

Ocorrência de Doenças Cardiovasculares e Pulmonares em Pacientes com Artrite Reumatóide

Mirizana Alves-de-Almeida¹, Benedito Viana Rodrigues², Amanda Souza Oliveira³, Raquel Almeida Marques³, Thais Muratori Holanda^{3*}, Cymara Pessoa Kuehner⁴, Vilena Figueiredo Xavier⁵

RESUMO

Introdução: A Artrite Reumatóide é uma doença inflamatória crônica e sistêmica e pode apresentar sintomas extra articulares, atingindo outros órgãos. **Objetivo:** Constatar a ocorrência de doenças cardiovasculares e pulmonares e verificar a presença de fatores de risco em pacientes com artrite reumatóide. **Metodologia:** Esta é uma pesquisa de campo, documental e transversal, realizada no Hospital Geral César Cals, com 44 portadores de artrite reumatóide. **Resultados:** Dos 44 pacientes, 40 (91%) eram do sexo feminino e 4 (9%) do masculino, com faixa etária prevalente de 56 a 65 anos. As doenças cardiovasculares ocorreram em 12 pacientes (27,27%), as quais foram: quatro infarto agudo do miocárdio, quatro miocardiopatia hipertrófica, dois varizes, um vasculite e um estenose aórtica. As doenças pulmonares ocorreram em 5 pacientes, não sendo possível destacar prevalência (asma, tuberculose, alergias respiratórias, bronquite e pneumonia). Ao investigar os fatores de risco para doenças cardiovasculares e pulmonares, constatou-se que a maioria estava relacionada aos hábitos de vida, como: hipertensão arterial 33 (30%), tabagismo 29 (26,36%), sedentarismo 22 (20%), etilismo 17 (15,45%) e diabetes 9 (8,18%). Dos entrevistados, 16 não praticavam atividade física e 9 praticavam, 15 relataram possuir hábitos alimentares saudáveis e 10 relataram não possuir. **Conclusão:** Foi encontrada tanto a ocorrência de doenças cardiovasculares (que foi maior) como a de doenças pulmonares, enfatizando a importância da detecção e prevenção dos fatores de risco e das alterações cardiovasculares e pulmonares em pacientes com artrite reumatóide, para que se promova assim um tratamento mais completo.

Palavras-chave: Artrite reumatóide. Doenças cardiovasculares. Pneumopatias.

ABSTRACT

Introduction: Rheumatoid Arthritis is a systemic chronic inflammatory disease and may show some extra articular symptoms, reaching other organs. **Objective:** To observe the occurrence of cardiovascular diseases and Lung Diseases and check for the presence of risk factors in patients with rheumatoid arthritis. **Methodology:** This research was carried out at César Cals General Hospital, with 44 patients with rheumatoid arthritis. **Results:** 40 (91%) were female and 4 (9%) were male, aged 56 to 65 years prevalent. The cardiovascular diseases occurred in 12 patients (27.27%), which were: four acute heart attack, four hypertrophic cardiomyopathy, two varicose veins, one vasculitis and one aortic stenosis. The lung diseases occurred in only 5 patients (asthma, tuberculosis, respiratory allergies, bronchitis and pneumonia). About the risk factors for cardiovascular and lung diseases, it was found that most were related to lifestyle habits, such as systemic arterial hypertension 33 (30%), 29 (26.36%) smoking, sedentary life 22 (20%), alcoholism 17 (15.45%) and diabetes 9 (8.18%). Between the patients, 16 did not practice physical activity, 9 reported to have healthy eating habits. **Conclusion:** It was found both the occurrence of cardiovascular and lung diseases, emphasizing the importance of detection and prevention of the risk factors, cardiovascular and lung dysfunction in patients with rheumatoid arthritis, to promote an early and complete treatment.

Keywords: Rheumatoid arthritis. Cardiovascular diseases. Lung diseases.

¹ Doutora em Ciências Médica pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Docente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Christus – UNICHRISTUS.

² Especialista em Terapia intensiva pela Faculdade Farias Brito – FFB.

³ Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário Christus – UNICHRISTUS.

⁴ Mestre em Fisioterapia aplicada em Ortopedia pela *Harvard Medical School*. Docente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Christus – UNICHRISTUS.

⁵ Mestre em Patologia pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Docente do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará – UFC.

INTRODUÇÃO

A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença inflamatória crônica e sistêmica, de origem auto-imune que acomete difusamente a membrana sinovial, causando deformidades devido a destruição articular progressiva. Sua etiologia ainda é desconhecida, podendo ser influenciada por fatores endógenos e exógenos. Cerca de 0,6% a 2% da população mundial adulta é portadora de AR, sendo mulheres, predominantemente de 30 a 50 anos as mais atingidas numa proporção de 3:1. No Brasil, a prevalência da AR é de 0,2% a 1% da população⁽¹⁻⁶⁾.

Alguns sintomas extra-articulares, como fadiga e mal estar, bem como a inflamação em outros órgãos podem estar presentes, fato evidenciado em 10 a 20% dos pacientes^(7,3). As doenças cardiovasculares (DCVs) são as principais responsáveis pelas taxas elevadas de morbidade e mortalidade nos pacientes com AR, eles têm cerca de 30% a 40% mais chances de sofrer um evento cardiovascular como o infarto agudo do miocárdio e a insuficiência cardíaca congestiva. Em 40% das autópsias em pacientes com AR são constatadas DCVs^(1,8-10).

A pericardite é a manifestação cardíaca mais frequente, sendo observada em cerca de 50% dos estudos necroscópicos e geralmente é resolvida após o controle da AR. O acometimento do pericárdio, miocárdio e endocárdio, pode acontecer devido à vasculite, formação de nódulos, amiloidose, serosite, valvulite e fibrose⁽¹¹⁾.

Outro tecido acometido na AR é o pulmonar, em média 20% dos pacientes apresentam sintomas de origem pleural, porém esse percentual aumenta após a realização de biópsia (40% a 75%). As doenças pulmonares (DPs) são a segunda maior causa de óbitos nesses pacientes, perfazendo um total de 18% das mortes⁽¹²⁾.

O envolvimento pulmonar é mais comum em homens com fator reumatóide (FR) positivo e nódulos subcutâneos. Um estudo realizado recentemente constatou que 88,2% dos pacientes com AR apresentaram doença pulmonar intersticial, sendo a maioria do sexo masculino⁽¹³⁾.

O principal objetivo desta pesquisa foi constatar as ocorrências de DCVs e DPs e verificar a presença de fatores de risco para estas em pacientes com AR.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, realizada no Hospital Geral César Cals (HGCC). A população desse estudo foi composta por pacientes com AR, selecionados de forma aleatória, com uma amostra não probabilística e por conveniência totalizando 44 pacientes (25 entrevistas e análise de prontuário e 19 apenas análise prontuário) de ambos os sexos a partir de 15 anos.

Os dados foram coletados através de entrevistas com 25 pacientes no ambulatório de AR, através de um questionário com o objetivo de coletar informações diretamente com o paciente e que na maioria das vezes, não estão registrados nos prontuários (tais como: prática ou não de atividade física e hábitos alimentares). Foram analisados 44 prontuários de pacientes com AR, cujos dados foram organizados em uma ficha de coleta contendo informações sócio-demográficas (sexo, idade) e clínicas (informações sobre o diagnóstico de AR, presença de alterações cardiovasculares e pulmonares, presença de fatores de risco para as DCVs e DPs).

Os dados foram registrados, tabulados e analisados através de estatísticas descritivas. Os resultados foram expressos em gráficos e tabelas produzidos através de software Excel 2007 para melhor visualização e interpretação dos dados.

Este estudo seguiu os princípios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Respeitou os princípios fundamentais de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. A pesquisa só foi realizada após submissão e aprovação do Comitê de Ética do HGCC (parecer 269/2008) sendo os participantes informados a utilização dos dados através da leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, no caso de participantes menores de 18 anos o termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado por um responsável.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 44 pacientes pesquisados 40 (91%) eram do sexo feminino e quatro (9%) eram do sexo masculino, confirmando o que a literatura relata a

respeito da predominância da doença no sexo feminino⁽³⁾.

Na figura 1 observa-se que a faixa etária de maior incidência foi de 56 a 65 anos (idade média de 48 anos \pm 16,06 anos), entretanto, nas pesquisas de Fallet e Scotton (2001)⁽¹⁾, Bertolo, Brenol e Schansiberg (2007)⁽⁴⁾ e Lousada (2007)⁽⁵⁾ a faixa etária de maior incidência foi de 30 a 50 anos. Porém, outros estudos mostram que o pico de incidência da AR ocorre na quinta década de vida⁽¹⁴⁾. Essa divergência entre os estudos pode ser devido a dificuldades em diagnosticar os sintomas que podem estar sendo minimizados com paliativos, retardando assim a procura por um diagnóstico e ajuda especializada.

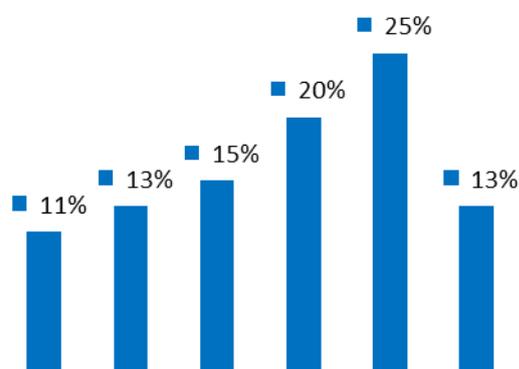


Figura 1 – Distribuição dos pacientes da pesquisa em faixa etárias.

Quanto à ocorrência de DCVs (fig. 2), dos 44 participantes apenas 12 (27,27%) apresentaram alterações, dessas o infarto e a miocardiopatia hipertrófica foram as mais frequentes (61,52%). Esses dados divergiram do estudo de Gabriel *et al.*⁽¹⁵⁾ que constataram como as alterações cardíacas mais encontradas a diminuição da perfusão do miocárdio, insuficiência tricúspide e estenose aórtica. Este estudo ainda ressalta que os pacientes portadores de AR possuem comprometimentos no tecido muscular cardíaco e nos componentes valvares, ressaltando a importância da realização de ecocardiograma na clínica desses pacientes.

O aumento do risco para IAM ocorre porque esses pacientes apresentam menos sintomas que são preditivos para este diagnóstico, como a angina, tornando-os mais propensos a desenvolverem um infarto silencioso⁽¹⁴⁾. Outro estudo realizado com pacientes com AR (grupo 1) e sem AR (grupo 2) constatou que 61% dos pacientes do grupo 1 apresentaram aterosclerose das artérias coronarianas

enquanto esse índice foi apenas de 32% no grupo 2 ($p=0,024$)⁽¹⁶⁾. A maior incidência de aterosclerose pode ser um dos fatores que justifiquem a ocorrência de infarto nos pacientes com AR.

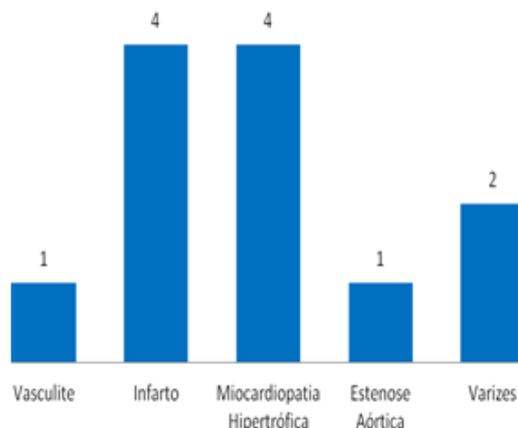


Figura 2– Alterações cardiovasculares encontradas nos pacientes com artrite reumatóide.

Um aspecto relevante de ressaltar foi a presença de vasculite, pois outra pesquisa destacou esta complicação como grave, que evolui com sintomatologia dolorosa moderada e pode levar a amputação do membro acometido⁽¹⁷⁾.

Quanto às DPs, a ocorrência foi mais discreta (11,36%), das quais destacaram-se bronquite, pneumonia, asma, tuberculose (TB) e alergias respiratórias. Um estudo realizado por Vanucci (2006)⁽¹⁸⁾ mostrou que existe uma prevalência da pneumonia dentre as pneumopatias que acometem os portadores de AR.

Porém, outros estudos indicam que dentre as complicações pulmonares presentes neste tipo de doença, a mais comum é o derrame pleural (50%) sendo ele comumente diagnosticado através de raio-x de tórax de rotina^(19, 20). Uma das causas de derrame pleural na AR são os nódulos reumatóides no pulmão, que podem ser únicos ou múltiplos e geralmente são encontrados em pacientes que também apresentam nódulos subcutâneos e fator reumatóide positivo^(21,11). Já na pesquisa de Gaunhar *et al.*⁽⁶⁾ as manifestações pulmonares mais observadas foram a doença pulmonar intersticial e o derrame pleural e a menos frequente foi a bronquiolite obliterante.

Em contrapartida, outra pesquisa mostrou que as principais anormalidades pulmonares em pacientes com AR foram derrame pleural, fibrose intersticial, bronquiolite obliterante e nódulos

reumatóides⁽²²⁾. A fibrose intersticial ocorre em apenas 1% a 5% dos pacientes, porém cerca de 40% apresentam padrão restritivo quando realizadas provas ventilatórias. Este achado é mais comum em homens entre 50 e 60 anos, com fator reumatóide positivo⁽¹²⁾.

Ao investigar os fatores de risco para DCVs e DPS nos pacientes da pesquisa, constatou-se que 30% apresentaram hipertensão arterial sistêmica (HAS) e 26,36% tabagismo (fig. 3).

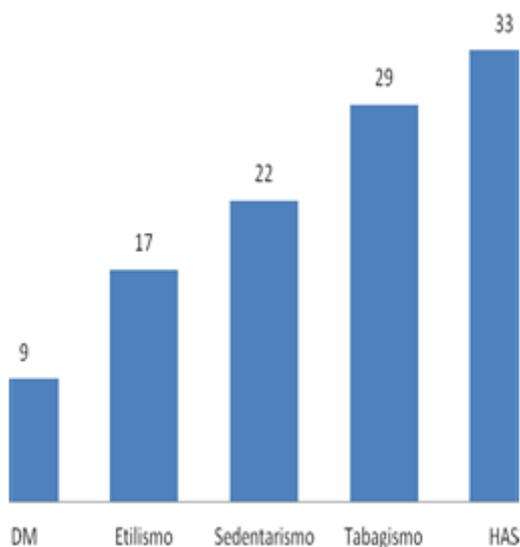


Figura 3 - Fatores de riscos para doenças cardiovasculares e pulmonares. DM=diabetes melitus, HAS=hipertensão arterial sistêmica.

Pode-se observar nesses dados que os riscos relacionados aos hábitos de vida (HAS, tabagismo e etilismo), são os mais frequentes, sendo estes também os fatores etiológicos de muitas DCVs e DPs. Por outro lado, o tabagismo é relatado como um dos fatores de risco que mais levam a complicações e o mais prevalente em pacientes com AR^(23,14).

Na faixa etária de 15 a 25 anos o fator de risco predominante foi a HAS com 40%. Na faixa etária de 36 a 45 anos a ocorrência de associações entre HAS, tabagismo e etilismo foi de 28,6%. Associações entre HAS, sedentarismo, tabagismo e etilismo foi de 33,3% na faixa etária de 46 a 55 anos, seguidos de 22,2% de associações entre HAS, tabagismo e sedentarismo. Nos pacientes maiores de 65 anos houve 33,3% de casos de HAS isolada.

O aumento da prevalência de DCVs e a alta mortalidade cardiovascular em pacientes com AR podem ser explicados pela presença dos fatores de risco como tabagismo, DM, HAS, dislipidemias, obesidade e sedentarismo, processo inflamatório

crônico resultando no surgimento precoce de doenças vasculares nestes pacientes e a utilização de medicação como corticóide e drogas modificadoras da doença^(1,9).

Por isso, é necessário observar a presença dos fatores de risco para essas DCVs, pois estudos demonstraram que eles propiciam o desenvolvimento de AR mais erosiva e com mais nódulos reumatóides^(23,24).

Os riscos das DCVs são determinados por uma associação de fatores que devem ser avaliados para que se estabeleçam estratégias de prevenção eficazes. Segundo as últimas diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia os fatores de risco mais prevalentes no panorama nacional são a HAS, o DM, a obesidade e as dislipidemias, confirmando os dados encontrados nesta pesquisa, com exceção das dislipidemias e da obesidade que não foram encontradas nessa pesquisa.

O sedentarismo é citado por outros autores como sendo, também, um importante fator predisponente para as DCVs^(23,24). Nesta pesquisa, os 25 pacientes portadores de AR que foram entrevistados, quando questionados sobre a prática de atividade física, 16 não praticavam atividade física e nove realizam atividade física duas ou três vezes por semana. A inatividade física é comum nos pacientes com AR devido à incapacidade funcional ocasionada pelas deformidades articulares levando o paciente ao sedentarismo. No estudo realizado por Naranjo *et al.*⁽¹⁰⁾, constatou-se que apenas 13% dos pacientes com AR realizavam exercícios três ou mais vezes por semana⁽⁹⁾.

CONCLUSÃO

Com base nos dados analisados é possível concluir que a AR atingiu mais as mulheres entre 49 a 65 anos. Foram constatadas DCVs em 25% dos pacientes, das quais o IAM e a miocardiopatia hipertrófica foram as mais frequentes.

As DPs foram observadas com menor incidência que as DCVs, apenas 10% dos pacientes desta pesquisa apresentaram alterações pulmonares como pneumonia, asma, tuberculose e alergias respiratórias em geral.

Os fatores de risco constatados foram HAS, tabagismo, sedentarismo, etilismo e diabetes. Isso enfatiza a importância da detecção, prevenção dos fatores de risco e tratamento precoce das DCVs e DPs nesses pacientes a fim de diminuir as taxas de

morbidade e mortalidade dessas doenças nos pacientes com AR.

REFERÊNCIAS

1. Fallet AJ, Scotton AS. Como Diagnosticar e Tratar Artrite Reumatóide. *Rev bras med* 2001 Dez; 8(12): 97-111.
2. Godoy DV, Dalzotto C, Bellicanta J, *Weschenfelder RF, Nacif S.* Doenças respiratórias como causa de internações hospitalares de pacientes do SUS num serviço terciário de clínica médica na região nordeste do Rio grande do Sul. *J Pneumol.* 2001 Jul/Ago; 27(4): 70 - 5.
3. Sato E. Reumatologia. Barueri: Manole. 2004.
4. Bértolo MB, Brenol CV, Schainberg CG. Atualização do Consenso Brasileiro no Diagnóstico e Tratamento da Artrite Reumatóide. *Rev bras reumatol* 2007 Mai/Jun; 47(3): 151-9.
5. Louzada-Junior P, Souza BDB, Toledo RA, Ciconelli RM. Análise Descritiva das Características Demográficas e Clínicas de Pacientes com Artrite Reumatóide no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev bras reumatol* 2007 Mar/Abr; 47(2): 84-90.
6. Gaunhar UA, Gaffo AL, Alarcón GG. Pulmonary manifestations of rheumatoid arthritis. *Semin Respir Crit Care Med.* 2007 Aug; 28(4): 430-40.
7. Perin C, Ramos ZG, Oliveira-Grassi R, Tourinho FT. Artrite reumatóide e depressão. *Rev bras reumatol* 2002 Nov/Dez; 42(6): 375-80.
8. Santos Filho RD, Martinez TLR. Fatores de risco para doenças cardiovasculares: velhos e novos fatores de risco, velhos problemas. *Arq. bras endocrinol metab* 2002 Jun; 46(3): 212-4.
9. Torigoe DY, Laurindo IMM. Artrite Reumatóide e Doenças Cardiovasculares. *Rev bras reumatol* 2006; 46(1): 60-6.
10. Naranjo A, Sokka T, Descalzo MA *et al.* Cardiovascular disease in patients with rheumatoid arthritis: results from the QUEST-RA study. *Arthritis res ther* 2008 Mar; 10(2):R3.
11. Kowalski SC. Artrite Reumatóide - Manifestações Clínicas. *Sinop reumatol* 2001 Jun; 3(2).
12. Martinez JE, Gianini JA, Ferro MC, Hasimoto FN, Hasimoto HK, Oliveira Júnior SP de. Nódulos Reumatóides Pulmonares Precedendo o Aparecimento de Artrite. *Rev bras reumatol* 2008 Jan/Fev; 48(1): 47-50.
13. Prasad R, Kant S, Garg R, Verma SK, Sanjay S. Das: Pleuropulmonary manifestations in rheumatoid arthritis. *The Internet J Pulmon Med.* 2007; 8(2).
14. Brenol CV, Brenol JCT, Monticielo OA, Xavier RM. Artrite reumatóide e aterosclerose. *Rev ass med bras* 2007 Set/Out; 53(5): 465-70.
15. Gabriel SE, Roger VL, Kremers HM, Therneau TM, Crowson CS. High ten-year risk of cardiovascular disease in newly diagnosed rheumatoid arthritis patients: A population-based cohort study. *Arthritis Rheum* 2008 Aug; 58(8): 2268-74.
16. Vanucci AB. Artrite reumatóide. *Rev bras med* 2006 Jun; 63(6): 252-61.
17. Chanin K, Vallejo-Manzur F, Sternbach LG, Fromm R, Varon J. Pulmonary Manifestations of Rheumatoid Arthritis. *Hosp Physician* 2001 Jul; 23-28.
18. Ferreira D, Neves S, Lira A, Bastos I, Almeida J. Manifestações pulmonares de patologias auto-imunes. *Rev port pneumol* 2007 Jan/Fev; 13(1): 83-100.
19. West SG. Segredos em Reumatologia. São Paulo: Artmed. 2001.
20. Sato EI, Ciconelli RM. Como Diagnosticar e Tratar Artrite Reumatóide. *Rev bras med* 2000 Dez; 57(12): 93-101.
21. Camargos P, Khaltayev N. Doenças respiratórias crônicas no Brasil. In: congresso brasileiro de pediatria, 2006, Recife. Sessão Informativa para a Imprensa Brasileira.
22. Gallinaro AL, Costa RA, Watanabe SH. Artrite Reumatóide. In: Chiarello B, Driusso P, Radl AL. *Fisioterapia Reumatológica.* Barueri: Manole. 2005.
23. Castro LCV, Franceschini SCC, Piore SE, Pelúzio MCG. Nutrição e doenças cardiovasculares: Os marcadores de risco em adultos. *Rev nutri.* 2004 Jul/Set; 17(3): 369-77.
24. Oliveira DS, Tannus LRN, Matheus ASM *et al.*, Avaliação do risco cardiovascular segundo os critérios de Framingham e pacientes com diabetes tipo 2. *Arq bras endocrinol metab* 2007 Dez; 51(2): 268-74.