

## ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA ARTRITE REUMATOIDE EM IDOSOS

Luciana Moura de Assis<sup>1</sup>  
Daniele Rodrigues da Silva<sup>2</sup>  
João Rodrigues de Sousa<sup>3</sup>  
Raquel Fragoso Pereira Cavalcanti<sup>4</sup>

### RESUMO

A Artrite Reumatoide (AR) é uma doença inflamatória, crônica, de caráter destrutivo e autoimune. Considerando a diminuição da qualidade de vida dos acometidos e o emergente envelhecimento da população mundial, o objetivo desta pesquisa foi conhecer as opções e manejos terapêuticos preconizados para o tratamento de idosos com AR atendidos, no período de 2014 a 2018, em clínica de reumatologia no sertão paraibano. Trata-se de um estudo transversal, documental, com abordagem quantitativa, aprovado sob Nº 2712427 pelo Comitê de Ética do Centro de Formação de Professores da UFCG, realizado em 2018 através da aplicação de questionário à pacientes com AR. Participaram 21 idosos com AR, a maioria do sexo feminino com idades entre 60 a 65 anos. Verificou-se que 15 idosos (71%) tiveram tratamento farmacológico associado ao não farmacológico, sendo os mais frequentes os glicocorticoides (61,9%) e a fisioterapia (53%), respectivamente. A maioria (19%) associaram glicocorticoide à leflunomida (Droga Modificadora do Curso da Doença sintética) e apenas três pacientes sem osteoporose utilizavam suplementação de cálcio e vitamina D. Os idosos referiram apenas três eventos de reações de hipersensibilidade. Conclui-se que o manejo terapêutico da AR em idoso se deu principalmente com o uso de glicocorticoides, embora este seja preconizado de acordo com protocolos de tratamento da AR, deve ser considerado suplementação com cálcio e vitamina D na prevenção da osteoporose. Neste contexto, faz se necessário novas abordagens de estudo nesta área que possibilitem auxiliar na conduta terapêutica eficaz e segura na prevenção de agravos, sobretudo para os idosos.

**Palavras-chave:** Artrite Reumatoide, Idosos, Tratamento.

### INTRODUÇÃO

A Artrite Reumatoide (AR) é uma doença inflamatória, crônica, de caráter destrutivo e de origem autoimune. A doença tem como principais características a sinovite persistente que acomete grandes e pequenas articulações de forma simétrica, deformidades em estruturas articulares e ósseas, rigidez matinal, edema, fadiga além do risco aumentado para quedas

<sup>1</sup> Professora Doutora dos Cursos de Enfermagem e Medicina da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG (Cajazeiras), [lu\\_moura\\_2002@yahoo.com.br](mailto:lu_moura_2002@yahoo.com.br);

<sup>2</sup> Graduanda do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG (Cajazeiras), [dani1108@outlook.com](mailto:dani1108@outlook.com);

<sup>3</sup> Mestre em Irrigação e drenagem da Universidade Federal de Campina – UFCG (Campina Grande), [joaorosousa4@gmail.com](mailto:joaorosousa4@gmail.com);

<sup>4</sup> Mestranda do Programa de pós graduação em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos da Universidade Federal da Paraíba- UFPB, [raquelfragoso@hotmail.com](mailto:raquelfragoso@hotmail.com).

devido à diminuição do equilíbrio e da marcha (DE ALMEIDA LOURENÇO; ROMA; DE ASSIS, 2017).

As manifestações podem surgir em qualquer idade, no entanto, é mais incidente em populações entre os 35-65 anos. A doença afeta cerca de 0,5-1% da população mundial, predominando no gênero feminino numa proporção de 3:1 para o sexo masculino (DA MOTA et al., 2013). Não há distinção quanto à raça, porém a maioria dos estudos aponta para um maior acometimento da população branca.

Os pacientes com AR possuem uma diminuição na qualidade de vida, devido às manifestações de dor, inchaço articular, rigidez, fadiga e incapacidade funcional advindos da doença (HORIUCHI et al., 2017). Uma vez que a dor articular prejudica a mobilidade e a realização das atividades diárias, com conseqüente diminuição no autocuidado (FREITAS, 2013).

Diante desses danos causados pela doença, iniciar o tratamento precoce e adequado é essencial para o controle dos sinais e sintomas. Os métodos de tratamento são importantes para o controle intensivo da doença e intervenção na fase inicial, que, quando rápida e eficaz, pode mudar o curso da doença a longo prazo. Essas condutas de tratamento resultarão no controle das manifestações clínicas, com a capacidade de promover a regressão da AR (DA MOTA et al, 2013).

De acordo com Brasil (2017) o tratamento da AR consiste em uma abordagem farmacológica como também não farmacológica. Essa última, por sua vez, inclui a prática de exercícios físicos, fisioterapia, acompanhamento psicológico, terapia ocupacional e cirurgia. Algumas terapias alternativas como dietas, meditação, acupuntura, massagens, quiropraxia e homeopatia, podem ser buscadas pelos pacientes, no entanto, devem ser bem recomendadas pelo profissional responsável pelo acompanhamento do idoso, devido aos riscos a saúde e as poucas evidências que sustentem a recomendação do uso dessas práticas.

Segundo Almeida et al (2015) não somente as terapias alternativas requerem conhecimento e comprovação clínica da sua eficácia, a compreensão da terapia não farmacológica como a terapia ocupacional também é essencial para que o reumatologista possa indicar com segurança o seu uso. O tratamento com auxílio do terapeuta ocupacional visa à melhoria e manutenção da capacidade funcional do paciente, com base na prevenção e diminuição do agravamento das deformidades, por meio do uso de próteses, adaptações de utensílios e modificação do ambiente.

O tratamento farmacológico é baseado na utilização de medicamentos como os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), os corticosteroides, as drogas modificadoras do curso da doença (DMCD) sintéticas e biológicas, e as drogas imunossupressoras.

A forma de manifestação da AR apresenta variações, e a idade de início da doença é fator determinante. O início da doença em idosos (*Elderly Onset Rheumatoid Arthritis-EORA*) é observado entre aqueles pacientes cuja doença se inicia com idade igual ou maior que 60 anos, e aqueles que possuem início inferior a essa idade é caracterizado como o início da doença em jovens (*Young Onset Rheumatoid Arthritis-YORA*). O tratamento, tanto para *YORA* e *EORA*, possui o mesmo objetivo, entretanto, o tratamento destinado ao *EORA* é menos agressivo, explicado pela cautela do uso de medicamentos modificadores do curso da doença, cujo intuito é evitar possíveis agravos mediante as vulnerabilidades da própria idade (HORIUCHI et al., 2017).

Diante do caráter incapacitante da doença e a maior propensão dos idosos aos diversos problemas de saúde, o objetivo deste estudo foi conhecer as opções e manejos terapêuticos preconizados para o tratamento de idosos com AR, atendidos por um reumatologista em uma Clínica Particular no Sertão Paraibano.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de natureza observacional, documental, com delineamento transversal, de caráter descritivo e abordagem quantitativa. A pesquisa foi desenvolvida no município de Cajazeiras, Paraíba, em uma Clínica Particular que dispunha de atendimento em reumatologia e nos domicílios dos pacientes com AR que não possuíam consulta agendada durante o período da coleta de dados.

Foram incluídos na pesquisa os pacientes com diagnóstico de AR que tinham idade igual ou superior a 60 anos e que estavam sendo acompanhados pelo reumatologista durante o período de 2014 a 2018. O critério de exclusão consistiu em idosos que não estavam em plenas condições mentais para responder ao instrumento da pesquisa.

A coleta de dados aconteceu nos meses de setembro a dezembro de 2018 através de um formulário semiestruturado, elaborado pelos autores, contendo questões sobre as variáveis sociodemográficas e as relacionadas ao tratamento dos pacientes com AR, mediante assinatura voluntária do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram organizados em planilhas, posteriormente analisados por estatística descritiva, do programa excel versão 2013 e apresentados por meio de gráficos e tabelas.

Este estudo é fruto de um recorte do projeto de pesquisa intitulado: “Aspectos clínicos, diagnóstico, terapêutico e qualidade de vida de pacientes com Artrite Reumatoide”, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande, sob o número do parecer: 2712427. A pesquisa respeitou a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, visando à defesa e garantia a proteção dos participantes da pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo foram utilizados dados referentes ao tratamento de pacientes com AR, com idade igual ou superior a 60 anos, tendo sido obtida uma amostra de 21 participantes.

Em relação ao perfil dos participantes da pesquisa observou-se que a maioria 17 (81,0%) era do sexo feminino, a média de idade da amostra foi de 67,5 anos, sendo a faixa etária de 60-65 anos a mais frequente com 9 indivíduos (42,9%), conforme mostra a Tabela 1. Esses dados corroboram a afirmação em que há o predomínio da incidência de AR no gênero feminino numa proporção de 3:1 para o sexo masculino (DA MOTA et al., 2013).

**Tabela 1.** Distribuição dos participantes da pesquisa segundo as variáveis sociodemográficas. Cajazeiras/PB, 2019.

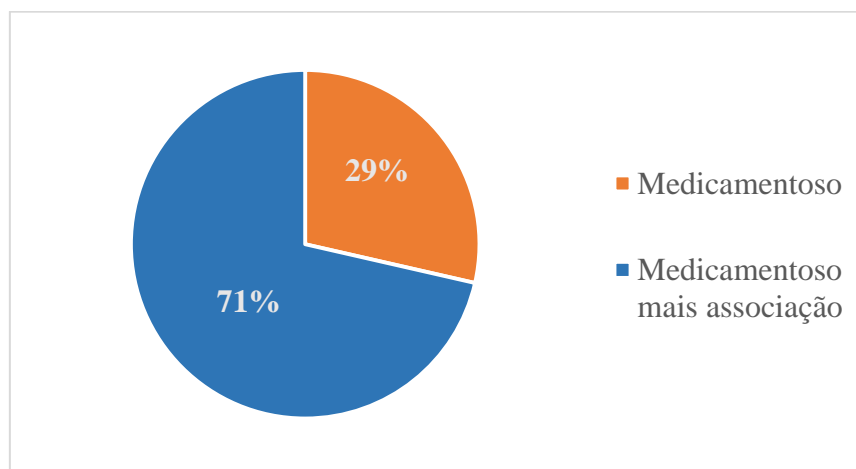
Variáveis		n	%
Gênero	Masculino	4	19,0%
	Feminino	17	81,0%
Faixa etária (anos)	60 – 65	9	42,9%
	65 – 70	5	23,8%
	70 – 75	4	19,0%
	75 – 80	3	14,3%

Fonte: Autoria própria. Cajazeiras/PB, 2019.

Quanto aos dados sobre o tratamento, foram realizadas perguntas sobre o tipo de tratamento realizado, os fármacos utilizados e a presença de hipersensibilidade aos mesmos.

Com relação ao tipo de tratamento a pergunta questionava se os idosos faziam uso apenas do tratamento medicamentoso ou tratamento medicamentoso associado a outras práticas como fisioterapia, hidroginástica e outras. No gráfico 1 verifica-se que a maior parcela dos idosos, 15 (71%), realizava o tratamento medicamentoso associado ao não medicamentoso.

**Gráfico 1.** Frequência do tipo de tratamento realizado pelos idosos com AR.  
Cajazeiras/PB, 2019.



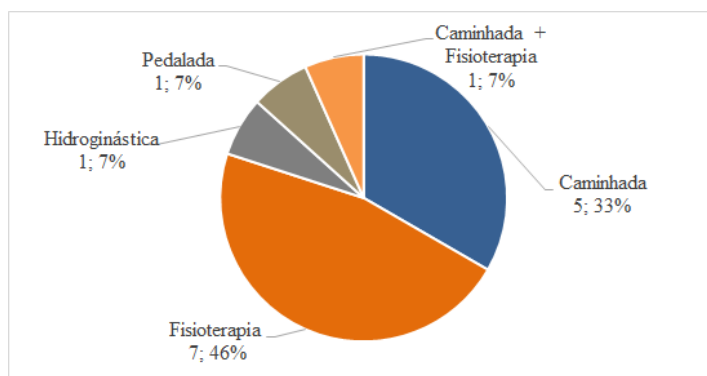
Fonte: Autoria própria. Cajazeiras/PB, 2019.

A AR é uma condição sistêmica caracterizada por inflamação crônica das articulações que eventualmente resulta em danos e perda de função levando a vários déficits musculoesqueléticos e subsequente declínio da função física/locomotiva e social do indivíduo. A dor, um dos sintomas mais prevalentes e incapacitantes dos pacientes com AR, reduz ainda mais a qualidade de vida e pode causar sofrimento psicológico, fadiga e depressão (SMOLEN; ALETAHA; MCINNES, 2016). Sendo importante a existência de um tratamento direcionado e específico.

Ambas as terapêuticas, medicamentosa e a não medicamentosa, são eficazes sobretudo quando utilizadas concomitantemente; devido à AR ser uma doença crônica e que pode desencadear diversas complicações relacionadas à saúde, a abordagem terapêutica deve ser multidisciplinar englobando o dano físico, emocional e social na qual os indivíduos com AR estão vulneráveis.

Quando perguntados sobre qual modalidade de tratamento não medicamentoso, os idosos mencionaram a prática de fisioterapia, hidroginástica, caminhada e pedalada; sendo a fisioterapia a mais citada 8 (53%), como mostra o gráfico 2.

**Gráfico 2.** Modalidade de tratamento não medicamentoso realizado por idosos com AR. Cajazeiras/PB, 2019



Fonte: Autoria própria. Cajazeiras/PB, 2019.

Segundo Schnornberger, Jorge e Wibelinger (2017) em seu estudo de caso sobre os efeitos da intervenção fisioterapêutica na dor e na qualidade de vida de mulheres com AR, observaram que exercícios como o alongamento e fortalecimento muscular; exercícios direcionados a motricidade fina, equilíbrio e relaxamento proporcionaram diminuição da intensidade da dor em algumas participantes, e naquelas que não tiveram diminuição da dor foi percebido que não houve piora no estado clínico. Além da dor, a fisioterapia proporcionou melhoria na capacidade funcional, vitalidade, estado geral de saúde, aspectos físicos, emocionais e sociais.

Com base na literatura, a fisioterapia para idosos está mais direcionada a prevenção de quedas, visto que a marcha e o equilíbrio torna-se comprometido com o aumento da idade. A fisioterapia é vista pelo idoso como algo positivo na melhora física e na saúde, de maneira geral, proporciona uma sensação de bem-estar e revigoramento. Os exercícios contribuem não somente com a melhora do aspecto físico como também do estado mental, proporcionando autonomia a este público (BANZATTO et al., 2015).

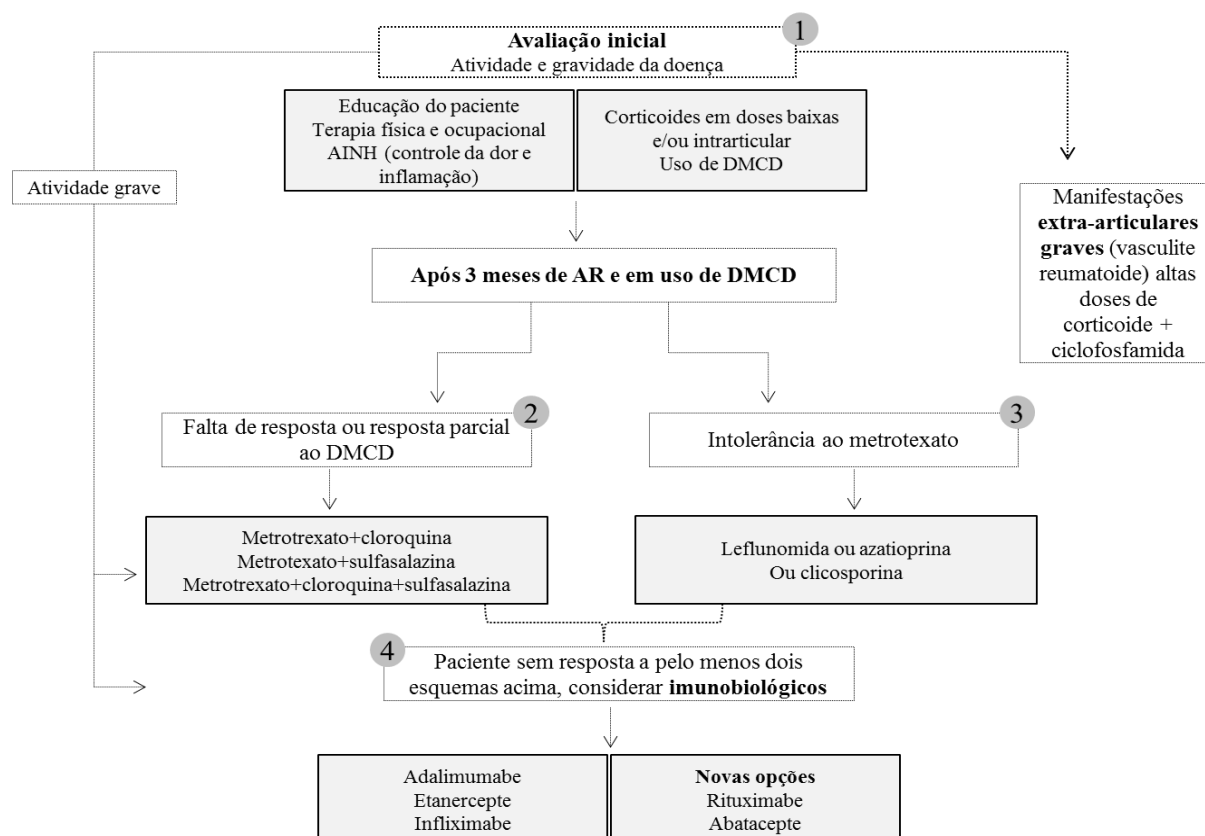
Apesar dos diversos benefícios proporcionados pelo tratamento não medicamentoso o uso dos fármacos constitui o principal meio de tratamento da AR. Quanto às opções farmacoterapêuticas, as DMCD (Droga Modificadora do Curso da Doença) sintéticas são pioneiras para o tratamento da AR e visam reduzir a progressão do dano estrutural. Outros fármacos como os anti-inflamatórios não-esteroidais (AINEs) e glicocorticoides atuam no controle sintomático da doença. Embora reduzam a dor e a rigidez e melhore a função física, estes não interferem no dano articular e, portanto, não modificam a doença, além disso a precaução na prescrição de tais fármacos deve-se fazer presente principalmente em relação

aos glicocorticoides que oferecem efeitos rápidos, mas estão associados a sérios efeitos colaterais quando usado de forma crônica (SINGH et al., 2016).

As DMCD dividem-se em: sintéticas e biológicas. As do tipo sintéticas podem ser drogas sintéticas convencionais (scDMCD) como o metotrexato, sulfasalazina, leflunomida, cloroquina; e as drogas sintéticas com alvo específico (saDMCD), exemplos importantes incluem inibidores de Janus Cinase (JAK), tais como tofacitinibe ou baricitinibe (SINGH et al., 2016). Os agentes biológicos e os saDMCD induzem mais eventos adversos do que os scDMCD. Em particular, a incidência de infecções graves é aumentada, embora diminua com o tempo. Um risco especial está relacionado à reativação da tuberculose, embora isso não tenha sido relatado com rituximabe (SMOLEN et al., 2015).

Tendo em vista o risco aumentado dos idosos para o desenvolvimento de eventos adversos é primordial conhecer a abordagem terapêutica da AR. Conforme estabelecido pelo CBDR (Consenso Brasileiro de Doenças Reumatológicas), esquematizado na fig.1.<sup>1</sup>

**Figura 1.** Algoritmo para o tratamento da AR



<sup>1</sup> DMCD: Droga Modificadora do Curso da Doença; AINH: Anti-Inflamatório Não Hormonal; 1. Avaliação inicial do quadro da AR e monoterapia; 2. Terapia combinada; 3. Escolha terapêutica em casos de intolerância ao metotrexato; 4. Terapia biológica; Considerar escolhas terapêuticas em casos de atividade grave da doença e vasculite reumatoide. Fonte: adaptado BERTOLO et al., 2014.

Neste estudo, quando questionados sobre quais os fármacos que eram utilizados, os idosos referiram o uso de medicamentos de diversas classes terapêuticas, os AINEs, glicocorticoides, DMCD-sintéticas, DMCD-biológicas. A tabela 2 descreve a frequência dos medicamentos de diversas classes utilizados pelos idosos do estudo.

**Tabela 2.** Tratamento medicamentoso utilizado pelos pacientes com AR.  
Cajazeiras/PB, 2019

Medicamentos	N	%
AINEs, arava e azulfin	1	4,8%
AINEs, arava e tecnomet	2	9,5%
Arava	2	9,5%
Humira e tecnomet	1	4,8%
Prednisona e arava	4	19,0%
Prednisona e reuquinol	1	4,8%
Prednisona e tecnomet	2	9,5%
Prednisona, arava e tecnomet	2	9,5%
Prednisona, azulfin e humira	1	4,8%
Prednisona, tecnomet e humira	2	9,5%
Prednisona,tecnomet e beta trinta	1	4,8%
Tecnomet	1	4,8%
Tecnomet e beta trinta	1	4,8%
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>

Fonte: Autoria própria. Cajazeiras/PB, 2019.

Sobre os tratamentos utilizados, a maioria dos participantes (19,0%) realizava o uso de prednisona associado ao arava, nome comercial do leflunomida. Com base nesses dados podemos verificar que o prednisona (glicocorticoide) foi o fármaco mais indicado para o tratamento da AR, sendo prescrito para 13 pacientes (61,9%). O glicocorticoide é um anti-inflamatório potente utilizado há anos para tratar processos inflamatórios, neoplásicos, tratamento de doenças clínicas de caráter agudo ou crônico, para intervenções cirúrgicas e também em setores de internação e ambulatoriais (AYALA; COARITI, 2017).

De acordo com o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT) da AR, os glicocorticoides sistêmicos como a prednisona e prednisolona, são iniciados juntamente com os DMCD sintéticos ou biológicos, e por sua vez atuam no controle dos sinais e sintomas da doença. Contudo, algumas observações devem ser realizadas antes da prescrição deste fármaco, o glicocorticoide quando associado aos AINEs é indicado uso de inibidor de bomba de próton para proteção gástrica. Além disso, deve ser considerado suplementação com cálcio e vitamina D quando o glicocorticoide for utilizado por mais de 3 meses e uso do



bisfosfonatos para casos em que o paciente apresente fatores de risco para fraturas (BRASIL, 2017).

O uso de suplementação de cálcio e vitamina D e o uso de bisfosfonatos em pacientes com AR é justificado por dois mecanismos. Um deles é a predisposição que os portadores de AR têm de desenvolver a osteoporose e o outro é a diminuição de cálcio no organismo causado pela prednisona. De acordo com Bellan Pirisi e Sainaghi (2015) a osteoporose apresenta-se como uma manifestação extra-articular da AR, devido à ação de diversas citocinas pró inflamatórias: TNF (Fator de Necrose Tumoral) e interleucinas (IL-1, IL-6 e IL-17) que atuam culminando na ativação dos osteoclastos de maneira exarcebada causando a diminuição da densidade mineral óssea. O outro mecanismo é justificado pelo uso prolongado e em grande quantidade de glicocorticoide, aumentando em 30% o risco para desenvolvimento da osteoporose, por meio da diminuição da absorção de cálcio e aumento da excreção renal deste íon, além da diminuição na ação de osteoblastos (AQUIARA et al., 2018). Diante disso, a suplementação de pacientes com AR e sem osteoporose deve ser investigada quanto a sua aplicação, pacientes idosos com AR em uso de glicocorticoide por mais de 3 meses compõe uma classe indicativa para a prescrição de cálcio e vitamina D. Contudo, a consulta individualizada desse paciente será determinante para a escolha dessa terapêutica.

Foi observado neste estudo que dos 21 pacientes entrevistados 6 (28,57%) deles apresentaram osteoporose, e dos pacientes sem osteoporose apenas três faziam uso de suplementação com cálcio e vitamina D de forma profilática. Contudo, os dados dessa pesquisa não contemplaram a causa da não prescrição desse suplemento aos demais idosos. Uma consulta clínica detalhada, focada nas reais necessidades do paciente se faz necessário, para que além do controle da doença haja a prevenção de complicações provenientes dessa.

Quanto aos outros fármacos, vimos que as DMCD-sintéticas foram mais frequentes do que as DMCD-biológicas. Dentre os fármacos sintéticos pode-se verificar que o metotrexato, nome comercial tecnomet, foi prescrito para 12 pacientes (57,14%) seguida da leflunomida, nome comercial arava (52,38%), na tabela 2.

As DMCD-sintéticas são pioneiras no tratamento da AR, e estão presentes na maioria dos esquemas terapêuticos proposto pelo Consenso Brasileiro de Doenças Reumatológicas. De acordo com a definição do DeCS/BVS, o metotrexato é um antimetabólito antineoplásico com propriedades imunossupressoras. Conforme Brasil (2017) o metotrexato é o medicamento padrão e deve ser iniciado assim que estabelecido o diagnóstico de AR, em casos de contraindicação ao metotrexato, a leflunomida ou a sulfassalazina podem ser

utilizados. Se houver falhas na primeira fase do tratamento é recomendado o uso de duas DMCD-sintéticas sempre adaptando a dose, reduzindo assim a dosagem do primeiro fármaco. O metotrexato é contraindicado em casos de gestação e amamentação e sempre deve ser associado ao ácido fólico para redução da toxicidade hepática e gastrointestinal.

Quanto ao uso do metotrexato, todos os idosos desta pesquisa que fizeram uso desse fármaco também utilizaram a suplementação com ácido fólico. Em relação aos efeitos indesejáveis desse medicamento, um dos participantes afirmou que sentiu dores no estômago e outro revelou uma suspeita do medicamento ter causado úlceras disseminadas quando seu uso foi associado com os medicamentos AINEs e arava. Conforme a Anvisa (2014) alterações no sistema gastrointestinal são classificadas em reações muito comuns (>10%) na qual incluem sinais e sintomas como úlceras na boca, inflamação na língua e na gengiva, náusea, vômitos e diarreia; no entanto a paciente em questão afirmou sentir dores no estômago, algo que não está descrito na bula. Quanto a suspeita de úlceras disseminadas este sinal é classificado como reações incomuns (< 1%), contudo uma investigação deve ser feita para comprovar qual o fármaco está causando esta reação, visto que com o surgimento de ulceração na pele a paciente interrompeu por conta própria todas as medicações.

As reações às medicações são comuns na terapêutica de diversas doenças. Desta forma é necessário total atenção ao paciente, realizando uma escuta qualificada e ofertando as orientações pertinentes para que efeitos indesejáveis ou qualquer outra irregularidade não comprometa o tratamento.

Quando perguntados sobre o uso das DMCD-biológicas, três idosos (14,3%) afirmaram fazer o tratamento com o adalimumabe, nome comercial humira. O adalimumabe é um anticorpo monoclonal humano que inibe o fator de necrose tumoral alfa (anti-TNF- $\alpha$ ), administrado por via subcutânea a cada quinze dias. Este fármaco é um potente agente antirreumático para a remissão e inibição da progressão radiológica (Guo et al., 2018).

Conforme o PCDT da AR (2017) O adalimumabe ou qualquer outro fármaco biológico compõe a segunda etapa da estratégia terapêutica da AR, esse fármaco deve ser utilizado após 06 meses de uso com pelo menos dois dos esquemas terapêuticos diferentes da primeira etapa, com persistência moderada ou alta da atividade da doença. Ele apresenta maior eficácia quando associado à DMCD-sintéticas, sua dose inicial é com 40 mg, por via subcutânea, duas vezes/mês. O mesmo deve ser evitado em casos de hipersensibilidade, tuberculose sem tratamento, hepatites B ou C agudas, insuficiência cardíaca congestiva classes III ou IV, doença neurológica desmielinizante e outras.

De acordo com Costa et al (2015) em seu estudo de revisão sistemática e metanálise sobre a eficácia e a segurança do uso do infliximabe associado ao metotrexato (IFX + MTX) em comparação com o MTX em monoterapia ou combinado com outras DMCD-sintéticas, verificaram que o IFX + MTX apresentaram melhores resultados em relação ao uso de MTX isolado ou junto a outras DMCD-sintéticas. Doses mais baixas (3 mg/kg) do IFX mostrou-se eficaz tanto quanto as doses mais elevadas e que o aumento nas doses desse medicamento estava relacionado com um aumento na incidência de infecções. Apesar do fármaco em questão ser o infliximabe, tais observações nos leva a pensar se as mesmas aplicam-se a fármacos como o adalimumabe, pois segundo Passos (2016) os fármacos infliximabe, adalimumabe, golimumabe, certulizumabe e etanercepte são bastante semelhantes quanto ao espectro de efeitos clínicos e adversos.

Com base nos estudos de Kawashima et al (2017) não houve diferença significativa no aumento da incidência de infecções graves entre os grupos biológicos e não biológicos em pacientes idosos com AR, diferentemente da afirmativa anteriormente exposta por Costa et al (2015). Além disso, o autor concluiu que os glicocorticoides mesmo em doses mais baixas configura-se como um importante fator de risco para o aumento de infecções graves em pacientes idosos com AR tratados por agentes biológicos, do que aqueles em uso de DMCD-sintéticas.

De acordo com Sugihara et al (2015) o tratamento da AR em idosos com o fármaco biológico associado ou não ao metotrexato foi mais eficaz em reduzir a atividade da doença do que o metotrexato em monoterapia. O manejo ideal da EORA requer tratamento precoce e adequadamente intensivo, com avaliação cuidadosa dos riscos para eventos adversos graves. Com o tratamento adequado é possível estabelecer uma baixa atividade da doença além da remissão estrutural e funcional desses pacientes. Nesse estudo de coorte verificou-se que com uma dose relativamente baixa de metotrexato é suficiente para a remissão funcional em 63% dos pacientes EORA, além de impedir o desenvolvimento da progressão radiográfica em 75% dos pacientes na coorte.

Outro parâmetro quantificado entre os participantes da presente pesquisa foi a frequência de Reações de Hipersensibilidade a Fármacos (RHF). A maior parte da amostra não apresentou hipersensibilidade (85,71%). Três eventos de RHF foram relatados, igualmente envolvendo a classe dos AINES (dipirona), ácido fólico e prednisona numa proporção de 4,76% para cada fármaco, tabela 3.

**Tabela 3.** Frequência de Reações de Hipersensibilidade a Fármacos em idosos com AR. Cajazeiras/PB, 2019.

Hipersensibilidade	n	%
Sem hipersensibilidade	18	85,71%
Dipirona	1	4,76%
Ácido fólico	1	4,76%
Prednisona	1	4,76%
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>

Fonte: Autoria própria. Cajazeiras/PB, 2019.

As Reações de Hipersensibilidade a Fármacos são definidas como eventos adversos desencadeados por um ou mais fármacos ou seus excipientes, integram o grupo de Reações Adversas a Medicamentos (RAM) do tipo imprevisíveis relacionadas à suscetibilidade individual. A literatura relata uma relação diretamente proporcional entre a utilização de AINEs e o aumento das RHF. As RHF representam aproximadamente 25 a 30% das reações adversas. Estima-se que cerca de 7% da população em geral já referiu ter tido uma reação de hipersensibilidade a pelo menos um fármaco (CAIADO; CASTELLS, 2015).

Segundo a *World Allergy Organization (WAO)*, as RHF são consideradas imediatas quando ocorrem nas primeiras seis horas após a administração do fármaco ou não imediatas quando ocorrem após isso. As RHF imediatas podem ser imunológicas, desencadeada por processo alérgico mediado por IgE, ou não (Reações de Hipersensibilidade não alérgicas) e incluem urticária, angioedema, conjuntivite, broncoespasmo, náuseas, vômitos, diarreia ou até afetar mais de dois sistemas, culminando em quadros anafiláticos. Já as RHF não imediatas podem ter apresentações mais variáveis, como o rash maculopapular, eritema fixo, vasculite, doenças bolhosas como a necrólise epidérmica tóxica, síndrome de Stevens-Johnson (SJS) ou síndrome de hipersensibilidade induzida por fármacos (VIANA et al., 2015).

No contexto da AR, a frequente utilização de AINES faz com que essa seja a classe pioneira em desencadear manifestações cutâneas comuns nas RHF de acordo com o fármaco envolvido. As erupções maculopapulares, erupções vesicobolhosas e o eritema fixo são as manifestações cutâneas mais observadas nesse caso (SOARES et al., 2015).

Para obtenção do diagnóstico de uma RHF é necessário à execução de uma história clínica completa que possibilite não apenas a caracterização detalhada da reação, como também a exclusão de outros potenciais fatores desencadeantes como alimentos e agentes infecciosos. Para complementar a história clínica, estão disponíveis testes *in vivo* (cutâneos e epicutâneos) e *in vitro* (pesquisa de IgE específica e teste de transformação de linfócitos) que podem auxiliar no diagnóstico. O tratamento das RHF depende do grau das reações

apresentadas observadas pelo médico. Ainda é observada a utilização de protocolos de dessensibilização que permitem a aquisição de tolerância temporária a um determinado fármaco. Após um diagnóstico definitivo, o paciente deverá ser portador de um relatório com a lista dos fármacos a evitar e que poderão substituir como alternativa (MURRAY et al., 2016).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante dos dados expostos conclui-se que o manejo terapêutico da AR neste público idoso foi composto da associação do tratamento medicamentoso ao não medicamentoso, na qual o uso de glicocorticoides e a fisioterapia foram, respectivamente, os mais frequentes. Quanto as DMCD-sintéticas e as DMCD-biológicas, respectivamente os fármacos Tecnomet e Humira tiveram unanimidade, sendo as sintéticas mais frequentes.

O uso desses fármacos implica numa série de questões, o acompanhamento com o profissional responsável é essencial na prevenção de eventos adversos e de outras comorbidades, como é o caso do uso do cálcio e vitamina D na prevenção da osteoporose. Neste estudo verificou-se uma carência quanto à suplementação com cálcio e vitamina D desses pacientes, diante disso faz-se necessário uma maior investigação quanto ao uso desses suplementos. As causas para a não prescrição configuram-se como uma limitação do estudo, visto que não foi possível conhecer os critérios que o reumatologista seguiu para não indicar a suplementação nos demais pacientes com AR.

Em relação às reações de hipersensibilidade, estas não foram muito frequentes, apesar de serem relativamente comuns na prática terapêutica; ademais é imperativo uma escuta qualificada para que eventos indesejáveis não comprometa o tratamento do paciente. Com base nisso, ressalta-se a importância das consultas de acompanhamento, visto que o tratamento é bastante dinâmico e continuamente adequado ao índice da atividade da doença, um olhar atento para possíveis mudanças é primordial, sobretudo, no público idoso, que está mais propenso à outras comorbidades que influenciam negativamente na qualidade de vida deles.

Algumas limitações ocorreram neste estudo, como a dificuldade de alguns idosos em responderem ao questionário devido a lapsos de memória e aos dados incompletos das fichas clínicas. Isso fez com que algumas variáveis não pudessem ter sido discutidas em sua totalidade; além disso, foram escassas as referências que abordavam essa temática em idosos.

Diante do exposto, faz-se necessário novas abordagens de estudo nesta área de conhecimento que possibilitem auxiliar na conduta terapêutica eficaz e segura na prevenção de agravos, sobretudo para os idosos com AR.

## AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos idosos pela colaboração, à reumatologista da clínica particular pela concessão das fichas clínicas e ao Programa de Bolsas de Iniciação Científica-PIBIC/CNPq/UFCG pelo apoio à pesquisa.

## REFERÊNCIAS

\_\_\_\_\_. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo Clínico E Diretrizes Terapêuticas Da Artrite Reumatoide. Portaria Conjunta Nº 15, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2017.

ALIVERNINI, S. et al. Tapering and discontinuation of TNF- $\alpha$  blockers without disease relapse using ultrasonography as a tool to identify patients with rheumatoid arthritis in clinical and histological remission. **Arthritis research & therapy**, v. 18, p. 39-46, 2016.

ALMEIDA, P. H. T. et al. Terapia ocupacional na artrite reumatoide: o que o reumatologista precisa saber?. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.55, p. 272-280, 2015. Acesso em 05 de Maio de 2019. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0482500414002101>>. Acesso em 24 de abril de 2019.

AQUIARA, I. A; et al. A AÇÃO DOS GLICOCORTICÓIDES NO METABOLISMO ÓSSEO LEVANDO A OSTEOPOROSE. **Revista Científica Fagoc Saúde**, v.3, p. 30-37, 2018.

AYALA, G. U; COARITI, R. A. DIABETES E HIPERGLICEMIA INDUZIDA POR CORTICÓIDES. **Rev. Méd. La Paz**, La Paz, v. 23, n. 1, p. 60-68, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582017000100011&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582017000100011&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em 06 de maio de 2019.

BANZATTO, S. et al. ANÁLISE DA EFETIVIDADE DA FISIOTERAPIA ATRAVÉS DA PSICOMOTRICIDADE EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS. **Rev Bras Promoção Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 1. Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40842428016>> Acesso em 07 de maio de 2019.

BELLAN, M; PIRISI, M; SAINAGHI, P. P. Osteoporose na artrite reumatoide: papel do hormônio D / hormônio paratireoideo. **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 256-263, junho de 2015.

BERTOLO, M. B. et al. Update on the Brazilian consensus for the diagnosis and treatment of rheumatoid arthritis. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 47, p. 151-159, 2014.

CAIADO, J.; CASTELLS, M. Presentation and diagnosis of hypersensitivity to platinum drugs. **Current allergy and asthma reports**, v. 15, p. 15-21, 2015.

COSTA, J. O. et al. Infliximabe, metotrexato e sua combinação no tratamento da artrite reumatoide: revisão sistemática e metanálise. **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo, v. 55, n. 2, p.146-158, Novembro, 2015.

DA MOTA, L. M. H. Diretrizes para o tratamento da artrite reumatoide. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 53, p. 158-183, 2013.

DE ALMEIDA LOURENÇO, M.; ROMA, I.; DE ASSIS, M. R. Ocorrência de quedas e sua associação com testes físicos, capacidade funcional e aspectos clínicos e demográficos em pacientes com artrite reumatoide. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 57, p. 217-223, 2017.

DE NARD, F. et al. Risk of hepatitis B virus reactivation in rheumatoid arthritis patients undergoing biologic treatment: extending perspective from old to newer drugs. **World journal of hepatology**, v.7, p. 344-350, 2015.

DENNIS, G. et al. Synovial phenotypes in rheumatoid arthritis correlate with response to biologic therapeutics. **Arthritis research & therapy**, v. 16, p. 90-102, 2014.

FREITAS, D. C. D. C. V. et al. Associação entre sintomas de insônia e artrite reumatóide em idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, p. 869-875, 2013.

GOES, A. C. J. et al. Rheumatoid arthritis and sleep quality. **Revista brasileira de reumatologia**, v. 57, p. 294-298, 2017.

GUO, Q. et al. Artrite reumatoide: mecanismos patológicos e terapias farmacológicas modernas. **Osso Res**, v. 6, n.15, p. 1-14,27 de abril. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5920070/>>. Acesso em 06 de maio de 2019.

HORIUCHI, A. C. et al. Artrite reumatoide do idoso e do jovem. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 57, p. 491-494, 2017.

KAWASHIMA, H et al. O uso prolongado de agentes biológicos não aumenta o risco de infecções graves em pacientes idosos com artrite reumatoide. **Rheumatol Int**, v. 37, n. 3, p. 369-376, 20 de dezembro de 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5310556/>>. Acesso em 06 de maio de 2019.

LISTING, J. et al. Mortality in rheumatoid arthritis: the impact of disease activity, treatment with glucocorticoids, TNF $\alpha$  inhibitors and rituximab. **Annals of the rheumatic diseases**, v. 74, p. 415-421, 2015.

MURRAY, T. S. et al. Medication Desensitization: Characterization of outcomes and risk factors for reactions. **Annals of Pharmacotherapy**, v. 50, p. 203-208, 2016.

OKADA, Y. et al. Genetics of rheumatoid arthritis contributes to biology and drug discovery. **Nature**, v. 506, p. 376-387, 2014.

SCHNORNBERGER, C. M; JORGE, M. S. G; WIBELINGER, L. M. Intervenção fisioterapêutica na dor e na qualidade de vida em mulheres com artrite reumatoide. Relato de casos. **Rev. dor**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 365-369, 2017. Acesso em 05 de Maio de 2019.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-00132017000400365&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132017000400365&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 04 de maio de 2019.

SINGH, J. A. et al. American College of Rheumatology guideline for the treatment of rheumatoid arthritis. **Arthritis & rheumatology**, v. 68, 1-26, 2016.

SIOUTI, E.; ANDREAKOS, E. The many facets of macrophages in rheumatoid arthritis. **Biochemical pharmacology**, v. 42, p. 222-234, 2019.

SMOLEN, J. S. et al. Certolizumab pegol in rheumatoid arthritis patients with low to moderate activity: the CERTAIN double-blind, randomised, placebo-controlled trial. **Annals of the rheumatic diseases**, v. 74, p. 843-850, 2015.

SMOLEN, J.S.; ALETAHA, D.; MCINNES, I.B. Rheumatoid arthritis, **The Lancet**, v. 388, p. 2023-2038, 2016.

SOARES, J. et al. Allopurinol desensitization: a fast or slow protocol?. **Journal of investigational allergology & clinical immunology**, v. 25, p. 295-297, 2015.

SUGIHARA, T, et al. Resultados estruturais e funcionais de uma estratégia terapêutica visando baixa atividade da doença em pacientes com artrite reumatoide de início tardio: um estudo prospectivo de coorte ( CRANE). **Reumatologia**, v. 54, n. 5, p.798–807, maio de 2015. Disponível em: <<https://academic.oup.com/rheumatology/article/54/5/798/1773950>>. Acesso em 06 de maio de 2019.

TECNOMET: metotrexato. Resp. Téc.: Alexandre Endringer Ribeiro CRF-SP nº 43.987. Prov. De San Juan Argentina, 2014. Bula de remédio. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=4162682014&pIdAnexo=2066825](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=4162682014&pIdAnexo=2066825)>. Acesso em 06 de maio de 2019.

VIANA, J. et al. Estudo da Hipersensibilidade a AINEs e Teste de Ativação de Basófilos. **Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia**, v. 73, p. 293-298, (2015).