

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA E EDUCAÇÃO EM ARTRITE REUMATÓIDE

Coordenador: RICARDO MACHADO XAVIER

Autor: LÚCIA COSTA CABRAL FENDT

APRESENTAÇÃO A artrite reumatóide é uma doença inflamatória sistêmica auto-imune que atinge cerca de 1% da população mundial. É mais prevalente no sexo feminino, acomete a todas as raças por igual e, embora possa se desenvolver em qualquer faixa etária, a prevalência aumenta com a idade, sobretudo ao redor da quarta década de vida. A doença não tem etiologia conhecida e tem um curso variável, que vai de leve a grave. Apresenta manifestações articulares (sinovite crônica, simétrica e erosiva das articulações periféricas) e sistêmicas. As principais queixas são de dor e rigidez em múltiplas articulações e limitações do movimento articular. Pode resultar em deformidades nas mãos, incapacidade para o trabalho, grande prejuízo funcional e conseqüente impacto na qualidade de vida do paciente. O Ambulatório de Artrite Reumatóide do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, onde está sendo desenvolvido o trabalho, recebe e trata pacientes com a doença um turno por semana. A equipe, formada por professores orientadores, médicos reumatologistas, alunos de pós-graduação, residentes e acadêmicos da Faculdade de Medicina da UFRGS, propõe-se a desenvolver um banco de dados dos pacientes atendidos no ambulatório, para posterior análise e pesquisa.

OBJETIVOS

- * Disseminar conceitos epidemiológicos e informações sobre as terapias modernas da doença para profissionais da saúde, comunidade de pacientes e comunidade em geral.
- * Assistência em saúde buscando excelência com as mais modernas técnicas terapêuticas e de monitorização da evolução dos pacientes.
- * Proporcionar experiência de participar de uma equipe de saúde, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) e realizar o atendimento responsável e continuado.
- * Educar os pacientes em relação ao auto-manejo de sua doença, uso das medicações e controle dos sintomas.

METODOLOGIA A equipe acompanha todas as consultas realizadas no ambulatório, utilizando instrumentos para avaliação da evolução do paciente. Estes instrumentos são representados pelo escore de atividade da doença (DAS 28), questionário de qualidade de vida (HAQ) e avaliação global da doença pelo médico e pelo paciente (VAS). São aplicados a todos os pacientes do ambulatório a cada consulta, e as informações são organizadas num banco de dados atualizado e digitalizado, com registro da evolução de cada paciente. Também são realizadas reuniões semanais para revisões de protocolo e atualização da

literatura entre os alunos e profissionais de saúde envolvidos. O VAS (visual analog scale) é um teste análogo visual bastante simples, onde o paciente e o médico representam em uma linha a impressão global do estado da doença, de muito bem (0) a muito mal (100). É medido e traduzido a um escore de 0 a 100, utilizado no acompanhamento do paciente e no cálculo do DAS 28. Também é aplicado um VAS de dor, semelhante ao anterior, onde o paciente representa o grau da dor causada pela artrite. O DAS 28 (disease activity score) é um índice da atividade da doença, oferecendo um controle importante para prevenir ou retardar danos a longo prazo, assim como para definir a terapêutica a ser utilizada e para acompanhar o paciente consulta a consulta. O escore é calculado com quatro variáveis, sendo estas o número de articulações doloridas, o número de articulações edemaciadas (ambas verificadas durante o exame físico do paciente), a velocidade de sedimentação (exame laboratorial) e o VAS do paciente. Em uma escala de 0-10, um escore inferior a 3,2 indica baixa atividade, entre 3,2 e 5,1 atividade moderada e, superior a 5,1, alta atividade. O HAQ (Stanford Health Assessment Questionnaire) é um questionário auto-administrável que avalia sobretudo a capacidade funcional do paciente. É composto por 20 questões agrupadas em 8 categorias, e avalia o nível de dificuldade que o paciente apresenta para realizar tais atividades, assim como a necessidade de assistência. As categorias avaliadas são vestir-se e pentear-se, levantar-se, comer, andar, higiene, alcance, habilidades e atividades. Resulta em um escore de 0 a 3, sendo 0-1 incapacidade moderada, 1-2 incapacidade grave e 2-3 incapacidade muito grave.

RESULTADOS ATÉ O MOMENTO: * 300 pacientes incluídos * Idade média: 56,2 + 11 anos * Predomínio do sexo feminino: 81,4% * Classes funcionais: I - 35,7%; II - 25,6%; III - 21,6%; IV - 7% * Monoterapia com MTX: 39% * Combinação de DMARDs: 33% O grupo do ambulatório fez uma análise do efeito da aplicação de escores de atividade com e sem exames laboratoriais em uma amostra de pacientes, conforme o resumo abaixo (recentemente enviado para eventos científicos):

ÍNDICE CLÍNICO DE ATIVIDADE DE DOENÇA (CDAI) NA ARTRITE REUMATÓIDE: CORRELAÇÃO COM DAS28 E EFEITO NA PRÁTICA AMBULATORIAL. Introdução: O escore DAS28 é um método extensamente utilizado para avaliação de atividade de doença na AR. Sua aplicabilidade na prática clínica é dependente de calculadoras eletrônicas e exames laboratoriais recentes. O CDAI é um escore que prescinde de exames laboratoriais e possui um cálculo mais simples. Objetivos: Determinar a correlação do CDAI e DAS28 e sua concordância na classificação de atividade da AR, bem como seus efeitos na evolução clínica de pacientes não selecionados. Material e métodos: 170 pacientes consecutivos portadores de AR tiveram a atividade de doença avaliada simultaneamente pelo DAS28 e CDAI. 112 pacientes foram

acompanhados prospectivamente para documentação dos escores e tiveram sua terapia ajustada conforme seus níveis de atividade. A correlação dos dois escores foi avaliada pelo coeficiente de Spearman. A concordância entre as 4 categorias de atividade (remissão; baixa, moderada e alta atividade) foi avaliada pela estatística Kappa. A comparação entre os escores basais e os observados após a implementação das medidas foi realizada através do teste T de student para mostras pareadas e teste de Wilcoxon. Resultados: Os escores estiveram muito fortemente correlacionados ($r_s=0,908$; $p<0,005$). A concordância entre os dois escores com relação à categorização de atividade da AR foi boa ($kappa=0,7$). Os pacientes foram avaliados por um período médio de 10 meses. A média final do DAS28 (4,13) diminuiu em relação à média inicial (4,74) ($p<0,005$). A mediana final do CDAI (15) foi menor em relação à mediana inicial (23) ($p<0,005$). Também houve diminuição significativa no número de articulações edemaciadas e dolorosas e no HAQ ($p<0,005$). Houve uma tendência para diminuição da dose média de prednisona (7,41mg; 9,6mg; $p=0,058$). Conclusão: Na prática clínica, o CDAI demonstrou correlação muito forte com o DAS28, bem como boa concordância entre as categorias de atividade de doença. O controle da doença auxiliado por estas medidas objetivas determinou melhora clínica dos pacientes. A implementação de escores de atividade de doença na avaliação dos pacientes com AR deve ser recomendada na prática reumatológica. **CONCLUSÕES** Com uma rotina de registro sistemático dos indicadores de atividade da doença e de qualidade de vida observou-se que a simples adaptação do tratamento para diminuir tais escores de atividade repercutiu numa evolução mais favorável da doença. **EXPECTATIVAS** * Registro contínuo da evolução de cada paciente. * Uso de drogas de 2ª linha no tratamento da AR para aumentar a magnitude da melhora dos escores de atividade e de qualidade de vida. * Educação da classe médica; diagnóstico e encaminhamento precoces; tratamento adequado