzindo uma sinovite inflamatória, ou seja, um processo inflamatório da membrana sinovial, que freqüentemente progride para a destruição da cartilagem articular e anquilose das articulações, que nada mais é do que provocar uma rigidez dessa articulação. A AR também pode produzir inflamação difusa no pulmão, pericárdio, pleura, esclera e também lesões nodulares, mais comuns no tecido subcutâneo sob a pele.

Em geral, a patologia conhecida por AR vai prejudicar as articulações, independente do local e do tamanho destas, além de apresentar outras manifestações sistêmicas associadas ao processo inflamatório e degenerativo como: perda de peso, rigidez matinal que pode durar de 15 minutos ou até mesmo horas e fadiga. Quando este processo inflamatório envolve outros órgãos, a morbidade e a gravidade da patologia são maiores, chegando ao ponto de poder diminuir a expectativa de vida do portador da enfermidade em cinco a dez anos (BERTOLO *et al.*, 2007; LAURINDO *et al.*, 2004).

À medida que os anos foram passando, os cientistas através de pesquisas conseguiram listar alguns fatores que direcionam a explicação do motivo ao qual o sistema imunológico da pessoa começa a se defender de si próprio.

Entre tais fatores que provavelmente poderiam explicar o porquê das células de defesa de um indivíduo começar a reagir contra ele próprio destacam-se os fatores genéticos, fatores ambientais e alguns cientistas que acreditam que há uma variedade de fatores além destes mencionados, principalmente quando se trata de indivíduos do sexo feminino. Porém, o que é sábio sobre a patologia é que a mesma é resultado da interação de muitos fatores (FONTES, 2009).

“A prevalência dessa patologia varia de 0,3 a 1,5% para a população adulta, sendo predominante no sexo feminino”. (BRANDÃO *et al.*, 1997). “Afetando o dobro ou o triplo de vezes a mais as mulheres do que homens, e sua prevalência aumentam com a idade” (BERTOLO *et al.*, 2007).

Tal patologia pode ocorrer em qualquer idade, porém apresenta maior incidência entre os indivíduos com faixa etária de 40 (quarenta) a 60 (sessenta) anos, no entanto há outros autores que referindo a estes valores de faixa etária,

mencionam as idades variando de 50 (cinquenta) a 70 (setenta) anos, relatando também que a enfermidade não é comum em homens jovens (0 a 0,5%), sendo a mesma endêmica, aparecendo casos em todas as etnias, não havendo diferença na prevalência quanto à latitude, longitude ou clima (BRANDÃO *et al.*, 1997).

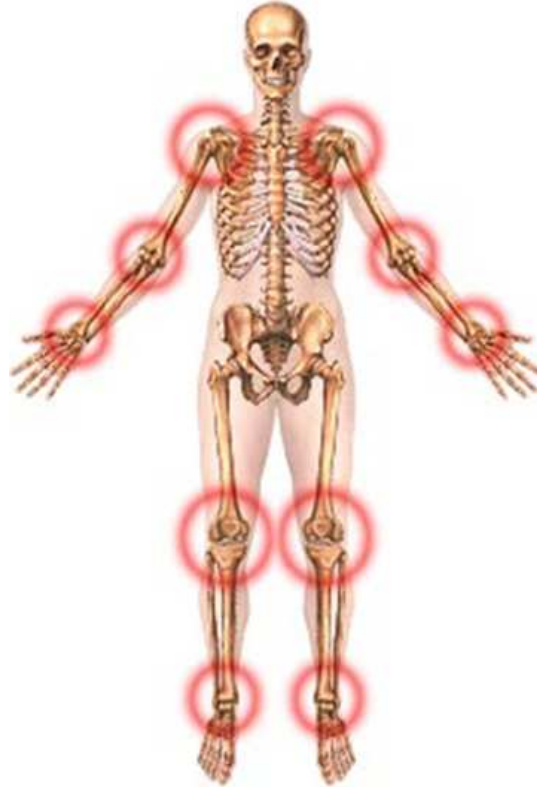
Diagnosticar se o indivíduo possui ou não AR não é muito fácil, pois o diagnóstico depende da associação de uma série de sintomas e sinais clínicos, além de achados laboratoriais e radiográficos.

Adicionalmente, os sintomas podem ser similares aos de outros tipos de artrite e problemas nas articulações. As queixas características dos pacientes são dor e rigidez em múltiplas articulações, além dos sinais flogísticos locais e da limitação do movimento articular (BRANDÃO *et al.*, 1997).

Os primeiros sintomas da patologia podem enquadrados com fraqueza, febre baixa, suores, perda de apetite, conseqüentemente perda de peso, mal estar, dores nas articulações, na maioria das vezes de forma simétrica, ou seja, nos dois lados do corpo. Com o tempo, os sintomas vão se acentuado e os sinais clínicos se tornam mais evidentes, aparecendo processo inflamatório nas articulações, acompanhado de dor, inchaço da região articular, aumento da temperatura local, vermelhidão, rigidez mais intensa após despertar, ao amanhecer, aparece pelo menos três articulações acometidas pela inflamação, os gânglios tomam maiores proporções, aparece quadros de anemia devido à falha da medula óssea em produzir suficientes glóbulos vermelhos novos além de nódulos subcutâneos. Referindo-se às articulações sinoviais, os locais mais comuns de serem acometidos são os ombros, têmporo-mandibular, mãos, joelhos, cotovelos, pés e coluna cervical, sendo que suas principais complicações podem ser deformidades progressivas, perda de função da região acometida, desgaste das articulações (artrose), ruptura de tendões e instabilidade da coluna cervical (BANCO DE SAÚDE, 2010).

A figura abaixo ilustra algumas das principais articulações simétricas acometidas pela inflamação.

Figura 2: Principais articulações simétricas atingidas pela AR. Adaptado.



Fonte: Makover, 2011

Não existem testes laboratoriais e achados histológicos ou radiológicos que conclusivamente possam indicar um diagnóstico definitivo de AR. De acordo com os critérios do *American College of Rheumatology* (ACR) de 1987, para classificação da patologia, a evidência de sinovite objetiva, deve estar presente por pelo menos seis semanas para que o diagnóstico seja feito. Na avaliação dos pacientes com a patologia, tem-se utilizado grande variedade de parâmetros clínicos, tais como: número de articulações inflamadas e dolorosas (pelo menos três áreas articulares com edema de partes moles ou derrame articular, observado pelo médico), duração da rigidez matinal (durando pelo menos uma hora), índice articular de Ritchie, índice articular de Thompson, força de preensão, medida da circunferência das articulações inter-falangianas proximais, tempo de caminhar 15 metros, avaliação global da atividade clínica pelo médico ou pelo paciente, avaliação da dor, presença de nódulos reumatóides, fator reumatóide (FR) sérico (O fator reumatóide é o complexo imune - classicamente uma IgM anti-IgG - está presente em 70 a 85% dos pacientes com a doença é certo que títulos altos de fator reumatóide são típicos da patologia, mas o teste não é específico , pois doenças

como lúpus eritematoso sistêmico (LES), linfomas, hanseníase e tuberculose podem cursar com fator reumatóide positivo, além de alterações radiográficas, tipo erosões ou descalcificações localizadas em radiografias de mãos e punhos. Ressalta-se que aqueles clientes com dois ou três critérios não são incluídos nesse protocolo mais também não são excluídos da possibilidade de futuramente desenvolver a patologia (BERTOLO *et al.*, 2007).

Segundo Pinheiro (2007), com relação ao índice articular de Ritchie – IAR, o mesmo analisa os seguintes fatores: (53 articulações avaliadas quanto à dor e ponderadas em: 0 – sem dor, 1 – dor leve, 2 – dor moderada e 3 – dor intensa), número de articulações edemaciadas (NAE) – 44 articulações, VHS e avaliação global de saúde (AGS) – escala visual analógica (EVA) de 0 a 100. A fórmula empregada para o cálculo é a seguinte, no qual $\sqrt{}$ é a raiz quadrada e \ln é o logaritmo neperiano:

$$0,53938 \times \sqrt{\text{IAR}} + 0,06465 \times \text{NAE} + 0,330 \times \ln \text{VHS} + 0,00722 \times \text{AGS}$$

Figura 3: Articulações metacarpofalangeanas acometidas por AR.



Fonte: Makover, 2011

Figura 4: Articulações metacarpofalangeanas inflamadas por AR.



Fonte: MedStudents, 2007

Figura 5: Articulações metatarsofalangeanas inflamadas por AR.



Fonte: MedStudents, 2007

Figura 6: Nódulos Reumatóides localizado no antebraço.



Fonte: Alves, 2010

Figura 7: Nódulo reumatóide localizado no joelho.



Fonte: [Keiserman](#), 2008.

Segundo o Banco de Saúde (2010), o médico poderá solicitar exames complementares como o hemograma completo, velocidade de hemossedimentação (VHS), função renal, enzimas hepáticas, exame qualitativo de urina, análise do líquido intra-articular e radiografia das articulações das mãos, dos pés e das demais articulações comprometidas.

Figura 8: Radiografia das mãos de uma pessoa com ar.



Fonte: Barbosa, 2008

Figura 9: Radiografia das mãos de uma pessoa com AR.



Fonte: Santana, 2010

Figura 10: Radiografia do ombro de Mulher - 45 anos com avançada artrite reumatóide e osteoporose.



Fonte: Fellet, 2002

Quanto ao tratamento desta patologia, prevenir ou controlar a lesão articular, prevenir a perda de função e diminuir a dor, tentando maximizar a qualidade de vida dos clientes com AR, são seus principais objetivos (BERTOLO *et al.*, 2007).

Para se obter resultados satisfatórios é primordial que não apenas o cliente seja educado sobre a patologia, mais sim toda a família, deixando bem claro para ambos todas as possibilidades de tratamento, benefícios e riscos que cada um proporciona. Para tanto, é necessário que se faça um acompanhamento multidisciplinar sendo indispensável à presença de um reumatologista para trazer mais confiança para o cliente durante o tratamento (BERTOLO *et al.*, 2007).

Para o tratamento da patologia em questão, o especialista pode utilizar o tratamento não medicamentoso, o tratamento medicamentoso e até mesmo intervenção cirúrgica, dependendo de cada caso.

Dentre os tratamentos não medicamentosos que se destacam, tem-se a fisioterapia, terapia ocupacional e inclui-se também a medicina tradicional chinesa (acupuntura). A finalidade destas é ajudar o cliente a desenvolver suas atividades diárias sem muitas complicações ou fazendo com que o mesmo sinta um alívio nas dores acometidas pela patologia diminuindo as mesmas. É importante salientar que quanto mais cedo o acompanhamento desse cliente ocorrer, melhores são os resultados, pois os profissionais podem desenvolver programas de exercícios que protejam as articulações, garantindo o fortalecimento da musculatura periarticular, melhorando a flexibilidade e resguardando o bom funcionamento do aparelho locomotor e do sistema cardiorrespiratório.

Quanto ao tratamento medicamentoso, este varia de paciente para paciente, pois o mesmo se relaciona com o estágio da doença, sua atividade e gravidade.

Para controlar a dor e processos inflamatórios das articulações, em casos sintomáticos, utilizam-se normalmente antiinflamatórios não esteróides (AINEs), associados ou não a doses baixas de glicocorticóides (até no máximo 15 mg de prednisona).

Indica-se também o uso de glicocorticóides, porém se este for empregado por mais de três meses, é aconselhável fazer a suplementação de cálcio (1.500 mg/cálcio elementar) e vitamina D (400 - 800 UI) e serem avaliados quanto à osteoporose.

Entre os fármacos que apresentam menos efeitos adversos gastrointestinais destacam-se os inibidores seletivos de COX-2, porém estes apresentam custo mais elevado. Sendo assim devem ser empregadas doses menores e no tempo necessário, pois há estudos que demonstram aumento com relação aos efeitos cardiovasculares.

O uso de opióides pode ser necessário em alguns pacientes. Infiltrações com glicocorticóides estão indicadas nos casos de mono ou oligoartrites persistentes.

Uma vez definido o diagnóstico para AR, o ideal é indicar para os clientes as drogas modificadoras do curso da doença (DMCD).

Dentre elas temos:

- Hidroxicloroquina.
- Cloroquina. Contra-indicado para pacientes que apresentem alterações retinianas e de campo visual.
- Sulfassalazina. Contra-indicada para pacientes com história de hipersensibilidade a sulfas, salicilatos ou a qualquer componente da fórmula da sulfassalazina, portadores de porfiria, obstrução de aparelho digestório ou geniturinário.
- Metotrexato. “Considerado a Droga DMCD de escolha no tratamento da artrite reumatóide” (SILVA, 2010). Recomenda-se que a dose inicial seja de 10 a 15 mg/semana. Caso não se observe melhora ou controle da doença com a dose inicial, deve-se aumentar progressivamente a dose após cada quatro a seis semanas de tratamento até alcançar a dose máxima. Contra-indicado em pacientes com insuficiência renal, hepatopatias, etilismo, supressão da medula óssea e em mulheres em idade fértil que não estejam fazendo anticoncepção. Deve ser usado com cautela em pacientes com pneumopatias. Sugere-se que a administração do fármaco deva ser associada ao uso de ácido fólico (1 a 2 mg/dia) para minimizar efeitos adversos.

O metotrexato e os AINEs, em associação, podem causar uma série de complicações, incluindo toxicidade hematológica e gastrointestinal severa. Além disso, em pacientes com disfunções renais preexistentes (ou disfunções renais induzidas por AINEs), potencializa-se o risco de desenvolver reações adversas. Essa interação pode ocorrer através de quatro diferentes mecanismos: 1)

competição entre o metotrexato e AINEs pela secreção tubular renal, 2) deslocamento do metotrexato, ou de seu metabólico ativo, do sítio de ligação às proteínas plasmáticas, 3) redução do metabolismo hepático do metotrexato pelos AINEs, 4) os AINEs inibem a síntese de prostaglandinas (vasoconstritor dos capilares renais), o que resultará na diminuição do fluxo sanguíneo renal e, conseqüentemente, na filtração glomerular do metotrexato. (BAGATINI *et al.*, 2011, p. 36)

- Leflunomida. Contra-indicada para mulheres em idade fértil que não estejam utilizando métodos anticoncepcionais, como também em pacientes com insuficiência renal e hepatopatias. Em casos de intoxicação pode ser utilizada a colestiramina na dosagem de 4 a 8 gramas/3 vezes ao dia, durante cinco dias.
- Azatioprina. Contra-indicada para mulheres grávidas e por possuir efeitos adversos é uma alternativa em casos excepcionais.
- Ciclosporina. Contra-indicada para pacientes com alteração da função renal, hipertensão não controlada e malignidade.

Bertolo (2007), faz menção às Drogas Modificadoras do Curso da Doença (DMCD) enquanto SILVA, 2010, refere-se ao mesmo termo como sendo Agentes Modificadores da Doença (DMARDs, disease-modifying antirheumatoid drugs), além de incluir os compostos do ouro (auranofina, aurotioglicose e aurotiomalato de sódio) no tratamento da patologia.

Os agentes biológicos, ou novas DMCD, ou seja, agentes modificadores da resposta biológica, que se encontram disponíveis comercialmente no Brasil são:

- Bloqueadores de TNF: adalimumabe, etanercepte e infliximabe; inclui principalmente a aplicação de IL-1Ra recombinante, anticorpo anti-TNF α , TNF- α solúvel fundido com a porção Fc da Ig da IgG humana, receptores de TNF solúvel (para remover o TNF- α), receptor de IL-1 solúvel (para remover a IL-1), terapia gênica com IL-1Ra cDNA, estimulação da produção de IL-1Ra endógena, inibidor da diidroorotato desidrogenase da síntese de pirimidinas, afetando a função de linfócitos (leflunomida) ou através de antagonista do TNF- α . A leflunomida é um imunomodulador com atividades antiinflamatória, analgésica e antipirética, testada recentemente para o tratamento da artrite reumatóide. Como modificadores da resposta do TNF, tem sido mais recentemente testados dois produtos: o Infliximab, que é um anticorpo monoclonal antagonista da TNF- α , e o Etanercept, que é uma forma recombinante do receptor do TNF. (SILVA, 2010). Esses agentes biológicos

são antiinflamatórios extremamente potentes, e o número de doenças em que eles tem mostrado efeitos aumenta cada vez mais nos ensaios clínicos desenvolvidos (JANEWAY *et al.*, 2007). Contra-indicado para mulheres grávidas ou que estejam amamentando, insuficiência cardíaca congestiva classe III e IV, em vigência de infecção ativa ou em pacientes com alto risco para o desenvolvimento de infecções pulmonares recorrentes, esclerose múltipla e em pacientes com doenças malignas atuais ou passada (menos de dez anos) (BERTOLO *et al.*, 2007).

- Depletors de linfócito B: rituximabe. Utilizado preferencialmente em associação com o metotrexato, podendo ser utilizado em monoterapia.
- Moduladores da co-estimulação: abatacepte. Pode ser utilizado associado aos DMCD ou como monoterapia. Não deve ser administrado concomitantemente ao agente anti-TNF (Fator de necrose tumoral), pois essa associação apresenta mais infecções, incluindo infecções graves.

A cerca do tratamento da AR em que é indicado a intervenção cirúrgica, segundo Bertolo (2007), é necessário algumas considerações para se proceder frente o tratamento cirúrgico a fim de melhorar o quadro da patologia.

Deve-se proceder a intervenção quando a patologia não permitir níveis mínimos aceitáveis de AVD (trabalho, atividades domésticas, deambulação por 30 minutos, independência), sendo que este não se deve aguardar comprometimento de várias articulações para então definir intervenção cirúrgica.

Aplica-se a Artroplastias de quadril e joelho indicadas precocemente, em operações bilaterais, sendo que antes é necessário testes de avaliação de qualidade de vida dos clientes.

Os tipos recomendados de tratamento cirúrgico são:

- Sinovectomia (remoção cirúrgica de membrana sinovial);
- Correção de tendões + sinovectomia;
- Desbridamento articular (renovação do tecido cartilaginoso degenerado) + ressecção artroplástica (excisão de parte do osso);
- Artrodese (fusão óssea intencional de uma articulação);
- Artroplastias totais (cirurgias que substituem a articulação por próteses)

Uma peça chave no tratamento do cliente com AR volta-se a figura do farmacêutico. Pois, referindo-se ao tratamento da patologia, este profissional da saúde assume o papel de dar suporte informativo em relação aos medicamentos,

auxílio na terapêutica e contribuindo para um tratamento medicamentoso seguro e eficaz (FOPPA *et al.*, 2008).

O farmacêutico pode analisar a prescrição e ver se esta está correta, avaliando a eficácia dos AINEs frente a analgésicos comuns, considerando as diferenças farmacológicas entre os representantes da classe, pode verificar a utilização da menor dose terapêutica e custos, entre outros. Neste sentido, a participação constante do farmacêutico atuando mais intensamente em atividades de utilização racional de medicamentos e de atenção ao paciente, além de promover sua valorização social e científica, permite, entre outras coisas, diminuir os gastos com assistência médica (LUZ *et al.*, 2006).

Sem dúvida, um dos principais papéis do farmacêutico frente ao cliente com AR está na promoção do uso racional dos medicamentos, uma vez que este profissional também faça parte da equipe multidisciplinar que acompanha a avaliação farmacoterapêutica do cliente (NEGRI, 2002). Assim, podemos entender que a Assistência Farmacêutica, engloba entre suas diversas atividades no contexto da assistência à população – individual e coletiva – a promoção do uso racional de medicamentos. No que concerne à Atenção Farmacêutica, *pharmaceutical care*, esta permite a interação do farmacêutico com o paciente, objetivando o atendimento daquelas suas necessidades relacionadas com os medicamentos. Sendo assim ele sai de um papel marginalizado da equipe de saúde e readquire função nesta equipe (MARIN, 2003).

2 – JUSTIFICATIVA

Este Trabalho se justifica pela importância de se observar e avaliar o número de pacientes que desenvolvem a doença auto-imune, AR, além de verificar se o tratamento proposto pelo especialista assim como os exames solicitados por este profissional da saúde são os sugeridos por referências bibliográficas e se os clientes aderem ou não ao tratamento, ao passo que também estaremos confrontando os dados obtidos com a afirmação de Bertolo (2007) e Laurindo (2004), onde o mesmo afirma que a prevalência da patologia é predominante no sexo feminino, chegando a ser o dobro ou o triplo de vezes a mais que nos homens e verificando se a realidade proposta por Brandão (1997), que afirmam que sua prevalência aumenta com a idade, se aplicam aos clientes do Vale do São Patrício que procuraram o atendimento especializado do laboratório Santa Mônica.

O número de casos de artrite reumatóide tratados no Vale do São Patrício pelo especialista em reumatologia demonstra a necessidade de uma busca por um profissional habilitado com a finalidade de diminuir o grau de intensidade da patologia e proporcionar uma melhora na qualidade de vida do cliente, tendo em vista que por ser uma doença auto-imune o tratamento é permanente e não curativo.

O diagnóstico precoce e o início imediato do tratamento são fundamentais (ALBERS *et al.*, 2001) para o controle da atividade da doença e para prevenir incapacidade funcional e lesões articulares irreversíveis. Os objetivos principais do tratamento do cliente com AR são: prevenir ou controlar a lesão articular, prevenir a perda de função e diminuir a dor, tentando maximizar a qualidade de vida destes clientes. A remissão completa, apesar de ser o objetivo final (do tratamento), raramente é alcançada. O tratamento começa com a educação do cliente e de seus familiares sobre sua doença, as possibilidades de tratamento, com seus riscos e benefícios. O acompanhamento multidisciplinar é necessário, preferencialmente sob a orientação do reumatologista (ACR - CLINICAL GUIDELINS COMMITTEE ,1996).

3 – OBJETIVOS

3.1 – OBJETIVO GERAL

Levantar dados sobre a incidência dos casos constatados e tratados referente à AR pelo médico reumatologista no ano de 2010 e confirmar que a procura por assistência médica especializada para o tratamento dessa patologia vem aumentando na região do Vale do São Patrício ao longo dos meses, além de confrontar os dados com afirmativas e sugestões de tratamento feitas por autores a cerca da patologia.

3.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as fichas dos clientes arquivadas no laboratório e levantar o número destes que procuraram assistência médica especializada durante o ano de 2010, verificando quais os casos que foram diagnosticados como AR.
- Constatar que a procura por médico especialista na região do Vale do São Patrício vem aumentando ao longo dos meses e conseqüentemente ao longo dos anos.
- Confrontar os dados obtidos com as afirmativas de Brandão (1997) no que diz respeito sobre a incidência dos casos confirmados para AR recaírem sobre a faixa etária compreendida entre quarenta e sessenta anos e a afirmativa de Bertolo (2007) e Laurindo (2004), no que diz respeito quanto à incidência da patologia, referindo-se ao sexo, afetar o dobro ou o triplo de vezes a mais as mulheres do que homens, verificando se estas afirmativas são válidas para o Vale do São Patrício.
- Constatar o volume de clientes que aderiram ao tratamento e os que abandonaram.

- Verificar se o tipo de tratamento medicamentoso mais indicado pelo especialista confere com os indicados em referencias, assim como os pedidos de exames laboratoriais e radiográficos solicitados por ele.

4 – METODOLOGIA

Realizou-se um levantamento retrospectivo quantitativo dos atendimentos especializados no consultório de reumatologia do Laboratório Santa Monica, no período de janeiro a dezembro, referente ao ano de 2010, com o objetivo de determinar o perfil epidemiológico dos pacientes operados por este serviço de saúde. O estudo se enquadra como sendo um censo, pois recolheu informações de todos os integrantes do universo pesquisado.

O laboratório Santa Mônica iniciou suas atividades no ano de 2002 e prestava os seguintes serviços de saúde para a comunidade do Vale do São Patrício: análises clínicas e diagnósticos em ultrassonografia e eletrocardiograma.

Em 2007 os proprietários observando a procura por atendimento médico especializado em reumatologia, ampliaram suas instalações e disponibilizaram salas para médicos especialistas que tivessem interesse em atender na cidade de Ceres-GO, quando fizeram o convite para o médico especialista em reumatologia Dr. Bruno Nazeozeno Ribeiro, para atender os clientes de Ceres, região do Vale do São Patrício e norte goiano.

Iniciou-se assim o atendimento médico especializado, abrindo as portas para a população que buscava e busca por atendimento destes profissionais.

Hoje o Laboratório possui equipamentos automatizados e semi-automatizados, profissionais e técnicos capacitados para garantir a qualidade dos serviços, além dos consultórios com profissionais de diversas áreas como médicos especialistas em Ginecologia, Reumatologia, Neurologia, Psiquiatria, Medicina do Trabalho, Endocrinologia, Psicologia, Nutrição e Acupuntura.

Com a autorização do médico reumatologista e da proprietária do estabelecimento, anexos I e II, tivemos a oportunidade de coletar os dados.

Os critérios para inclusão na pesquisa foram os pacientes que procuraram atendimento especializado no período de outubro de 2007 a outubro de 2011, tendo maior importância os clientes atendidos no ano de 2010, não importando faixa etária, sexo e cidade onde residam desde que esta seja situada no Vale do São Patrício, que compreende as cidades de Barro Alto, Carmo do Rio Verde, Ceres, Guaraíta, Guarinos, Hidrolina, Ipiranga de Goiás, Itapaci, Itapuranga, Jaraguá, Morro Agudo de Goiás, Nova América, Nova Glória, Pilar de Goiás, Rialma, Rianópolis, Rubiataba,

Santa Isabel, Santa Rita do Novo Destino, São Luís do Norte, São Patrício e Uruana. Para avaliar se os clientes aderiram ou não ao tratamento consideramos aqueles que retornaram ao consultório no máximo três meses após a primeira consulta.

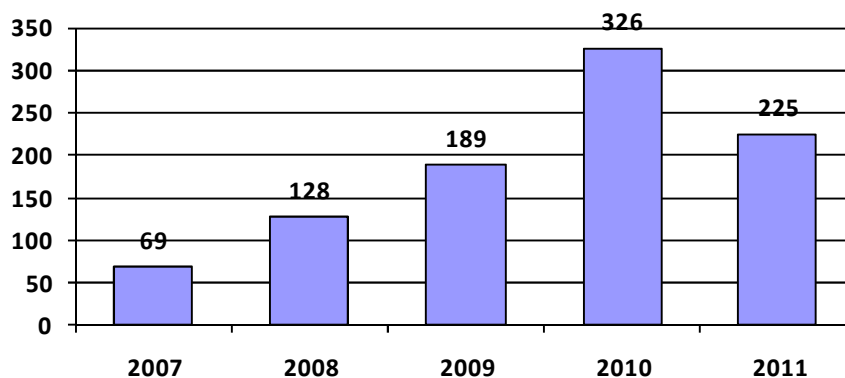
Os dados relacionados ao número de pacientes atendidos ao longo dos anos de 2007 a 2011, número de pacientes atendidos ao longo dos meses de 2010, e procedência, além de tratamentos instituídos, exames solicitados, assim como aderência ou não ao tratamento por parte dos clientes, foram coletados a partir dos prontuários clínicos.

Os dados foram analisados por gráficos, médias, moda e tabela, onde foi utilizado o programa excel para plotar os gráficos.

5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após analisar as fichas do médico especialista, constata-se que o atendimento especializado em reumatologia iniciou-se em outubro de 2007 e que neste ano atendeu-se um total de 69 (sessenta e nove) clientes e que até outubro de 2011, o número de clientes atendidos saltou para 608 (seiscentos e oito) clientes suspeitos de estarem com AR, sendo que este número refere-se à pacientes de primeira consulta, não considerando retornos destes ao consultório. Uma média de 121,6 clientes por ano. Com os dados em mãos fez-se o seguinte gráfico onde consta o número de clientes atendidos ao longo dos anos citados. Ressalta-se que no ano de 2007 os atendimentos começaram a partir do mês de outubro, período em que se iniciou o atendimento do médico especialista em reumatologia em Ceres-GO, por este motivo o número de clientes é menor neste período e referindo-se ao ano de 2011, este consta as análises feitas até o mês de outubro do mesmo.

Gráfico 1: Número de clientes atendidos ao longo dos anos de 2007 a 2011 pelo médico reumatologista.



Como se pode observar ao longo dos anos de 2007 a 2010 a procura por atenção médica especializada vem aumentando, apresentando uma queda apenas de 2010 a 2011. De 2007 para 2008 houve um aumento de 100%, de 2008 para 2009, um aumento de aproximadamente 47,7%, de 2009 para 2010, um aumento de aproximadamente 72,49%. Apenas entre os anos de 2010 e 2011 que apresenta uma queda considerável de 30,98%, que se justifica pelo motivo de que a pesquisa

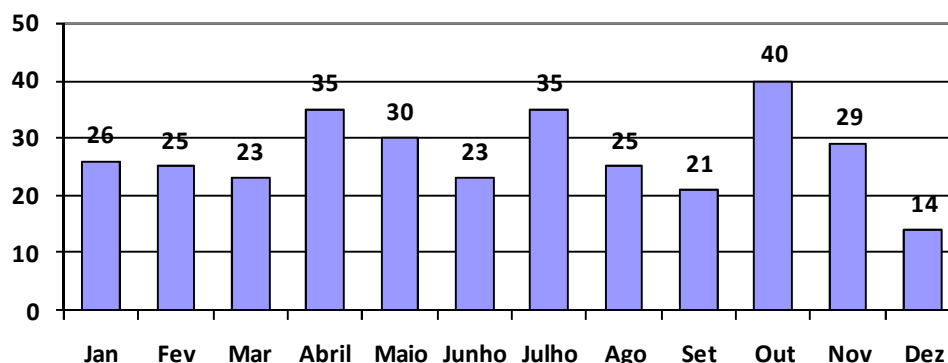
foi realizada antes do término do corrente ano, até o mês de outubro, fator este que fez com que a média anual de casos clínicos atendidos ao longo dos anos caísse um pouco. A média de aumento por ano é de 47,3%. Sendo que de 2007 para 2010 houve um expressivo aumento de 372,46%. E como se pode observar, bem nítido no gráfico, o ano de 2010 foi o ano que apareceram mais clientes a procura de atendimento especializado.

Pode-se observar que no primeiro gráfico, o ano de 2007 teve menor procura pelo tratamento especializado e observa-se também que a procura pelo clínico aumentou expressivamente ao longo dos anos até chegar em 2010, período ao qual foi alcançado seu clímax com 326 (trezentos e vinte e seis) clientes atendidos. Motivo este que fez com que o grupo escolhesse este ano para análise de dados.

Mesmo tendo apresentado uma queda de 30,98% nos atendimentos médicos no período de 2010 para 2011, os dados comprovam que realmente houve aumento médio de 47,3% na procura por atendimento especializado no período citado de outubro de 2007 a outubro 2011, confirmando a tese de que a procura por essa especialização vem aumentando.

Dos dados analisados do número de consultas referente aos meses do ano de 2010 obtém-se o seguinte gráfico.

Gráfico 2: Número de clientes atendidos ao longo dos meses do ano de 2010 pelo médico reumatologista.



Como se observa, ao longo do ano de 2010, nos três primeiros meses a procura por atendimento especializado quase se manteve constante, porém o

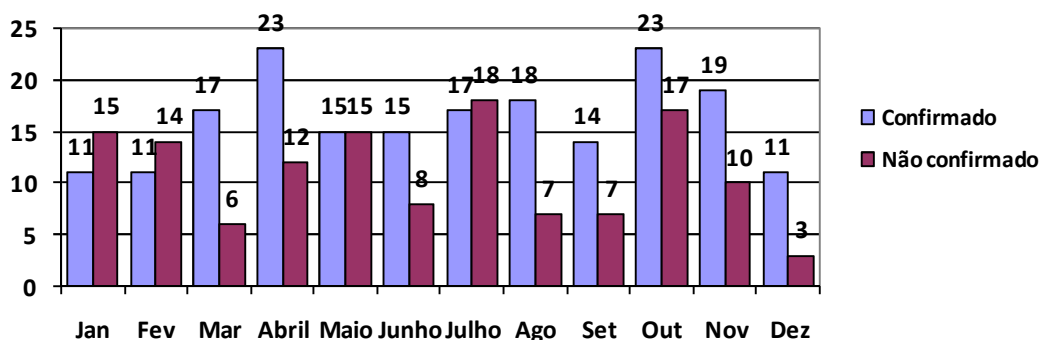
mesmo período teve uma queda de 11,53%. Em abril voltou a subir 52,17%. Após este aumento voltou a cair até o mês de julho 34,29%. Em julho, outro aumento de 52,17%, seguido de queda até o mês de setembro de 42,86%. Em outubro observamos o último aumento na procura pelo especialista, que chegou ao patamar expressivo de 100%, retomando a queda até o mês de dezembro em 65%.

O mesmo apresentou uma média de 27,16 clientes atendidos por mês no ano de 2010, com moda nos meses de fevereiro e agosto, março e junho, abril e julho, sendo 25 (vinte e cinco), 23 (vinte e três) e 35 (trinta e cinco) clientes atendidos respectivamente.

Se tratando do ano de 2010, que é o foco do trabalho, dos 326 (trezentos e vinte e seis) clientes atendidos, constata-se que o mês que houve maior procura pelo especialista foi em outubro, seguido dos meses de abril e julho com 40 (quarenta) e 35 (trinta e cinco) consultas respectivamente e o mês com menor fluxo de clientes atendidos pelo especialista foi em dezembro, onde se constata que houve apenas 14 (quatorze) atendimentos.

O gráfico abaixo mostra quantos clientes foram diagnosticados ou não com artrite reumatóide ao longo dos meses do ano de 2010.

Gráfico 3: Número de clientes atendidos ao longo dos meses do ano de 2010 pelo médico reumatologista e que foi constatado ou não ser portador de artrite reumatóide.



Ao todo foram 326 (trezentos e vinte e seis) casos analisados no ano de 2010, onde o especialista constatou que 194 (cento e noventa e quatro) clientes, ou seja, cerca de 59,5% destes, estavam com AR, os outros 40,5%, 132 (cento e trinta e dois) clientes respectivamente, não eram portadores da patologia, e sim de lúpus

eritematoso sistêmico (LES), fibromialgia, gota e outras doenças auto imune e inflamatórias.

Começando o mês de janeiro com 11 (onze) casos confirmados, até o mês de abril registrou-se um aumento de 109% na incidência de casos confirmados para AR. Em seguida queda de 34,78% até junho. Aumento de 20% até agosto. Queda de 22,22% de agosto para setembro. Aumento de 64,29% para outubro de onde apresentou queda de 52,17% até o fim do ano.

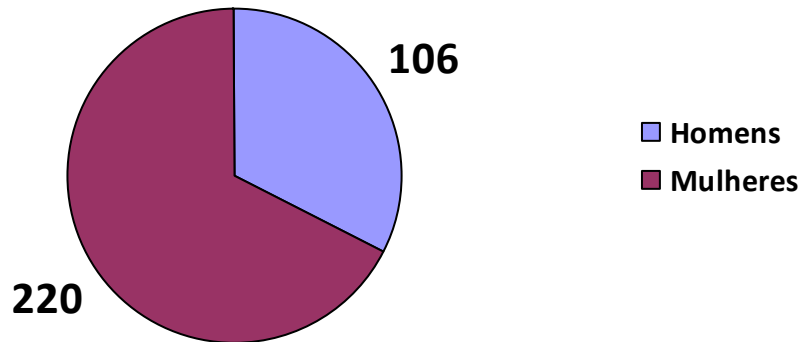
Para os casos não diagnosticados como AR o ano começou com 15 (quinze) casos não diagnosticados para a patologia e registrou queda de 60% até março, apresentou-se um aumento expressivo de 150% para os casos não diagnosticados como AR até maio, queda de 46,66% para junho, novamente teve um aumento expressivo de 125% para julho e queda de 66,66% até setembro. Outro aumento considerável de 183,33% para outubro, fechando o ano com queda de 82,35%.

Por mês foram clinicados em média de 16,17 clientes com AR e 11 (onze) clientes em média por mês que não portavam a patologia, apresentando moda para clientes confirmados com a patologia em janeiro, fevereiro e dezembro, março e julho, abril e outubro, maio e junho, sendo 11 (onze), 17 (dezesete), 20 (vinte) e 15 (quinze) clientes respectivamente e moda para os casos não confirmados em janeiro e maio, agosto e setembro, sendo 15 (quinze) e 7 (sete) clientes respectivamente.

Logo, os meses que mais se confirmaram casos de clientes com AR foram nos meses de abril e outubro, ambos com 23 (vinte e três) casos confirmados para a patologia e os meses de julho e outubro foram os meses que mais se clinicou clientes que portavam uma patologia auto-imune não sendo classificada como AR, num total de 18 (dezoito) e 17 (dezesete) clientes atendidos por mês respectivamente.

O gráfico abaixo consta a quantidade de clientes atendidos no ano de 2010, referente ao sexo.

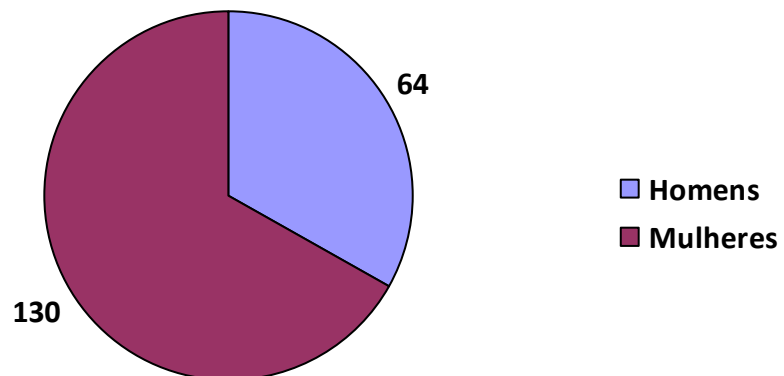
Gráfico 4: Número de clientes atendidos no ano de 2010 referente ao sexo.



Como se observa o número de mulheres que procuraram atenção médica especializada para a patologia AR foi mais que o dobro com relação ao número de homens que procuraram o mesmo especialista, cerca de 107,5% a mais. Dos 326 (trezentos e vinte e seis) clientes que procuraram atendimento especializado em reumatologia as mulheres representam 67,48% contra 31,52% de representatividade dos homens.

Observa-se no gráfico seguinte a quantidade de homens e mulheres atendidos que foram clinicados como sendo portadores da patologia.

Gráfico 5: Número de clientes atendidos no ano de 2010 referente ao sexo que foram clinicados como portadores da patologia.

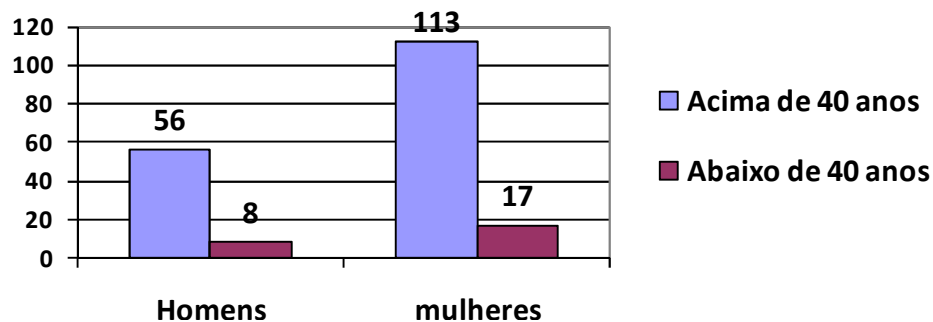


Observou-se assim que o número de clientes do sexo feminino clinicado como portadores da patologia também é um pouco maior que o dobro da quantidade de homens também clinicados como sendo portadores de AR no ano de 2010. Em questão a porcentagem está próxima a 103,1%.

No que diz respeito a esta realidade, o Vale do São Patrício no ano de 2010 constou-se que 67,01% dos afetados foram mulheres e comparando a quantidade de mulheres afetadas com relação aos homens afetados elas são 103,01% a mais que os mesmos, 64 (sessenta e quatro) homens contra 130 (cento e trinta) mulheres, o que comprova os estudos e afirmações de Bertolo (2007) e Laurindo (2004), nos quais os mesmos afirmam que a patologia afeta o dobro ou o triplo de vezes a mais as mulheres do que homens.

Já no gráfico seguinte observa-se a faixa etária das pessoas que procuraram o atendimento especializado para o tratamento de sua enfermidade.

Gráfico 6: Quantidade de pessoas clinicadas como portadoras de AR, no ano de 2010, relacionando o sexo com a faixa etária destas, constando acima ou abaixo de 40 anos



Pode-se observar pelo gráfico acima em questão, que nos homens clinicados pelo especialista como portadores de AR, que 87,5% destes possuíam mais de 40 anos e que nas mulheres, 86,9% destas apresentaram também mais de 40 anos. A diferença percentual entre ambos é de apenas 0,6%, logo pode-se concluir que a média de incidência para a patológica em pessoas com mais de 40 anos clinicada é de 87,1%.

Confrontando com a afirmativa de Brandão (1997) tem-se que a incidência de casos confirmados para AR no Vale do São Patrício no ano de 2010, também recaiu sobre a faixa etária de 40 anos, pois esta se encontra em um

percentual de 87,1% dos casos confirmados para clientes acima dos 40 anos, confirmando-se assim que no Vale do São Patrício a sua afirmativa de que a maioria dos casos acomete as pessoas nessa faixa etária pode ser aplicada, reforçando também a teoria de Bertolo (2007) na qual ele enfatiza que a prevalência da patologia aumenta com a idade.

A tabela abaixo mostra os principais medicamentos utilizados pelo médico para tratar a AR, assim como outros fármacos empregados para resguardar a saúde do cliente. Para quase todos os pacientes foram indicados mais de um fármaco, um para o tratamento da Ar e alívio da dor, e outro para proteção estomacal ou para evitar efeitos colaterais como é o caso do emprego do ácido fólico, sugerido como suporte para evitar efeitos adversos quando se lança mão do emprego o fármaco metotrexato como opção de tratamento para a patologia.

Na tabela abaixo consta o número de clientes aos quais estes medicamentos foram indicados assim como a porcentagem entre os 194 clientes, que foram indicados esse tipo de medicação como tratamento.

Tabela 1: Principais medicamentos empregados pelo médico reumatologista para tratar os clientes diagnosticados com AR.

Medicamento	Quantidade de clientes	% de clientes que foram indicados esse tratamento
Anti-ulceroso	148	76,28
Antiinflamatório	114	58,76
Analgésico	42	21,65
Corticóide	27	13,91
Metotrexato	22	11,34
Antidepressivo	19	9,79
Acido fólico	14	7,21
Cálcio	12	6,18
Miorrelaxante	12	6,18

A cerca dos tratamentos mais indicados o especialista não sugeriu em nenhum caso o tratamento não medicamentoso como a fisioterapia, terapia

ocupacional ou a medicina tradicional chinesa (acupuntura) e nem a intervenção cirúrgica. O especialista sugeriu em todos os casos o tratamento medicamentoso.

Dentre estes os medicamentos, o mais indicado pelo especialista foram os anti-ulcerosos para proteger a mucosa gástrica preservando a saúde destes clientes. Estes fármacos foram indicados em 76,28% dos clientes.

Em primeiro lugar como opção de tratamento medicamentoso para a AR destaca-se os antiinflamatórios com 58,76% de indicação, em segundo lugar os analgésicos com 21,65%, os corticóides com 13,91% ocupam o terceiro lugar. O metotrexato que é o fármaco padrão sugerido como escolha para o tratamento da AR apresentou-se sugestão de tratamento para apenas 11,34% dos clientes. Porém este fato pode ser explicado pelo motivo de sua contra-indicação, o mesmo não é indicado para clientes com insuficiência renal, hepatopatias, etilismo, supressão da medula óssea e em mulheres em idade fértil que não estejam fazendo anticoncepção. Além de que o mesmo deve ser usado com cautela em pacientes com pneumopatias. Além do que os fármacos mais utilizados como opção de tratamento medicamentoso pelo especialista foram os antiinflamatórios, e a associação destes com o metotrexato, pode causar uma série de complicações, potencializar reações adversas, causar toxicidade hematológicas e gastrintestinais severas (BAGATINI et al., 2011). Sendo assim acreditamos que este é um dos motivos pelos quais o clínico não sugeriu o emprego do fármaco metotrexato como opção de tratamento.

Observou-se também que o clínico sugeriu o metotrexato como droga de escolha para 22 casos e que destes apenas 14 casos foram sugeridos a associação do ácido fólico (1 a 2 mg/dia) para minimizar efeitos adversos.

Como mencionado, os corticóides ocupam o terceiro lugar como medicamento escolha para o tratamento, sendo indicado para 27 clientes, com representatividade de 13,91%, e por se tratar de um tratamento medicamentoso prolongado que ultrapassa três meses, o aconselhável seria fazer a suplementação de cálcio (1.500 mg/cálcio elementar) e vitamina D (400 - 800 UI) e depois serem avaliados quanto à osteoporose, porém em apenas 12 destes clientes foi feita a escolha de tratamento com reposição de cálcio e nenhum dos casos foi feito o emprego da vitamina D como suplemento.

Referindo-se aos exames clínicos e laboratoriais, o profissional pode lançar mãos de uma gama enorme de exames a fim de achar os sintomas, sinais

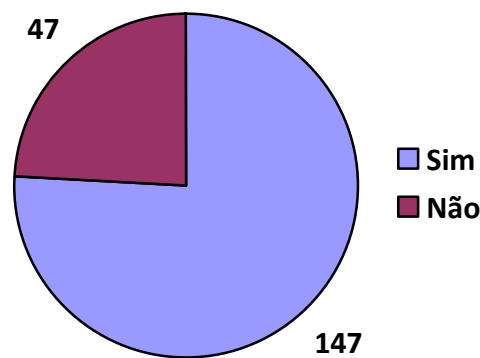
clínicos e laboratoriais, além de radiográficos para diagnosticar a AR. Considerando os principais exames solicitados pelo médico reumatologista que atende no laboratório Santa Mônica, destacou-se em quase 100% dos exames os pedidos para Hemograma, TGO, TGP, Uréia, Creatinina, PCR, Fator Reumatóide, Velocidade de Hemossedimentação (VHS), Lipidograma. Em apenas 47 casos foi solicitado o exame FAN, e em 24 casos TSH e em 17 casos T4.

Geralmente no hemograma observa-se a presença de anemia, TGO e TGP alterados, Uréia e Creatinina elevada, PCR e Fator Reumatóide positivo.

Porém como afirma Bertolo (2007), o Fator Reumatóide positivo está presente em 70 a 85% dos pacientes com AR, porém mesmo que o resultado dê elevado, o teste não é específico, pois outras patologias também podem obter fatores reumatóides positivos, como o caso do lúpus eritematoso sistêmico (LES), linfomas, hanseníase e tuberculose.

Uma vez que coletou-se os dados para a incidência da patologia, analisou-se a quantidade de clientes que aderiram ao tratamento.

Gráfico 7: Número de clientes que aderiram ao tratamento



Com relação aos 194 (cento e noventa e quatro) clientes diagnosticados como sendo portadores de AR, apenas 147 (cento e quarenta e sete) clientes, um percentual de 79,89%, retornaram ao consultório, confirmando que estes aderiram ao tratamento medicamentoso.

Quanto aos clientes que não retornaram ao médico, 47 (quarenta e sete) clientes, cerca de 20,11%, acredita-se que não aderiram ao tratamento, talvez pelo custo dos medicamentos, pelas reações adversas apresentadas pelos fármacos de

escolha pelo profissional de saúde que lhes atendeu, ou pelo motivo de ter procurado outro especialista ou que infelizmente este tenha, até mesmo, vindo a óbito. Não se descarta também a possibilidade de que o cliente possa ter aceitado o tratamento, esteja obtendo bons resultados e devido a isso não tenha retornado ainda ao médico. Porém neste caso, como não houve o retorno até no máximo três meses considerou-se que estes não aderiram ao tratamento, pois o retorno tem que ser constante e as fichas analisadas foram referentes ao ano de 2010 e já estamos concluindo o ano de 2011.

6 – Conclusões

Como proposto nos objetivos específicos ao analisar-se as fichas dos clientes, levantou-se o número de clientes que procuraram assistência médica especializada em reumatologia no ano de 2010, sendo que foi um total de 326 (trezentas e vinte e seis) clientes, onde destes 194 (cento e noventa e quatro) clientes eram portadores da patologia, um total de aproximadamente 59,5% destes.

Observou-se também que a procura por médico especializado em reumatologia na região do Vale do São Patrício ao longo dos meses de 2010 oscila bastante, os meses que tiveram maiores procuras foram nos meses de abril, julho e outubro. Passados esses meses sempre apresentavam quedas subseqüentes. Mesmo assim o ano de estudo, apresentou uma média de 27,16 atendimentos a clientes por mês.

Confrontando as afirmativas de Brandão, Bertolo e Laurindo quanto à incidência dos casos confirmados para a patologia recair sobre a faixa etária compreendida acima dos 40 (quarenta) anos e que, quanto à incidência da patologia afetar mais as mulheres que os homens, chegando ao dobro ou triplo de vezes mais, estas afirmativas podem ser aplicadas à população do Vale do São Patrício que procurou assistência médica especializada em reumatologia no Laboratório Santa Monica.

Com relação aos clientes que aderiram ou não ao tratamento sugerido pelo clínico responsável, constatou-se que 79,89% destes, num total de 147 (cento e quarenta e sete) clientes, aderiram ao tratamento e o restante 20,11%, 47 (quarenta e sete) clientes, não aderiram ao tratamento.

A cerca dos medicamentos mais utilizados pelo especialista observou-se e constatou-se que o mesmo empregou para o tratamento da patologia em primeiro lugar o uso de Antiinflamatórios em 58,76% dos casos, ou seja, em 114 (cento e quatorze) clientes, em segundo lugar o mesmo utilizou o emprego de analgésicos com 21,65%, em 42 (quarenta e dois) clientes e em terceiro lugar os Corticóides, 13,91% dos casos, em 27 (vinte e sete) clientes. Com relação ao metotrexato, que é considerado o fármaco de escolha padrão, como menciona SILVA, 2010, o mesmo empregou este em apenas 22 clientes, que representam um total de 11,34%.

Quanto aos exames laboratoriais e radiográficos solicitados destaca-se em quase 100% dos exames os pedidos para Hemograma, TGO, TGP, Uréia, Creatinina, PCR, Fator Reumatóide, Velocidade de Hemossedimentação (VHS), Lipidograma. Em apenas 47 casos foi solicitado o exame FAN, e em 24 casos TSH e em 17 casos T4.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERS J. M. C., *et al.* Treatment strategy, disease activity, and outcome in four cohorts of patients with early rheumatoid arthritis. **Ann Rheum Dis**, n. 60, p. 453 - 458, 2001. Disponível em: < http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=2593 >. Acesso em: 10 jun. 2011.

ACR - Clinical Guidelines Committee: Guidelines for the management of rheumatoid arthritis. **Arthritis Rheum**, n. 39, p. 713 - 722, 1996. Disponível em: < http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=2593 >. Acesso em: 10 jun. 2011.

ALVES, R. Diálogo patológico. O que é AR? Disponível em: < http://dialogopatologico301.blogspot.com/2010_03_01_archive.html > Acesso: em: 18 nov. 2011

ASSESSORIA DE IMPRENSA DA AACD. **Nova pesquisa clínica para tratamento artrite reumatóide no Hospital Abreu Sodré.** Disponível em: < <http://guiadodeficiente.com.br/guia/index.php/Noticias/nova-pesquisa-clinica-para-tratamento-artrite-reumatoide-no-hospital-abreu-sodre/> >. Acesso em: 18 nov. 2011

BANCO DE SAÚDE. 2008-2010. **Banco de Saúde: Internet para uma vida melhor.** Disponível em: < <http://www.bancodesaude.com.br/artrite-reumatoide/sintomas-diagnostico-tratamento-artrite-reumatoide#Sintomas> >. Acesso em: 5 mar. 2011.

BAGATINI, F. *et al.* Potenciais interações medicamentosas em pacientes com artrite reumatóide. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 51, n. 1, p. 29 - 39, 2011.

BERTOLO, M. B. *et al.* Atualização do Consenso Brasileiro no Diagnóstico e Tratamento da Artrite Reumatoide. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 47, n. 3, p. 151-159, mai/jun. 2007.

BRANDÃO, L. Avaliação da qualidade de vida na artrite reumatóide: revisão atualizada. Evaluation of quality of life in rheumatoid arthritis. **Revista Brasileira de Reumatologia**. v. 37, n. 5, p. 275 – 281, 1997.

ELLET, A. J. Elementos básicos de diagnóstico. CERIR – Centro de Estudos e reciclagem e de Investigação em Reumatologia. Disponível em :< <http://www.cerir.org.br/revistas/marco2002/ombro.htm> >. Acesso em: 18 nov. 2011.

FOPPA, A. A. *et al.* Atenção farmacêutica no contexto da estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences. v. 44, n. 4, out./dez. 2008

JANEWAY JR, C. A.; SILVA, A. C. A. **Imunobiologia**: o sistema imune na saúde e na doença. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

LAURINDO, I. M. M. et al. Artrite reumatóide: diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 44, n. 6, nov./dez. 2004.

LUZ, T. C. B. et al. Fatores associados ao uso de antiinflamatórios não esteróides em população de funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro: Estudo Pró-Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 9, n. 4, dez. 2006.

MARIN, N. (org.). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro : OPAS/OMS, 2003.

MEDEIROS, M. M. C. **Impacto da doença e qualidade de vida dos cuidadores primários de pacientes com artrite reumatóide**: adaptação cultural e validação do Caregiver Burden scale / Impact of diseases and quality of life of the primary health care of patients with rheumatoid arthritis: cultural adaptation and validation of the Caregiver burden scale. s.n; 1998. 152 p. ilus, tab.

NEGRI, B. **Política federal de assistência farmacêutica 1990 a 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

PINHEIRO, G. R. C. Instrumentos de medida da atividade da artrite reumatóide – por que e como empregá-los. **Revista Brasileira de Reumatologia**. v. 47, n. 47, Sept./Oct. 2007.

SANTANA, [A. L.](http://www.infoescola.com/doencas/artrite/): Artrite. **InfoEscola Navegando e Aprendendo**. Disponível em: < <http://www.infoescola.com/doencas/artrite/> >. Acesso em: 18 nov. 2011.

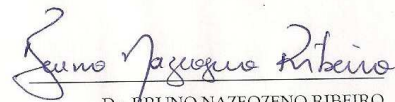
SILVA, Penildon. **Farmacologia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

ANEXO A - Autorização do reumatologista para analisar as fichas dos clientes.

 **LABORATÓRIO SANTA MÔNICA**
ANÁLISES CLÍNICAS-CITOLOGIA -TESTE DE DNA-ELETROCARDIOGRAMA-ULTRASSONOGRÁFIA

Ceres, 08 de agosto de 2011.

Autorizo aos alunos **FABIAN ARANTES DE OLIVEIRA, ELOÍSIO DA SILVA SOUZA E JOÃO BATISTA DE MORAIS**, acadêmicos da Faceres, coletarem os dados necessários para realização de Trabalho de Conclusão de Curso. Os dados são referente às fichas médicas de pacientes em reumatologia dos anos de 2007 a 2011.



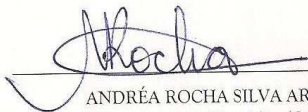
Dr. BRUNO NAZEEZENO RIBEIRO
MÉDICO REUMATOLOGISTA
CRM-GO: 9371

Autorização do responsável do laboratório para análise das fichas dos clientes.

 **LABORATÓRIO SANTA MÔNICA**
ANÁLISES CLÍNICAS-CITOLOGIA -TESTE DE DNA-ELETROCARDIOGRAMA-ULTRASSONOGRÁFIA

Ceres, 08 de agosto de 2011.

Autorizo aos alunos **FABIAN ARANTES DE OLIVEIRA, ELOÍSIO DA SILVA SOUZA E JOÃO BATISTA DE MORAIS**, acadêmicos da Faceres, coletarem os dados necessários para realização de Trabalho de Conclusão de Curso. Os dados são referente às fichas médicas de pacientes em reumatologia dos anos de 2007 a 2011.


ANDRÉA ROCHA SILVA ARANTES
Biomédica/Citologista
LABORATÓRIO SANTA MÔNICA

ELOÍSIO DA SILVA SOUSA
FABIAN ARANTES DE OLIVEIRA
JOÃO BATISTA DE MORAIS

**INCIDÊNCIA DE CASOS COM ARTRITE REUMATÓIDE TRATADOS NO
LABORATÓRIO SANTA MÔNICA EM CERES – GO NO ANO DE 2010**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à conclusão do Curso de Farmácia da Faculdade de Ceres. Este Trabalho de Conclusão de Curso foi aprovado em ___/___/___, pela banca examinadora constituída pelos professores:

Prof. 1 – Guilherme Petito

Prof. 2 – Ana Claudia Alves de Oliveira

Prof.3 – Patrícia Ferreira Castro

DECLARAÇÃO

Eu, CÉLIA ROMANO DO AMARAL MARIANO, RG nº 5.714.022-4, formada em Biblioteconomia pela Faculdade de Sociologia e Política da USP, com diploma registrado do MEC, inscrita no CONSELHO REGIONAL DE BIBLIOTECONOMIA – CRB/1-1528, DECLARO para os devidos fins acadêmicos que fiz a revisão das citações e referências bibliográficas do TCC sob o título **“INCIDÊNCIA DE CASOS COM ARTRITE REUMATÓIDE TRATADOS NO LABORATÓRIO SANTA MÔNICA EM CERES – GO NO ANO DE 2010”**, do Curso de Farmácia da Faculdade de Ceres – FACERES.

Ceres, 26 de janeiro de 2012

Célia Romano do Amaral Mariano

Biblioteconomista CRB1/1528

FICHA CATALOGRÁFICA

Sousa, Eloísio da Silva

Incidência de casos com artrite reumatóide tratados no Laboratório Santa Mônica em Ceres – GO no ano de 2010. / Eloísio da Silva Sousa, Fabian Arantes de Oliveira, João Batista de Moraes. Ceres - GO: Faculdade de Ceres – FACERES, 2011.

50 fls.

Orientador: Guilherme Petito (Especialista)
Monografia (Graduação) Faculdade de Ceres - FACERES. Curso de Farmácia.

Bibliografia

1. Artrite reumatóide. 2. Doença crônica. 3. Tratamento. I. Oliveira, Fabian Arantes de. II. Moraes, João Batista de. III. Faculdade de Ceres – FACERES. II. Título.

CDU616-07/-08(817.3)''2010''

Célia Romano do Amaral Mariano – Biblioteconomista CRB1/1528