



PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL



Tema: Protocolo do Ambulatório Artrite Reumatoide

Protocolo Nº 173

1ª Versão: abril de 2018

Versão Nº 01

Atualização: não se aplica

SUMÁRIO

SUMÁRIO	1
INTRODUÇÃO	2
OBJETIVOS	2
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO	2
FLUXOGRAMA	3
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS	4
CONCEITOS	4
RECOMENDAÇÕES	5
CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO	5
MONITORAMENTO	5
CONFLITOS DE INTERESSE	6
REFERÊNCIAS	7
SIGLAS	8
HISTÓRICO DAS VERSÕES	8

INTRODUÇÃO

Há evidências de que o tratamento precoce com Droga Modificadora do Curso da Doença (DMCD) está associado a melhores desfechos clínico e radiográfico na artrite reumatoide (AR). A remissão sustentada ou baixa atividade da doença são mais facilmente alcançadas com terapia precoce.

OBJETIVOS

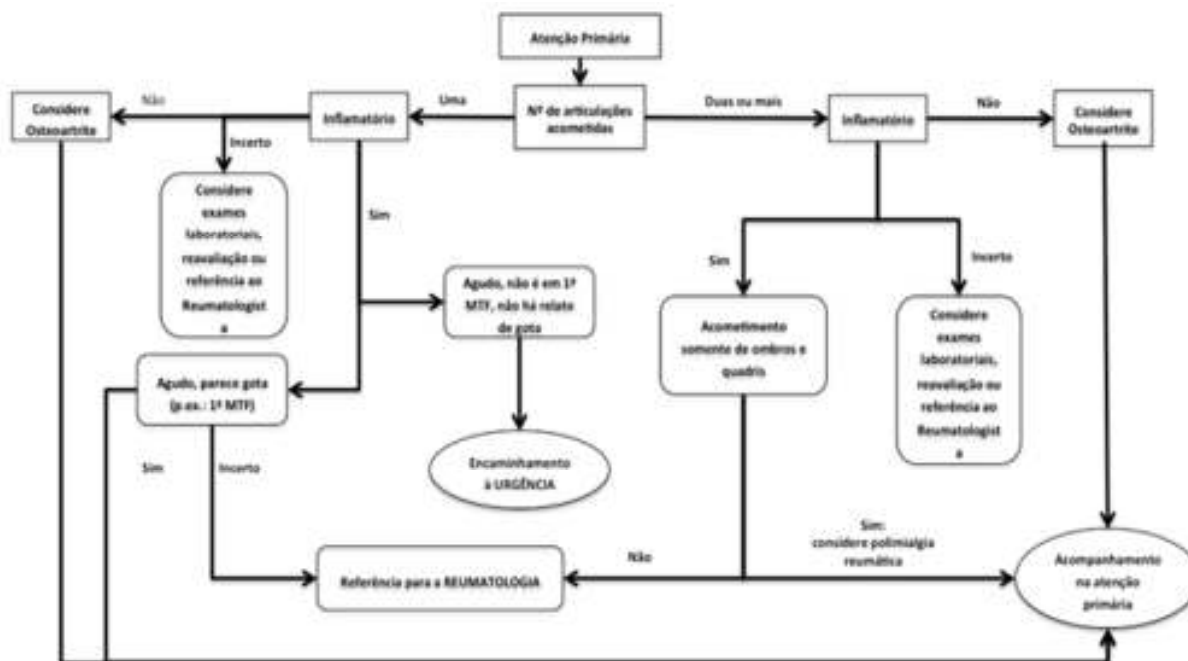
O objetivo primário do ambulatório de artrite reumatoide inicial é atender com excelência pessoas com quadro articular inflamatório e concentrar esforços para prevenir a ocorrência de AR (prevenção primária) ou impedir a progressão da artrite indiferenciada (AI) para AR (prevenção secundária). Um segundo objetivo é tratar pacientes com AR na “janela de oportunidade” (fase precoce), com a meta de se alcançar melhores resultados como remissão de doença, manutenção da capacidade funcional, melhora na qualidade de vida e redução dos custos relacionados à saúde.

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

População alvo: indivíduos de ambos os sexos, acima de 16 anos, que preencham uma das seguintes características abaixo, encaminhados ao Serviço de Reumatologia do Hospital das Clínicas da UFMG para avaliação reumatológica:

- 1) Pela primeira vez apresentaram um ou mais dos seguintes sintomas dentro do último ano, que perduram por mais de seis semanas e ainda não completaram 12 meses:
 - Mais de uma articulação com aumento de volume;
 - Dor em metacarpofalângicas ou metatarsofalângicas (Squeeze test positivo);
 - Rigidez matinal maior do que 30 minutos;
 - Dor lombar inflamatória.
- 2) Pacientes com anti-CCP positivo, independente da presença de sinovite.

FLUXOGRAMA



CONDIÇÕES NECESSÁRIAS

- Alta prioridade: poliartrite (cinco ou mais articulações com dor e aumento de volume), sinovite com positividade sorológica para anti-CHIK, anti-CCP positivo com sinovite, artrite de metacarpofalângicas, pacientes com *squeeze test* positivo e fator reumatoide positivo.
- Média prioridade: aumento de volume em menos de cinco articulações, artrite simétrica de pequenas articulações, qualquer sinovite com parente de primeiro grau com diagnóstico de AR ou espondilite anquilosante ou artrite psoriásica, dor lombar inflamatória sem HLA-B27 conhecido, entesite com oligoartrite, entesite com HLA-B27 positivo.
- Baixa prioridade: pacientes com *squeeze test* positivo com fator reumatoide negativo, dor articular e parente de primeiro grau com diagnóstico de AR ou espondilite anquilosante ou artrite psoriásica, fator reumatoide em altos títulos (mais de três vezes).

CONCEITOS

Embora as alterações autoimunes já estejam bem estabelecidas nas fases iniciais da AR, o tratamento adequado nos primeiros meses dos sintomas garante melhores resultados do que aquele instituído em fases tardias. Se por um lado a incidência da AR declinou nas últimas décadas devido à diminuição do tabagismo, houve um recente aumento devido à obesidade. Esses dois fatores estão no topo da lista dos fatores ambientais relacionados ao desenvolvimento da doença e devem ser exaustivamente combatidos. O conceito de artrite reumatoide inicial evoluiu para o entendimento atual de um estado fluido da sinovite recente onde tudo ainda é possível, incluindo a remissão completa espontânea ou induzida.

Dor articular é um motivo comum para consulta na prática geral. Pacientes se apresentam ao médico da atenção primária com sintomas ao invés de doenças, e muitas vezes leva-se tempo para que os problemas musculoesqueléticos se apresentem de forma reconhecível. O desafio para o médico da atenção primária é gerir essa incerteza de maneira segura e equilibrada quanto ao uso adequado dos recursos.

Nos últimos anos tornou-se evidente que o diagnóstico e tratamento precoces da artrite reumatoide têm efeito benéfico na evolução da doença, incluindo progressão e custos econômicos. Há uma "janela de oportunidade" nos primeiros meses após o início dos sintomas, onde tratamento intensivo é mais eficaz para a redução da gravidade da doença, sendo possível até mesmo induzir a remissão da mesma.

Definição de Artrite Reumatoide Inicial

Para fins desse protocolo considera-se artrite reumatoide inicial todo quadro articular com menos de 12 meses de sintomas (2).

RECOMENDAÇÕES

Os pacientes que se enquadrem nos critérios de inclusão serão acompanhados no serviço de reumatologia no ambulatório Bias Fortes. As consultas serão realizadas periodicamente de acordo com a definição do médico assistente, com solicitação dos exames complementares pertinentes e instituição de terapia de acordo com a doença diagnosticada.

O monitoramento dos pacientes será realizado com avaliação da resposta clínica durante a consulta médica (anamnese, exame físico e índices compostos de atividade de doença), além de exames laboratoriais que servem tanto para estimar a resposta ao tratamento instituído, quanto para acompanhar possíveis eventos adversos das medicações (hemograma, PCR, VHS, TGO, TGP e outros).

CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO

Receberão alta para a atenção primária os pacientes que não tiverem diagnóstico confirmado de doença inflamatória ou que tiverem diagnóstico confirmado de gota, pseudogota, osteoartrite ou fibromialgia.

Receberão alta para outros ambulatórios de reumatologia do Hospital das Clínicas aqueles pacientes que receberem o diagnóstico de artrite psoriásica, espondilite anquilosante ou demais espondiloartrites, lúpus eritematoso sistêmico.

MONITORAMENTO

- Porcentagem de pacientes com artrite inicial corretamente encaminhados (nos primeiros doze meses de doença).
- Porcentagem de pacientes de alta, média e baixa complexidade encaminhados (conforme critérios já descritos).
- Porcentagem de pacientes encaminhados para os ambulatórios de reumatologia do Hospital das Clínicas.
- Porcentagem de pacientes encaminhados para a atenção primária.



CONFLITOS DE INTERESSE

Os participantes declaram não haver conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Short CL. The antiquity of rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism* 1974;17(3):193–205.
2. Robinson PC, Taylor WJ. Decreasing time to treatment in rheumatoid arthritis: Review of delays in presentation, referral and assessment. *International Journal of Clinical Rheumatology*. 2011;6(2):173-87.
3. Hua C, Daien CI, Combe B, Landewe R. Diagnosis, prognosis and classification of early arthritis: results of a systematic review informing the 2016 update of the EULAR recommendations for the management of early arthritis. *RMD Open*. 2017;3(1):e000406. doi:10.1136/rmdopen-2016-000406.

SIGLAS

Anti-CCP	Anticorpo anti proteína citrulinada cíclica
Anti-Chik	Anticorpo anti chikungunya
AI	Artrite indiferenciada
AR	Artrite Reumatoide
DMCD	Droga Modificadora do Curso da Doença
HLA-B27	Antígeno leucocitário humano B27
TGO	Transaminase glutâmico-oxalacética
TGP	Transaminase glutâmico-pirúvica
TSH	Hormônio estimulante da tireoide
VHS	Velocidade de hemossedimentação

HISTÓRICO DAS VERSÕES

1ª versão

- **Elaborada em 2018 por:** Maria Fernanda B. R. Guimarães
- **Avaliada em 2018 por:** Maria Raquel da Costa Pinto
- **Responsável técnico:** Maria Raquel da Costa Pinto
- **Aprovada em abril de 2018 por:** Andréa Maria Silveira (Gerente de Atenção à Saúde e Diretora Técnica).