

Artrite Reativa - Doença de Reiter

Portaria SAS/MS nº 207, de 23 de abril de 2010.



1 METODOLOGIA DE BUSCA DA LITERATURA

Foram utilizadas as bases de dados Medline/Pubmed e Embase e livros-texto de Medicina.

A busca na base de dados Medline/Pubmed foi realizada em janeiro de 2010, utilizando-se as palavras-chave *reactive arthritis [Mesh] AND diagnosis [Mesh]*. Essa busca restringiu-se a artigos em língua inglesa e a estudos realizados em humanos, com o uso dos filtros *Practice Guideline, Review e Guideline*, resultando em 99 artigos. A busca realizada com as palavras-chave *reactive arthritis [Mesh] AND therapeutics [Mesh]* restringiu-se a artigos em língua inglesa e conduzidos em humanos, com o emprego dos filtros *Clinical Trial, Meta-analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review, Guideline e Controlled Clinical Trial*, resultando em 49 artigos.

Com a busca na base de dados Embase feita em 5 de janeiro de 2010 através das palavras-chave *reactive arthritis/exp AND diagnosis/exp*, sendo limitada a artigos em língua inglesa e conduzidos em humanos, com o uso do filtro *review/it*, foram encontrados 114 artigos. Também foi realizada busca nessa mesma base de dados com as palavras-chave *reactive arthritis/exp AND therapy/exp*. Tal busca restringiu-se a artigos em língua inglesa e realizados em humanos, com os filtros *[cochrane review]/lim OR [controlled clinical trial]/lim OR [meta-analysis]/lim OR [randomized controlled trial]/lim OR [systematic review]/lim*, tendo sido obtidos 30 artigos.

A escolha dos artigos para inclusão no PCDT baseou-se nos seguintes critérios: todos foram revisados, e os identificados como revisões, consensos ou estudos clínicos sobre o tema foram selecionados para a elaboração do protocolo e incluídos no texto.

A busca em livros-texto baseou-se no livro *UpToDate*, versão 17.2, disponível através do site www.uptodateonline.com, consultado no dia 25 de novembro de 2009.

2 INTRODUÇÃO

Antigamente denominada doença de Reiter, a artrite reativa é uma das espondiloartropatias soronegativas, grupo de doenças reumáticas crônicas que afetam articulações periféricas e da coluna e que compartilham características clínicas, radiológicas e genéticas semelhantes. Neste grupo de doenças (espondiloartropatias), além de artrite reativa, encontram-se espondilite anquilosante, artrite psoriática, espondiloartropatia associada à doença inflamatória intestinal e espondiloartropatia indiferenciada¹.

A expressão artrite reativa refere-se a uma artrite que se desenvolve durante ou logo após uma infecção bacteriana, geralmente geniturinária ou gastrointestinal, desencadeada por patógenos que não se consegue isolar nas articulações acometidas^{2,3}. É, pois, uma artrite asséptica que ocorre subsequentemente a uma infecção extra-articular⁴. A artrite reativa é composta da tríade clínica de artrite, uretrite e conjuntivite pós-infecciosas³. O envolvimento extra-articular pode também cursar com vulvite, balanite, lesões mucocutâneas, dactilites e entesites diversas⁵⁻⁷.

Há uma forte associação das espondiloartropatias com o antígeno leucocitário humano B27 (HLA-B27), presente em cerca de 60% dos pacientes com artrite reativa²⁻¹⁰. O antígeno bacteriano desencadeia a reação imunológica responsável pela artrite, que se perpetua mesmo após a cura da infecção. A positividade do HLA-B27 é um marcador de risco para artrite e também para o envolvimento do esqueleto axial e de maior agressividade da doença^{3,5,8}.

Consultores: Beatriz Antunes de Mattos, José Miguel Dora, Luiz Roberto de Fraga Bruschi, Bárbara Corrêa Krug e Karine Medeiros Amaral

Editores: Paulo Dornelles Picon, Maria Inez Pordeus Gadelha e Alberto Beltrame

Os autores declararam ausência de conflito de interesses.

Artrite reativa é uma entidade nosológica cujo conceito ainda está em evolução, não havendo critérios diagnósticos ou de classificação definitivos e validados. Um consenso de especialistas², reunidos em Berlim em 1999, sugeriu que a identificação de alguns fatores pode ser de utilidade diagnóstica:

- patógenos causadores – clássicos: *Chlamydia trachomatis*, *Yersinia sp.*, *Salmonella sp.*, *Shigella sp.* e *Campilobacter sp.*; e prováveis: *Clostridium difficile* e *Chlamydia pneumoniae*;
- intervalo entre a infecção sintomática e o início da artrite – de alguns dias a 8 semanas;
- padrão da artrite típico – monoartrite ou oligoartrite assimétrica, predominantemente nos membros inferiores;
- diferença entre as formas reativa aguda e crônica – artrite reativa de mais de 6 meses de duração é diagnosticada como crônica.

É uma doença pouco frequente e, entre as espondiloartropatias, constitui a minoria dos casos². Sua incidência é provavelmente subestimada, já que casos leves podem não ser diagnosticados. A artrite reativa é uma condição que ocorre globalmente, afetando predominantemente adultos jovens entre 20 e 40 anos. Acomete mais homens do que mulheres, numa taxa de 3:1 quando a infecção inicial é geniturinária^{5,8}. Já a artrite reativa pós-entérica atinge igualmente ambos os sexos⁸.

Em populações de países escandinavos, os dados de prevalência da artrite reativa são de 30-40 por 100.000 pessoas, e os de incidência, de 5-28 por 100.000 pessoas/ano. Estima-se que em torno de 1% das uretrites não gonocócicas e em 3% das enterites bacterianas ocorra desenvolvimento posterior de artrite reativa. Em surtos de diarreias bacterianas, a incidência de artrite é de 0% - 4%.

No Brasil, em uma série hospitalar, verificou-se aumento da prevalência de artrite reativa na população de pacientes infectados com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) a partir de 1985⁹. Neles, o quadro clínico é mais agressivo e mais resistente aos tratamentos usuais^{5,9}. O prognóstico, na maioria dos casos, é bom, com grande parte recuperando-se gradualmente em poucos meses. Entretanto, 66% dos pacientes permanecem com desconforto articular, dor lombar baixa e sintomas de entesopatia após a crise inicial, e cerca de 15% - 30% desenvolvem doença inflamatória articular crônica^{6-8,11}.

3 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- M02.3 Doença de Reiter

4 DIAGNÓSTICO

4.1 CLÍNICO

A síndrome clínica caracterizada por artrite, uretrite, conjuntivite e lesões mucocutâneas, comumente conhecida por artrite reativa ou doença de Reiter, é uma doença multissistêmica desencadeada por uma resposta imune do hospedeiro após exposição a um antígeno⁵. A tríade clássica – artrite, uretrite e conjuntivite – ocorre apenas em um terço dos casos, e o quadro clínico acompanhado de sinais mucocutâneos é pouco frequente.

Os pacientes são geralmente adultos jovens (entre 20 e 40 anos), com história de infecção nas últimas 4 semanas⁵. A doença pode se manifestar de forma localizada e leve ou de forma grave e multissistêmica, acompanhada de febre, mal-estar e perda de peso. O envolvimento articular varia desde monoartrite transitória até poliartrite com acometimento axial. A manifestação clínica mais comum (95%) é a presença de oligoartrite aguda e assimétrica dos membros inferiores, principalmente joelhos, calcanhares e articulações metatarsofalangianas. Sinovites, tendinites e entesites das pequenas articulações apresentam-se com os sintomas dolorosos e os dedos característicos da doença (“dedos em salsicha”). No entanto, 50% dos pacientes podem apresentar acometimento dos membros superiores⁸. Dores nas costas e nas nádegas ocorrem devido ao acometimento das articulações sacroilíacas. Também pode haver apresentação reativa à infecção com entesite ou bursite isoladas, sem presença de artrite.

Em 30% dos casos, pode haver conjuntivite, que geralmente precede a artrite em poucos dias e tende a ser leve e bilateral. Queixas de olhos vermelhos e secreção ou de crostas nas pálpebras ocorrem em alguns casos. A secreção é estéril, e o quadro regride em até 4 semanas. Complicações como episclerite, ceratite, uveíte (irite) e úlcera de córnea são muito raras, mas exigem identificação e tratamento especializado urgente, pois podem evoluir para cegueira^{5,8}.

A artrite reativa que ocorre após doença sexualmente transmitida está associada a uretrite ou cervicite, que podem ser assintomáticas, mas normalmente se manifestam com disúria ou secreção uretral/vaginal⁵. O envolvimento entérico pode ser leve e passar despercebido⁵.



4.2 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL/RADIOLÓGICO

Em paciente com mono-oligoartrite, a importância da avaliação laboratorial reside na análise do líquido sinovial para diagnóstico diferencial com artrite séptica, artrite por cristais e artrite traumática. Na artrite reativa, o líquido sinovial apresenta predomínio de polimorfonucleares na fase aguda e de linfócitos na fase crônica. As imagens radiológicas são inespecíficas, servindo apenas para afastar outros diagnósticos.

A testagem do HLA-B27 isoladamente tem pouco valor diagnóstico, não estando indicada na rotina de atendimento dos pacientes. Os demais exames laboratoriais são de pouca utilidade para o diagnóstico, pois são inespecíficos e pouco sensíveis. Marcadores inflamatórios, velocidade de sedimentação globular (VSG) e proteína C reativa (PCR) geralmente se encontram aumentados e podem ser utilizados como marcadores laboratoriais de atividade da doença. A investigação etiológica pode ter algum interesse epidemiológico; entretanto, coproculturas geralmente são negativas na fase de artrite⁸.

5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste protocolo de tratamento os pacientes que apresentarem quadro clínico de monoartrite ou oligoartrite assimétrica predominantemente nos membros inferiores, com história comprovada ou sugestiva de infecção geniturinária ou gastrointestinal nas 4 semanas anteriores ao aparecimento dos sinais articulares.

6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste protocolo de tratamento os pacientes com intolerância ou hipersensibilidade à sulfassalazina.

7 TRATAMENTO

O uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) é o tratamento inicial dos pacientes com artrite reativa^{4,12}. Glicocorticoide intra-articular e sulfassalazina são empregados quando os AINEs não controlam os sintomas satisfatoriamente. Exercícios físicos e fisioterapia podem fazer parte do tratamento. Antibióticos podem ser úteis para as uretrites em atividade. Os AINEs são a primeira linha de tratamento para a fase aguda de dor e inflamação da artrite. São usados nas suas doses máximas e de forma contínua por pelo menos 2 semanas, sendo geralmente bastante eficazes no controle dos sintomas^{5,8,10}. Apesar da melhora dos sintomas, não existem evidências de que os AINEs alterem o curso da doença^{2,10}. As medidas de mobilidade da coluna e os reagentes de fase aguda (VSG e PCR) não mostram modificação significativa com o uso de AINEs¹⁰.

O uso de glicocorticoide intra-articular pode ajudar de forma segura e eficaz o tratamento de uma lesão única e com sintomas incapacitantes. As injeções locais de glicocorticoide também são efetivas no controle dos sintomas nas entesites. Raramente glicocorticoide sistêmico é indicado, sendo empregado apenas nos raros casos de doença grave, prolongada ou sistêmica em que ocorre resistência aos AINEs^{2,5,8,12}. Nesses casos, o glicocorticoide pode ser administrado por 1 a 12 semanas^{5,8}.

O uso de antibióticos por curto ou longo período no tratamento da artrite reativa é foco de muitos estudos. Entretanto, depois que a artrite se manifesta, os antibióticos não parecem modificar o curso da doença^{1,5,8,13}. Antibióticos para as infecções gastrointestinais ativas seguem os padrões da prática das doenças infecciosas nos locais em que acontecem. Em geral, não são indicados para as infecções entéricas não complicadas^{2,5}. Para as infecções geniturinárias por *Chlamydia*, o tratamento adequado deve ser prontamente instituído para o paciente e para seu parceiro sexual, o que, teoricamente, diminuiria o desenvolvimento da artrite reativa; entretanto, por razões éticas, estudos placebo-controlados nunca foram realizados^{1,2,5}.

As chamadas drogas antirreumáticas modificadoras de doenças (DMARD, sigla em inglês) estão indicadas quando não há controle satisfatório dos sintomas com AINEs e glicocorticoides tópicos, ou se a doença se torna crônica, recorrente ou mais erosiva e agressiva^{2,5,12}.

As DMARDs foram desenvolvidas primariamente para o tratamento da artrite reumatoide, e seu emprego foi posteriormente extrapolado para as espondiloartropatias soronegativas. Entre as DMARDs,



sulfassalazina é a mais avaliada para a condição, sendo bem tolerada, segura e eficaz para a doença articular periférica nas doses de até 2.000 mg/dia^{1,5,14}. Além da ação antibacteriana, sulfassalazina diminui os níveis de imunoglobulina (Ig) sérica, principalmente a IgA, e reduz o VSG. Ensaio clínico randomizado multicêntrico (19 centros), que incluiu 134 pacientes com artrite reativa que haviam apresentado falha no tratamento inicial com AINEs, tratados por 9 meses (com placebo ou sulfassalazina na dose de 2.000 mg/dia), mostrou superioridade do medicamento no tempo para resolução e no controle satisfatório dos sintomas ao final do tratamento (62,3% *versus* 47,7% para sulfassalazina e placebo, respectivamente; $p = 0,02$)¹⁵. Outros estudos menores confirmaram os resultados da diminuição do tempo de duração, da gravidade da rigidez matinal, da melhora do bem-estar geral e dos exames laboratoriais com o uso de sulfassalazina^{10,14}. Na dose de 2.000 mg/dia, o efeito adverso documentado foi desconforto gastrointestinal leve^{12,15,16}.

7.1 FÁRMACOS

- AINE - ibuprofeno: comprimidos de 600 mg
- Glicocorticoide intra-articular - fosfato dissódico de dexametasona: solução injetável 4 mg/ml
- DMARD - sulfassalazina: comprimidos de 500 mg

7.2 ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO

- Ibuprofeno 600 mg: 1 comprimido, por via oral, 3 a 4 vezes ao dia
- Sulfassalazina 500 mg: 1 a 2 comprimidos por via oral, 2 vezes ao dia, por 3 a 6 meses ou até a remissão da doença articular inflamatória
- Fosfato dissódico de dexametasona: 0,1 a 1 ampola intra-articular, a cada 4 semanas

7.3 TEMPO DE TRATAMENTO – CRITÉRIO DE INTERRUPÇÃO

O tratamento deve ser mantido ou interrompido com base na avaliação do médico e dos sintomas e sinais do paciente.

7.4 BENEFÍCIOS ESPERADOS

Espera-se melhora dos sintomas de dor, dos sinais de inflamação articular e da qualidade de vida. O reconhecimento e o tratamento precoces da artrite reativa podem reduzir a morbidade e a progressiva incapacidade nos pacientes acometidos – uma população jovem e produtiva⁴.

8 MONITORIZAÇÃO

No seguimento dos pacientes, é importante acompanhar a evolução da doença através da avaliação clínica, que inclui sinais de edema articular, presença e tempo de duração da rigidez matinal, dor noturna, número de articulações acometidas, mobilidade da coluna e limitação funcional. A presença de entesites, dactilites, conjuntivites, uretrites e o estado geral do paciente devem ser também avaliados.

Exames laboratoriais, como hemograma, exame sumário de urina (urina tipo 1) e VSG, devem ser apresentados nas consultas de acompanhamento. Nos casos de artrite reativa aguda, as consultas devem inicialmente ter menos de 1 mês de intervalo, sendo progressivamente espaçadas ao longo do tratamento. Nos casos de artrite reativa crônica, as consultas devem ter intervalo de 3-6 meses. Em pacientes em uso de AINEs, devem ser avaliados níveis pressóricos, sinais de perda da função renal (edema e ganho de peso) e sintomas dispépticos. Se houver suspeita de perda de função renal, dosagens de creatinina e ureia séricas devem ser solicitadas.

Pacientes em uso de glicocorticoide intra-articular devem ser avaliados para complicações locais e sistêmicas. As primeiras são infrequentes, podendo decorrer da injeção do glicocorticoide em tendões, com possibilidade de levar a ruptura, e em nervos, podendo levar a necrose. É importante que em todas as consultas sejam avaliados sinais clínicos de excesso de glicocorticoide, como fragilidade capilar, presença de giba, estrias violáceas, fâcies de lua cheia, fraqueza muscular proximal e hipertensão. O excesso de glicocorticoides pode acarretar osteoporose, miopatia, hipertensão arterial, diabetes melito e catarata. Pacientes que durante o tratamento com sulfassalazina apresentarem leucopenia (< 3.000 leucócitos/mm³), contagem de polimorfonucleares < 1.500 /mm³, plaquetas < 100.000 /mm³, diminuição aguda ou progressiva da hemoglobina ou do hematócrito, ou desenvolverem proteinúria, devem suspender o tratamento com este fármaco¹⁴.

9 ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

Os pacientes com remissão da doença, sem sequelas, não necessitam de acompanhamento regular específico. Os pacientes com complicações decorrentes da doença ou do tratamento devem ter o acompanhamento mantido, orientado para o problema apresentado, conforme a avaliação da equipe médica assistente.

10 REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Devem ser observados os critérios de inclusão e exclusão de pacientes neste protocolo, a duração e a monitorização do tratamento, bem como a verificação periódica das doses prescritas e dispensadas, a adequação de uso do medicamento e o acompanhamento pós-tratamento.

11 TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER

É obrigatória a informação ao paciente ou a seu responsável legal dos potenciais riscos, benefícios e efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento preconizado neste protocolo. O TER é obrigatório ao se prescrever medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

12 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anandarajah A, Ritchlin CT. Treatment update on spondyloarthritis. *Curr Opin Rheumatol*. 2005;17(3):247-56.
2. Yu DT. Reactive arthritis (formerly Reiter syndrome). *UpToDate* 17,2; 2009. Available from: <http://www.uptodate.com/>
3. Inman RD. The Spondyloarthropathies. In: Goldman L, Ausiello D, editors. *Cecil Textbook of Medicine*. 22nd edition. Philadelphia: WB Saunders; 2004. p. 1654-60.
4. Chudomirova K, Abadjieva TS, Yankova R. Clinical tetrad of arthritis, urethritis, conjunctivitis and mucocutaneous lesions (HLA-B27-associated spondyloarthritis, Reiter syndrome): report of a case. *Dermatol Online J*. 2008;14(12):4.
5. Handulay SS, Glynne SJ, Keat A. When is arthritis reactive? [review]. *Postgrad Med J*. 2006;82(969):446-53.
6. Laasila K, Laasonen L, Leirisalo-Repo M. Antibiotic treatment and long term prognosis of reactive arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2003;62(7):655-8.
7. Arora S, Arora G. Reiter's disease in a six-year-old girl. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2005;71(4):285-6.
8. Leirisalo-Repo M. Reactive arthritis [review]. *Scand J Rheumatol*. 2005;34(4):251-9.
9. Verztman JF, Leite NH, Goldfarb M, Guimarães S, Nava JJ, Manhães LM. Manifestações Reumatológicas da AIDS Estudo de 72 Casos. *Rev Méd [Internet]*. 2002 Oct-Dec [cited 2010 May 5];36(4):[about 1 p.]. Available from: <http://www.hse.rj.saude.gov.br/profissional/revista/36c/post18.asp>.
10. Maksymowych WP, Breban M, Braun J. Ankylosing spondylitis and current disease-controlling agents: do they work? *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2002;16(4):619-30.
11. Yli-Kerttula T, Luukkainen R, Yli-Kerttula U, Möttönen T, Hakola M, Korpela M, et al. Effect of a three month course of ciprofloxacin on the late prognosis of reactive arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2003;62(9):880-4.
12. Mease PJ. Disease-modifying antirheumatic drug therapy for spondyloarthropathies: advances in treatment [review]. *Curr Opin Rheumatol*. 2003;15(3):205-12.
13. Putschky N, Pott HG, Kuipers JG, Zeidler H, Hammer M, Wollenheupt J. Comparing 10-day and 4-month doxycycline courses for treatment of Chlamydia trachomatis-reactive arthritis: a prospective, double-blind trial. *Ann Rheum Dis*. 2006;65(11):1521-4.
14. Clegg DO, Reda DJ, Abdellatif M. Comparison of sulfasalazine and placebo for the treatment of axial and peripheral articular manifestations of the seronegative spondylarthropathies: a Department of Veterans Affairs cooperative study. *Arthritis Rheum*. 1999;42(11):2325-9.
15. Clegg DO, Reda DJ, Weisman MH, Cush JJ, Vasey FB, Schumacher HR Jr, et al. Comparison of sulfasalazine and placebo for the treatment of reactive arthritis (Reiter's syndrome). A Department of Veterans Affairs cooperative study. *Arthritis Rheum*. 1996;39(12):2021-7.
16. Olivieiri I, Palazzi C, Peruz G, Padula A. Management issues with elderly-onset rheumatoid arthritis: an update. *Drugs Aging*. 2005 22(10):809-22.



Termo de Esclarecimento e Responsabilidade Sulfassalazina

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **sulfassalazina**, indicada para o tratamento de **artrite reativa - doença de Reiter**.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer as seguintes melhoras:

- melhora dos sintomas de dor e dos sinais de inflamação articular;
- melhora da qualidade de vida.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso deste medicamento:

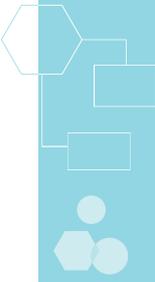
- estudos com sulfassalazina no primeiro trimestre da gravidez em animais não mostraram anormalidades nos descendentes; porém não há estudos em humanos; o risco para o bebê é muito improvável; estudos no terceiro trimestre da gravidez mostraram evidências de riscos ao feto, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos;
- efeitos adversos mais relatados – dor de cabeça, sensibilidade aumentada aos raios solares, alergias de pele graves, dores abdominais, náuseas, vômitos, perda de apetite, diarreia, hepatite, dificuldade para engolir, diminuição do número dos glóbulos brancos no sangue, parada na produção de sangue pela medula óssea (anemia aplásica), anemia por destruição aumentada dos glóbulos vermelhos do sangue (anemia hemolítica), diminuição do número de plaquetas no sangue, falta de ar associada a tosse e febre (pneumonite intersticial), dores articulares, cansaço e reações alérgicas;
- contraindicado em casos de hipersensibilidade (alergia) ao medicamento;
- o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

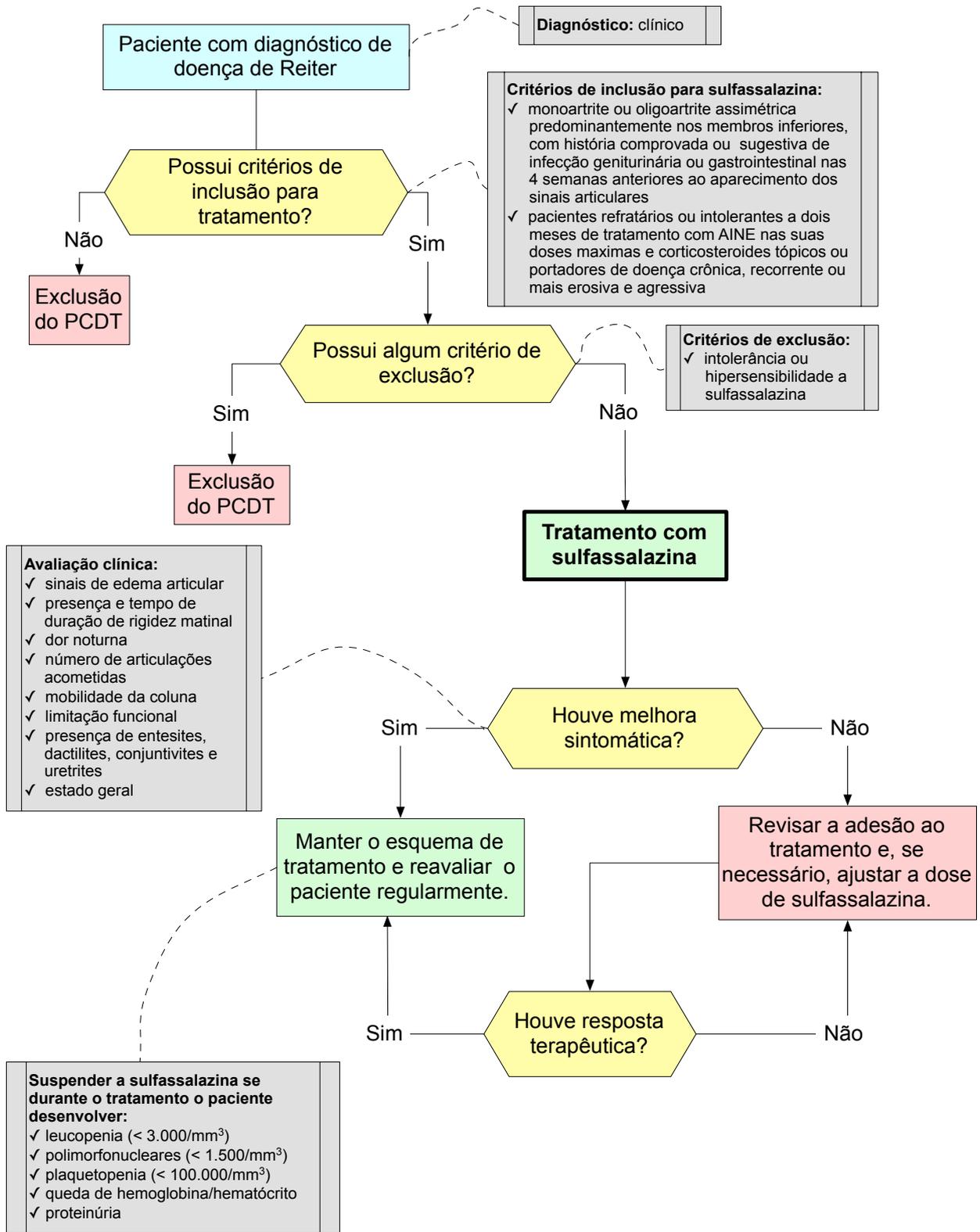
Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico responsável:	CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo do médico Data: _____		

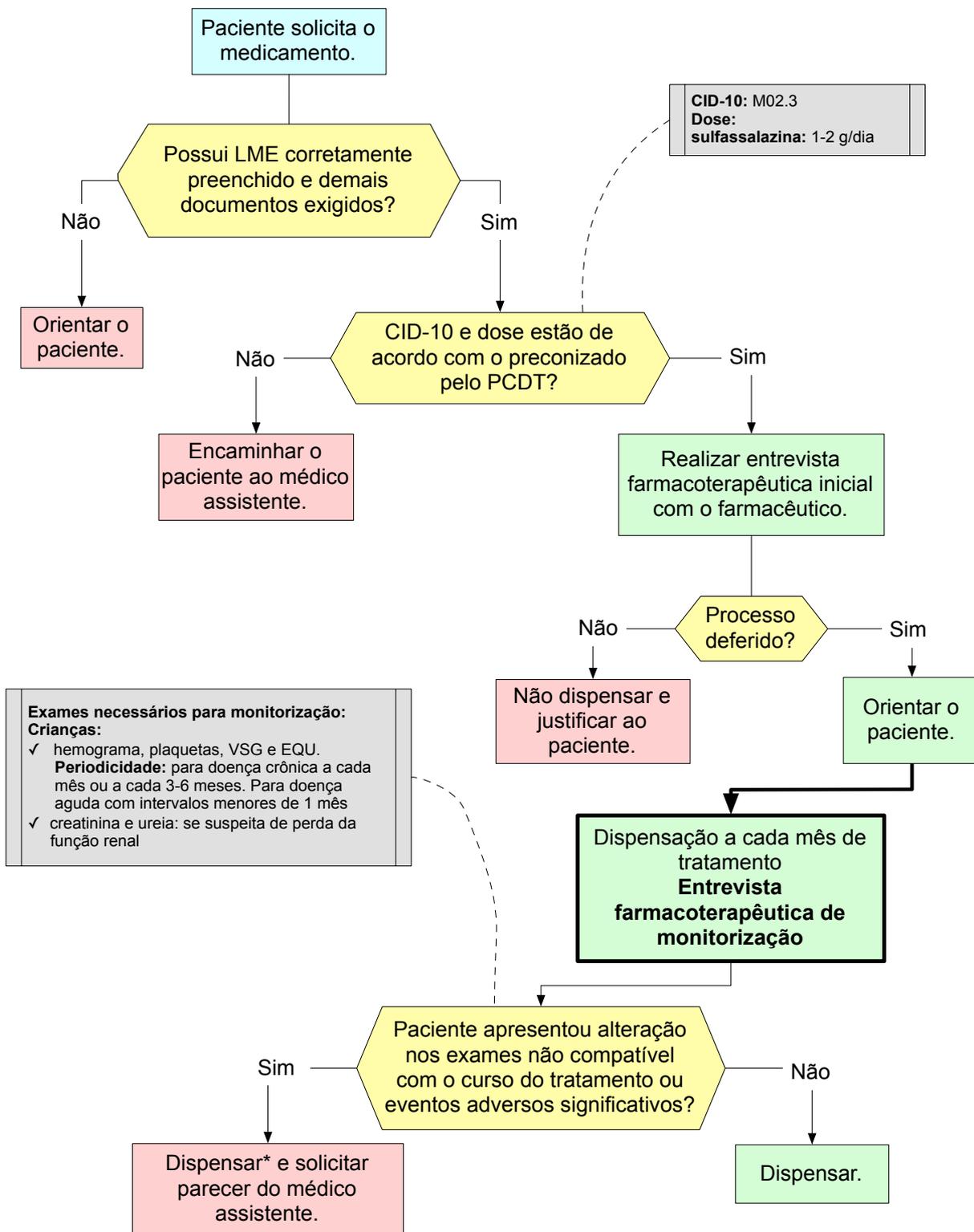
Observação: Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF) e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia, e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal.



Fluxograma de Tratamento Artrite Reativa - Doença de Reiter



Fluxograma de Dispensação de Sulfassalazina Artrite Reativa - Doença de Reiter



***Observação:** se leucopenia (<3.000 leucócitos/mm³), contagem de polimorfonucleares <1.500/mm³, plaquetas < 100.000/mm³, diminuição aguda ou progressiva da hemoglobina ou do hematócrito ou desenvolverem proteinúria: **não dispensar**

Ficha Farmacoterapêutica Artrite Reativa - Doença de Reiter

1 DADOS DO PACIENTE

Nome: _____
 Cartão Nacional de Saúde: _____ RG: _____
 Nome do cuidador: _____
 Cartão Nacional de Saúde: _____ RG: _____
 Sexo: Masculino Feminino DN: ____ / ____ / ____ Idade: ____ Peso: ____ Altura: ____
 Endereço: _____
 Telefones: _____
 Médico assistente: _____ CRM: _____
 Telefones: _____

2 AVALIAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA

2.1 Qual o intervalo de tempo entre o primeiro sintoma e o diagnóstico definitivo? _____

2.2 Possui outras doenças diagnosticadas?

não

sim → Quais? _____

2.3 Faz uso de outros medicamentos? não sim → Quais?

Nome comercial	Nome genérico	Dose total/dia e via	Data de início	Prescrito
				<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
				<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
				<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
				<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim

2.4 Já apresentou reações alérgicas a medicamentos?

não

sim → Quais? A que medicamentos? _____

3 MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

Exames Laboratoriais

	Inicial	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
Data prevista*							
Data							
Plaquetas							
Hemoglobina							
Leucócitos							
Neutrófilos							
VSG							
Creatinina**							
Ureia**							
EQU							
Proteínas							

* Os exames podem ser espaçados para 3-6 meses se a doença for crônica.

** Exames a serem solicitados se a resposta à pergunta 3.1 for sim.

- 3.1 **Para AINEs:** aumento dos níveis pressóricos, sinais de perda de função renal (edema e ganho de peso) ou sintomas dispépticos?
 não → dispensar
 sim → Se houver suspeita de perda de função renal, dosagens de creatinina e ureia séricas devem ser solicitadas.
- 3.2 **Para sulfassalazina:** houve exames com alterações significativas, fora da normalidade?
 (leucócitos < 3.000/mm³, polimorfonucleares < 1.500/mm³, plaquetas < 100.000/mm³, diminuição aguda ou progressiva de hemoglobina, hematócrito ou proteinúria)
 não → dispensar
 sim → Não dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente (o medicamento deve ser suspenso)
- 3.3 Apresentou sintomas que indiquem eventos adversos? (preencher Tabela de Registro de Eventos Adversos)
 não → dispensar
 sim → Passar para a pergunta 3.4
- 3.4 Precisa de avaliação do médico assistente com relação ao evento adverso?
 não → dispensar
 sim → dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente

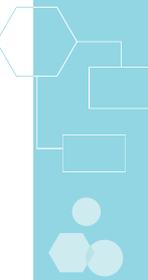




TABELA DE REGISTRO DA DISPENSAÇÃO

	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
Data						
Nome comercial						
Lote/Validade						
Dose prescrita						
Quantidade dispensada						
Próxima dispensação (Necessita de parecer médico: sim/não)						
Farmacêutico/CRF						
Observações						

	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Data						
Nome comercial						
Lote/Validade						
Dose prescrita						
Quantidade dispensada						
Próxima dispensação (Necessita de parecer médico: sim/não)						
Farmacêutico/CRF						
Observações						



Guia de Orientação ao Paciente Sulfassalazina

ESTE É UM GUIA SOBRE O MEDICAMENTO QUE VOCÊ ESTÁ RECEBENDO GRATUITAMENTE PELO SUS. SEGUINDO SUAS ORIENTAÇÕES, VOCÊ TERÁ MAIS CHANCE DE SE BENEFICIAR COM O TRATAMENTO.

O MEDICAMENTO É UTILIZADO NO TRATAMENTO DE **ARTRITE REATIVA - DOENÇA DE REITER**.

1 DOENÇA

- A artrite reativa, também chamada de doença de Reiter, afeta as articulações (juntas) e a coluna e geralmente acontece durante ou logo após alguma infecção geniturinária ou gastrointestinal.
- A doença também pode causar sintomas como febre, mal-estar, perda de peso, dor e inchaço nos dedos (“dedos em salsicha”).

2 MEDICAMENTO

- Este medicamento melhora os sintomas da dor, a inflamação e a qualidade de vida.

3 GUARDA DO MEDICAMENTO

- Guarde o medicamento protegido do calor, ou seja, evite lugares onde exista variação de temperatura (cozinha e banheiro).
- Conserve os comprimidos na embalagem original, bem fechada.

4 ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO

- Tome as cápsulas (sem mastigar ou abrir) após as refeições, com um copo de água.
- Tome exatamente a dose que o médico indicou, estabelecendo um mesmo horário todos os dias.
- Em caso de esquecimento de uma dose, tome-a assim que lembrar. Não tome a dose em dobro para compensar a que foi esquecida.

5 REAÇÕES DESAGRADÁVEIS

- Apesar dos benefícios que o medicamento pode trazer, é possível que apareçam algumas reações desagradáveis, tais como dor de cabeça, sensibilidade aumentada aos raios solares, alergias de pele, dores abdominais, náuseas, vômitos, perda de apetite, diarreia, dificuldade para engolir, falta de ar associada a tosse e febre, cansaço e reações alérgicas.
- Se houver algum destes ou outros sinais/sintomas, entre em contato com o médico ou farmacêutico.
- Mais informações sobre reações adversas constam no Termo de Esclarecimento e Responsabilidade, documento assinado por você ou pelo responsável legal e pelo médico.

6 USO DE OUTROS MEDICAMENTOS

- Não faça uso de outros medicamentos sem o conhecimento do médico ou orientação de um profissional de saúde.

7 PARA SEGUIR RECEBENDO O MEDICAMENTO

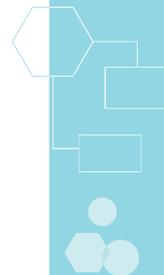
- Retorne à farmácia a cada mês, com os seguintes documentos:
 - Receita médica atual
 - Cartão Nacional de Saúde ou RG
 - Exames: hemograma, plaquetas, VSG, EQU a cada mês ou conforme orientação médica. Podem ser necessárias dosagens de creatinina e ureia, conforme orientação médica ou farmacêutica.

8 EM CASO DE DÚVIDA

- Se você tiver qualquer dúvida que não esteja esclarecida neste guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com o médico ou farmacêutico do SUS.

9 OUTRAS INFORMAÇÕES

SE, POR ALGUM MOTIVO, NÃO USAR O MEDICAMENTO,
DEVOLVA-O À FARMÁCIA DO SUS.



GRUPO TÉCNICO

Ana Claudia Sayeg Freire Murahovschi

Fisioterapeuta
Ministério da Saúde

Mauro Medeiros Borges

Médico
Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Bárbara Corrêa Krug

Farmacêutica
Consultora do Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Paulo Dornelles Picon

Médico
Consultor do Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques

Médico
Ministério da Saúde

Priscila Gebrim Louly

Farmacêutica
Ministério da Saúde

Guilherme Geib

Médico
Consultor do Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Rafael Selbach Scheffel

Médico
Consultor do Hospital Alemão Oswaldo Cruz

José Miguel do Nascimento Júnior

Farmacêutico
Ministério da Saúde

Ricardo de March Ronsoni

Farmacêutico Bioquímico
Ministério da Saúde

José Miguel Dora

Médico
Consultor do Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Roberto Eduardo Schneiders

Farmacêutico Bioquímico
Ministério da Saúde

Karine Medeiros Amaral

Farmacêutica
Consultora do Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Rodrigo Fernandes Alexandre

Farmacêutico
Ministério da Saúde

Liliana Rodrigues do Amaral

Enfermeira
Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Rodrigo Machado Mundim

Farmacêutico Bioquímico
Ministério da Saúde

Luana Regina Mendonça de Araújo

Farmacêutica
Ministério da Saúde

Vanessa Bruni Vilela Bitencourt

Farmacêutica Bioquímica
Ministério da Saúde

Maria Inez Pordeus Gadelha

Médica
Ministério da Saúde

Vania Cristina Canuto Santos

Economista
Ministério da Saúde

Mariama Gaspar Falcão

Farmacêutica
Ministério da Saúde