



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCC
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS MÉDICAS
CURSO DE MEDICINA**

**ELDER FREIRE DA SILVA BEZERRA
KATHERINY ÂNGELA DA SILVA PEREIRA**

MONOGRAFIA

**ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM
ARTRITE REUMATOIDE**

**Orientadora
Prof^a Dra Evânia Claudino Queiroga de Figueiredo**

**CAMPINA GRANDE – PB
2016**

**ELDER FREIRE
KATHERINY ÂNGELA**

MONOGRAFIA

**ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM
ARTRITE REUMATOIDE**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Campina Grande como parte dos requisitos necessários para a disciplina Trabalho de Conclusão de Curso.

**CAMPINA GRANDE – PB
2016**

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG

B574a

Bezerra, Elder Freire da Silva.

Análise da qualidade de vida dos pacientes com Artrite Reumatoide / Elder Freire da Silva Bezerra, Katheriny Ângela da Silva Pereira. – Campina Grande, 2016.

41f.; gráf.; tab.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, Curso de Medicina, Campina Grande, 2016.

Orientadora: Evânia Cláudio Queiroga de Figueiredo, Dra.

1.Artrite Reumatoide. 2.Epidemiologia. 3.Qualidade de Vida. 4.HAQ. 5.DAS 28. I.Pereira, Katheriny Ângela da Silva. II.Título.

BSHUAC/CCBS/UFCG

CDU 616.72-002.77


**ELDER FREIRE
KATHERINY ANGELA**

**ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM
ARTRITE REUMATOIDE**

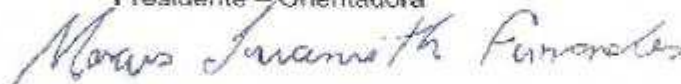
Monografia apresentada à Universidade Federal
de Campina Grande como parte dos requisitos
necessários para a disciplina de Trabalho de
Conclusão de Curso.

Aprovado em: 01 de Novembro de 2018

COMISSÃO EXAMINADORA

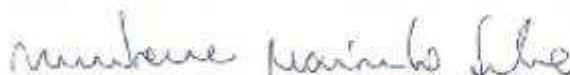

Prof.^a Dr.^a. Evânia Claudino Queiroga de Figueiredo - UFCG

Presidente – Orientadora



Prof. Me. Marcus Ivanovith Fernandes– UFCG

Membro



Prof.^a Dra. Maria Teresa Nascimento Silva– UFCG

Membro

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter nos dado saúde e força para superarmos as dificuldades.

À universidade, seu corpo docente, direção e administração, os quais oportunizaram a janela em que hoje vislumbramos um horizonte superior.

À nossa orientadora Prof.^a Dr.^a. Evânia Claudino Queiroga de Figueiredo, pelo suporte no pouco tempo em que lhe coube e pelas suas correções. Aos nossos familiares e amigos, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

A todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte da nossa formação.

Nosso muito obrigado.

RESUMO

A artrite reumatoide é uma das doenças reumáticas sistêmicas mais frequentes, cujos estudos epidemiológicos têm apontado para o aumento do número de pessoas afastadas do trabalho em virtude das deformidades causadas pela doença. O tratamento precoce com acompanhamento regular destes pacientes é o único caminho para evitar as lesões incapacitantes, além de promover o uso racional dos medicamentos de custos elevados. O objetivo deste trabalho foi avaliar o impacto da artrite reumatoide na qualidade de vida dos pacientes atendidos no ambulatório de Reumatologia do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), e determinar as características clínico-epidemiológicas destes pacientes. Foi implantado um ambulatório específico para acompanhamento dos pacientes com artrite reumatoide, realizado o agendamento facilitado e criado um banco de dados incluindo as variáveis clínico-demográficas, questionário da qualidade de vida (HAQ) e do índice de atividade da doença, utilizando o escore de atividade da doença (DAS 28), além da orientação quanto ao uso racional dos medicamentos. Foram observadas alterações relevantes em relação ao impacto na qualidade de vida no momento do diagnóstico, conforme avaliado pelos questionários HAQ e DAS28. O tratamento precoce da artrite reumatoide e o acompanhamento regular com profissionais capacitados parecem se associar à melhora da qualidade de vida relacionada com a saúde relatada pelo paciente.

Descritores: Artrite reumatoide; Epidemiologia; Qualidade de vida; HAQ; DAS 28.

ABSTRACT

Rheumatoid arthritis is one of the most common systemic rheumatic diseases, which epidemiological studies have shown an increase of the number of people out of work due to deformations caused by the disease. Early treatment with regular monitoring of these patients is the only way to avoid the disabling injuries, and promotes the rational use of high-cost drugs. The objective of this study was to evaluate the impact of rheumatoid arthritis on quality of life of patients treated at the Rheumatology Clinic of the University Hospital Alcides Carneiro, and to determine the clinical and epidemiological characteristics of these patients. A specific clinic was established for monitoring of patients with rheumatoid arthritis, conducted facilitated scheduling from the creation of the database based on clinical and demographic variables, quality of life questionnaire (HAQ) and disease activity index, using DAS 28, as well as guidance on the rational use of medicines. Significant changes in relation to the impact on quality of life at diagnosis were observed as assessed by HAQ and DAS28 questionnaires. Early treatment of rheumatoid arthritis and regular monitoring with trained professionals seem to be associated with an improved quality of life related to health reported by the patient.

Keywords: Rheumatoid arthritis. Epidemiology. Quality of Life. HAQ. DAS 28.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia 2011 para o diagnóstico e avaliação inicial da artrite reumatoide.....11
- Tabela 2.** Perfil clinicodemográfico.....21
- Tabela 3.** Escolaridade dos entrevistados em números absolutos e relativos..22
- Tabela 4.** Escores dos questionários HAQ dos 67 pacientes com diagnóstico de AR inicial em acompanhamento no HUAC.....24

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1. Distribuição em porcentagem da presença de FR.....23

LISTA DE SIGLAS

ACR – Colégio Americano de Reumatologia

AINEs - anti-inflamatórios não esteroides

AR – Artrite Reumatoide

BRATS - Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

DAS28 – *Disease activity score* (escore de atividade da doença)

EULAR - Liga Europeia de Reumatologia

HAQ – *Health assessment questionnaire* (questionário de qualidade de vida)

HUAC – Hospital Universitário Alcides Carneiro

IFD - interfalangianas distais

IFP - interfalangeanas proximais

MCF - articulações metacarpofalangeas

MMCD - medicamentos modificadores do curso da doença

MS – Ministério da Saúde

MTF - articulações metatarsofalangianas

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	13
2.1	OBJETIVO GERAL.....	13
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
4	MATERIAIS E MÉTODOS	17
4.1	DESENHO DE ESTUDO.....	17
4.2	LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO.....	17
4.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	17
4.3.1	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	17
4.3.2	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	17
4.4	VARIÁVEIS CLÍNICAS E DEMOGRÁFICAS (APÊNDICE 1).....	18
4.5	AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE DA DOENÇA (ANEXO A)	18
4.6	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (ANEXO B)	19
4.7	ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	19
4.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	20
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
6	CONCLUSÕES	26
	REFERÊNCIAS	27
	APÊNDICE 1 - Questionário clínico-demográfico	30
	APÊNDICE 2 -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	32
	ANEXO A - Avaliação da atividade da doença	34
	ANEXO B - Avaliação da qualidade de vida	35
	ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	37

1 INTRODUÇÃO

A artrite reumatoide (AR) é uma doença inflamatória crônica sistêmica, autoimune, que acomete especialmente os tecidos sinoviais, podendo haver envolvimento extra-articular. Está naturalmente relacionada ao desenvolvimento de deformidades e incapacitação, gerando diminuição da qualidade de vida e morte prematura (LEE & WEINBLATT, 2001).

Estudos internacionais estimam que 0,5%-1% da população mundial é acometida pela AR, sendo que as mulheres são mais afetadas do que os homens. No Brasil, Senna *et al.* (2004) estimaram a prevalência da AR em 0,46%, o que representa quase um milhão de pessoas acometidas por esta doença. Entretanto, existem poucos estudos epidemiológicos realizados na região nordeste.

O diagnóstico da AR é estabelecido considerando-se achados clínicos e exames complementares, baseados nos critérios de classificação do Colégio Americano de Reumatologia (ACR-1987). Nenhum teste isolado, seja laboratorial, de imagem ou histopatológico confirma o diagnóstico. Para a AR inicial (MOTA *et al.*, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)., recomenda-se a utilização dos critérios de classificação da artrite reumatoide do Colégio Americano de Reumatologia e da Liga Europeia de Reumatologia (ACR/EULAR - 2010), os quais podem ser aplicados a qualquer paciente, com dois requisitos básicos:

- a) Deve haver evidência de sinovite clínica ativa no momento do exame em pelo menos uma articulação;
- b) Os critérios só são aplicáveis aos pacientes para os quais a sinovite não possa ser melhor explicada por outros diagnósticos.

O cálculo é realizado através de uma soma direta dos valores encontrados, e o número de articulações acometidas pode ser encontrado através de métodos de imagem (ultrassonografia e ressonância magnética) em caso de dúvida. Um resultado maior ou igual a 6 significa positividade para AR.

Tabela 1 - Classificação para AR ACR/EULAR 2010

Critérios classificatórios para AR 2010 ACR/EULAR

População-alvo (quem deve ser testado?)	
Paciente com pelo menos uma articulação com sinovite clínica definida (edema).*	
Sinovite que não seja mais bem explicada por outra doença.	
*Os diagnósticos diferenciais podem incluir condições tais como lúpus eritematoso sistêmico, artrite psoriática e gota. Se houver dúvidas quanto aos diagnósticos diferenciais relevantes, um reumatologista deve ser consultado.	
Acometimento articular (0-5)	
1 grande articulação	0
2-10 grandes articulações	1
1-3 pequenas articulações (grandes não contadas)	2
4-10 pequenas articulações (grandes não contadas)	3
> 10 articulações (pelo menos uma pequena)	5
Sorologia (0-3)	
FR negativo E ACPA negativo	0
FR positivo OU ACPA positivo em baixos títulos	2
FR positivo OU ACPA positivo em altos títulos	3
Duração dos sintomas (0-1)	
< 6 semanas	0
≥ 6 semanas	1
AProvas de atividade inflamatória (0-1)	
PCR normal E VHS normal	0
PCR anormal OU VHS anormal	1

Pontuação maior ou igual a 6 é necessária para classificação definitiva de um paciente como AR. O domínio **acometimento articular** refere-se a qualquer articulação dolorosa ou inchada (excluindo interfalangeanas distais do pé ou mão, primeira metatarsofalangeana e primeira carpometacarpa). Evidência adicional obtida por exames de imagem pode ser utilizada para confirmação dos achados clínicos. Consideram-se, para fins de classificação, como pequenas articulações as *metacarpofalangeanas*, *interfalangeanas proximais*, *metatarsofalangeanas (segunda a quinta)*, *primeira interfalangeana* e *punhos*, e como **grandes articulações** *ombros*, *cotovelos*, *quadris*, *joelhos*, *tornozelos*. *Articulações adicionais (temporomandibular, esternoclavicular, acromioclavicular, entre outras)* podem ser contadas, na avaliação de "mais de 10 articulações", desde que uma pequena articulação (ao menos) esteja acometida. No domínio **sorologia**, considera-se o resultado de fator reumatoide ou de anticorpos anti-peptídeos/proteínas citrulinadas negativo se o valor encontrado for igual ou menor ao limite superior da normalidade para o respectivo laboratório; positivo baixo se o resultado encontrado for maior que o limite superior da normalidade, mas menor ou igual a 3 vezes o limite superior da normalidade; e positivo alto quando o valor encontrado for superior a 3 vezes o limite superior da normalidade. O domínio **duração dos sintomas** se refere ao relato do próprio paciente quanto à duração máxima dos sinais e sintomas de qualquer articulação que esteja clinicamente envolvida no momento da avaliação. Já as **provas de atividade inflamatória** (velocidade de hemossedimentação e proteína C reativa) são consideradas normais ou anormais de acordo com o valor de referência do laboratório utilizado. Modificado a partir de: Aletaha *et al.*⁵⁸

Mota, Licia Maria Henrique da et al. Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia 2011 para o diagnóstico e avaliação inicial da artrite reumatoide. *Rev. Bras. Reumatol.* 2011, vol.51, n.3, pp. 207-219.

A terapêutica varia de acordo com características individuais do paciente, como a tolerância à dor e a resposta a regimes prévios de tratamento, e a atividade e gravidade da doença (HARRIS, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE,

2006). O tratamento farmacológico é considerado o ponto chave na terapêutica da AR e sua implantação precoce e intensiva tem como objetivo alcançar a remissão da doença e evitar danos irreversíveis e perda da funcionalidade.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio dos Componentes Básico e Especializado da Assistência Farmacêutica, disponibiliza a pacientes com AR medicamentos tanto para as fases iniciais de tratamento quanto para as intermediárias e avançadas.

Os medicamentos são divididos em não-biológicos (sintéticos) e biológicos. Ambos são demasiadamente caros, custeados pelo SUS e necessitam de monitorização periódica do paciente. Segundo o Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRATS) de 2012, o custo anual de um paciente tratado com, por exemplo, Adalimumabe é de R\$ 29.211,12, com Etanercepte é de R\$ 29.568,00 e com Infliximabe é de R\$ 20.460,60.

Alguns países da Europa atentos aos elevados custos dessa doença, desenvolveram cadastros nacionais de doentes reumáticos que estejam em tratamento com medicamentos biológicos e não biológicos, exemplo do Reuma.pt em Portugal. Assim como no Brasil, alguns centros já realizam o atendimento de forma estruturada e sistemática, dos pacientes com AR, viabilizando a formação de bancos de dados. Desta forma, pode-se assegurar a monitorização da eficácia e segurança destas terapêuticas visando a melhoria dos cuidados de saúde prestados aos doentes, além de reduzir custos ao Sistema Público de Saúde e contribuir para promover estudos científicos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a mudança na qualidade de vida dos pacientes com artrite reumatoide (AR) atendidos no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Criar um banco de dados dos pacientes com AR atendidos no HUAC;
- b) Identificar as características demográficas dos pacientes com AR;
- c) Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde;
- d) Orientar o uso racional de medicamentos.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Quanto à gravidade da doença, a AR costuma ser dividida em leve, moderada e grave. O diagnóstico precoce e o início imediato do tratamento são fundamentais para o controle da atividade da doença e para prevenir incapacidade funcional e lesão articular irreversível. Cerca de 70% dos pacientes com doença ativa desenvolvem alterações articulares dentro dos dois primeiros anos da doença (MONTEIRO & ZANINI, 2008).

De acordo com Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide de Ministério da Saúde (MS) de 2013, o tratamento medicamentoso de AR inclui o uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), glicocorticoides, medicamentos modificadores do curso da doença (MMCD) - sintéticos e biológicos - e imunossupressores. O uso seguro desses fármacos exige o conhecimento de suas contraindicações absolutas. Nas várias recomendações de tratamento medicamentoso dos pacientes com AR, o acompanhamento sistemático com progressão de medicamentos em caso de falha terapêutica é considerado estratégia custo-efetiva, uma vez que mantém os pacientes laboralmente ativos, melhorando a capacidade funcional e a qualidade de vida a um custo aceitável para doenças crônicas em estudos realizados em alguns países.

Ainda de acordo com o Protocolo do MS de 2013, a administração de MMCD deve ser iniciada no momento do diagnóstico de AR e avaliações clínicas frequentes, a cada 30 a 90 dias, são recomendadas.

Atualmente, os medicamentos padronizados são: analgésicos, anti-inflamatórios, medicamentos modificadores do curso da doença e agentes biológicos. Em 2013, o MS manteve os agentes biológicos já dispensados pelo SUS (adalimumabe, etanercepte e infliximabe) e incluiu mais cinco representantes desta classe (golimumabe, certolizumabe pegol, rituximabe, abatacepte e tocilizumabe) (Ministério da Saúde. Portaria nº 24, 10 de setembro de 2012).

Os medicamentos utilizados no tratamento da AR são caros, oneram o Sistema de Saúde Pública (SUS), porém são necessários para o controle e progressão da doença. Com relação aos valores, segundo Buendgens *et al.* (2013), o custo direto médico total foi R\$ 2.045.596,55/ano, correspondendo a R\$

19.860,16 por paciente/ano e setor público foi responsável por 73,6% do custo direto médico total e por 79,3% do custo com a aquisição de medicamentos. Monteiro *et al.* (2008), concluíram que o uso do metotrexato em monoterapia foi o mais custo/efetivo (R\$ 113.900,00 por paciente em 48 meses), seguido pelo paciente refratário (R\$ 1.554.483,43), aquele que utiliza a tripla terapia e depois o biológico (R\$ 1.701.286,76), o paciente intolerante ao metotrexato (R\$ 2.629.919,14), e por fim o resultado daquele que iniciaria o tratamento já com o infliximabe mais metotrexato (R\$ 9.292.879,31).

Sem tratamento adequado, o curso da doença é progressivo, determinando deformidades decorrentes da lassidão ou ruptura dos tendões e das erosões articulares. Entre os achados tardios, podem-se identificar desvio ulnar dos dedos ou “dedos em ventania”, deformidades em “pescoço de cisne” (hiperextensão das articulações interfalangeanas proximais - IFP e flexão das interfalangianas distais - IFD), deformidades em “botoeira” (flexão das IFP e hiperextensão das IFD), “mãos em dorso de camelo” (aumento de volume do punho e das articulações metacarpofalangeas - MCF com atrofia interóssea dorsal), joelhos valgus (desvio medial), tornozelos valgus (eversão da articulação subtalar), hálux valgo (desvio lateral do hálux), “dedos em martelo” (hiperextensão das articulações metatarsofalangianas - MTF e extensão das IFD), “dedos em crista de galo” (deslocamento dorsal das falanges proximais com exposição da cabeça dos metatarsianos) e pés planos (arco longitudinal achatado).

Outro ponto importante, na ausência de tratamento adequado e avaliação periódica, são as alterações anatômicas irreversíveis da AR, que levam ao afastamento laboral de uma população na faixa etária potencialmente produtiva, que ao invés de produzir irão onerar o Sistema Previdenciário. Alguns estudos já sinalizaram em números nesse sentido, como *Junior et al.* em 2007, que analisaram 650 pacientes com AR e concluíram que somente 31% destes estavam trabalhando formalmente, e o restante ou realizavam somente atividades domésticas ou estavam afastados ou desempregados.

Com relação aos marcadores de qualidade de vida e atividade da doença, a maioria dos estudos recomenda a utilização dos questionários de qualidade de vida (HAQ) e de indicadores de atividade de doença, como o DAS 28, para acompanhar a eficácia terapêutica. Esses indicadores fornecem medidas

quantitativas que podem originar instrumentos mensuráveis, tanto para uma análise objetiva do quadro da doença como para permitir que as avaliações apresentem um menor componente de subjetividade. Além disso, essas avaliações poderão ser empregadas em estudos clínicos, fornecendo parâmetros para análises posteriores. Deve-se ressaltar que vários estudos mostraram que medidas de qualidade de vida, como o HAQ, podem ser utilizadas como preditores de comprometimento funcional articular e de maior risco de morbidades associadas à artrite reumatoide (WOLFE & CATHEY, 1991; SOKKA *et al.*, 2004), permitindo assim um controle adequado da evolução da doença e do uso racional de medicamentos, bem como a elaboração perfil clínico epidemiológico destes pacientes.

Portanto, concluímos que o estudo foi executável dentro da nossa realidade qual seja, ambulatório de Reumatologia do HUAC, e também de suma importância para a Saúde Pública, seja do ponto de vista econômico como social.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 DESENHO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo descritivo longitudinal, no qual foram analisados os aspectos clínico-epidemiológicos e o impacto da AR na qualidade de vida dos destes pacientes atendidos na Unidade de Reumatologia do HUAC.

4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no ambulatório especializado de Reumatologia do Hospital Universitário Alcides Carneiro, em Campina Grande, Paraíba, no período de agosto de 2014 a julho de 2015.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A amostra estudada foi por conveniência, não probabilística, no qual o N foi determinado pelo número de participantes que preencheram os critérios de inclusão durante o período de coleta de dados. Pacientes com AR que já realizavam acompanhamento nos ambulatórios de Reumatologia e pacientes novos encaminhados para seguimento.

4.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- a) Pacientes com AR de acordo com os critérios de classificação do Colégio Americano de Reumatologia (ACR-1987);
- b) Pacientes com início de doença acima dos 16 anos de idade;
- c) Pacientes com AR acompanhados no serviço de Reumatologia do HUAC;

4.3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- a) Pacientes menores de 18 anos;

- b) Pacientes que não concordarem com a pesquisa ou que não assinarem o TCLE;
- c) Pacientes com artrite classificado como outra doença;
- d) Pacientes com sobreposição de doenças reumatológicas.

4.4 VARIÁVEIS CLÍNICAS E DEMOGRÁFICAS (APÊNDICE 1)

Foi utilizado um questionário contemplando informações de identificação, dados demográficos, nível social e morbidades associadas, declaradas pelo paciente e identificadas no prontuário.

Variáveis:

- a) Idade;
- b) Gênero;
- c) Renda familiar;
- d) Peso corpóreo;
- e) Profissão;
- f) Co-morbidades (hipertensão arterial, diabetes mellitus, osteoporose, tireoidopatia);
- g) Tempo de doença;
- h) Tempo de diagnóstico;
- i) Presença do fator reumatoide;
- j) Presença de anti-CCP;
- k) Presença de envolvimento extra-articular;
- l) Medicamentosos utilizados;
- m) Realizou cirurgias restauradora;
- n) Realiza algum tipo de programa de reabilitação.

4.5 AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE DA DOENÇA (ANEXO A)

A atividade de doença foi avaliada através do Disease Activity Score, DAS-28, que é uma ferramenta de fácil aplicação, extensivamente utilizada para o acompanhamento da resposta à terapia ou refratariedade ao tratamento, auxiliando na manutenção ou troca do esquema terapêutico. A realização do

cálculo foi feita de forma gratuita pelo endereço eletrônico, <http://www.das-score.nl/>.

4.6 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (ANEXO B)

Como instrumento de avaliação do impacto da AR na qualidade de vida dos pacientes foi utilizada a versão traduzida e validada para a língua portuguesa do questionário Health Assessment Questionnaire (HAQ) (FERRAZ, 1990). O HAQ é um instrumento específico de qualidade de vida desenvolvido por Fries et al. (1980), para permitir a avaliação do estado funcional (deficiência) de parâmetros de estado de saúde em ensaios terapêuticos envolvendo pacientes com AR e na prática clínica diária. O índice de deficiência é avaliado por oito categorias, relacionadas às atividades do dia a dia, para cada uma dessas categorias, o paciente indica o grau de dificuldade em quatro possíveis respostas que vão de “nenhuma dificuldade = 0” até “incapaz de fazê-lo = 3”. A pontuação final do HAQ é a média das pontuações das oito categorias.

4.7 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Foi realizada uma análise estatística descritiva, mediante o uso de valores absolutos e relativos para os dados categóricos, e para os dados numéricos, calcularam-se os valores de tendência central, variabilidade, média, porcentagem e desvio padrão.

Em seguida, os valores foram distribuídos em gráficos e tabelas para facilitar o entendimento.

As variáveis quantitativas foram categorizadas em tercis ou em variáveis dicotômicas e se considerou um nível de significância de 95% ($p < 0,05$). A magnitude da associação se verificou através da razão de prevalência para cada uma das variáveis independentes em relação à variável dependente. Todos os testes estatísticos foram realizados por meio do *software* Excell® e *software* SPSS 20.0®.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS (ANEXO C)

Esse estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), do HUAC, da Universidade Federal de Campina Grande, através da Plataforma Brasil no dia 25/11/2014, sob o número 38202614.7.0000.5182.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com AR atendidos no ambulatório especializado de Reumatologia do HUAC. No primeiro contato, os pacientes foram informados sobre a pesquisa e convidados a participar. Diante da motivação positiva, respondiam o questionário sobre o perfil clínico e demográfico, a avaliação da qualidade de vida (HAQ), atividade de doença atual (DAS28), assim como assinavam o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Durante o seguimento, foram aplicados novamente os questionários DAS28 e HAQ.

Participaram da pesquisa 67 pacientes, dos quais 64 (95,5%) eram mulheres, havendo uma relação mulheres/homens de 21:1 (tabela 2). De acordo com Laurindo (2004), a maior prevalência da Artrite Reumatoide ocorre no sexo feminino (3:1), contudo nosso trabalho apresentou uma relação bem superior (tabela 2). A média de idade foi de 57 anos (mínima 27 e máxima 78).

Tabela 2. Perfil clinicodemográfico

Características clínicas e demográficas	Valores
Sexo feminino/masculino	64 (95,5%) /3 (4,5%)
Média de idade em anos (Md + DP)	57,0 ± 11,47
Tempo de doença em anos (Md +DP)	10,0 ± 7,39
Presença de fator reumatoide	SIM (56,5%)/NÃO (43,5%)
Presença de anti CCP	SIM(17,54%)/NÃO(7,01%)/NR (75,43%)
Programa de Reabillitação	SIM (90,32%)/ NÃO (9,68%)
Manifestação extra-articular	SIM (32,20%)/ NÃO (67,79%)
Tabagismo	SIM (30,00%)/ NÃO (70,00%)

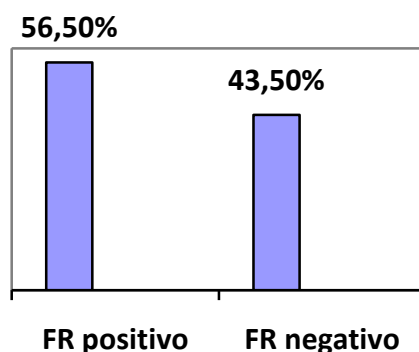
*NR não realizado

A maioria com renda familiar de até dois salários mínimos (82,25%), classe social E de acordo com o IBGE, com ensino fundamental incompleto 53,7% (tabela 3) e fora do mercado de trabalho (50% “do lar”). A média de tempo da doença foi de 10,8 anos (mínimo 0,5 e máximo 32), aqueles com AR \leq 1 ano foram 5 pacientes, de 2 a 3 anos 5 pacientes e de \geq 4 anos 57 pacientes. A presença de manifestações extra-articulares foi observada em 32,2%, predominando dos nódulos reumatóides (Tabela 2).

Tabela 3. Escolaridade dos entrevistados em números absolutos e relativos

Variável	Categoria	n	%
Escolaridade	Analfabeto	11	16,4%
	Fundamental incompleto.	36	53,7%
	Fundamental completo	7	10,4 %
	Médio	10	14,9%
	Superior	3	4,47%
	Pós-graduação	0	0,0%

Laboratorialmente, o fator reumatóide (FR) apresentou-se positivo em 56,5% (gráfico 1) dos pacientes, dentro do descrito pela literatura. Como surge Werner (2002), o FR está presente em 70% a 90% dos pacientes reumatóides. No entanto, o FR está positivo em 33% dos pacientes na fase inicial da doença, e sua especificidade é de 59% a 65%. Apesar de não ser um marcador para diagnóstico, tem grande importância em relação ao prognóstico, pois pacientes com títulos altos e persistentes do mesmo têm maior gravidade e pior prognóstico.

Gráfico 1 – Distribuição em porcentagem da presença de FR

Com relação ao tratamento medicamentoso, 54 pacientes (80,59%) faziam uso de fármacos modificadores do curso da doença (MMCD), onde 7 deles utilizavam agentes biológicos e 9 só estavam tomando medicamentos sintomáticos como corticoides em baixa dose, anti-inflamatórios não esteroidais ou analgésicos. Apenas 5 (7,46%) estavam frequentando programas de reabilitação.

Com relação à avaliação de capacidade funcional, evidenciou-se na avaliação inicial que 16 pacientes (23,8%) apresentavam deficiência funcional leve, 22 (32,8%) deficiência moderada e 29 (43,2%) deficiência grave. A média foi de 1,55 (intervalo 0,00 – 3,00). Os pacientes foram acompanhados por um período que variou entre 40 dias e 180 dias, com intervalo médio de 152 dias.

Muitos estudos têm utilizado o instrumento HAQ, de modo que é possível fazer comparações entre os resultados obtidos neste estudo com outras populações de pacientes com diagnóstico de AR inicial.

Os estudos publicados demonstram uma ampla variação da média do HAQ na avaliação inicial, mas a média do escore encontrado na maioria delas gira em torno de 1 (WOLFE & CATHEY, 1991; WOLFE *et al.*, 2003), valor inferior ao encontrado em nossa população. Em nosso estudo, a média do escore do HAQ na avaliação inicial foi de 1,54, caindo para 1,38 após um média inferior a 152 dias de acompanhamento, o que corresponde a um decréscimo de 11% para uma população de 35% dos pacientes. Já os pacientes que foram avaliados acima de 152 dias (65%) a média do HAQ caiu de 1,57 para 1,32 o que representa uma queda um pouco maior, qual seja 16% (tabela 4). Esse resultado mais expressivo

quando se aumenta o tempo de acompanhamento parece demonstrar uma proporcionalidade direta entre tempo de acompanhamento e a evolução da qualidade de vida dos pacientes acompanhados no ambulatório de Artrite Reumatoide do Hospital Universitário Alcides Carneiro.

Tabela 4. Escores dos questionários HAQ dos 67 pacientes com diagnóstico de AR inicial em acompanhamento no HUAC

TEMPO DE TRATAMENTO		Escore
ABAIXO DE 152 DIAS	HAQ INICIAL	1,5421
	HAQ FINAL	1,3821
ACIMA DE 152 DIAS	HAQ INICIAL	1,5719
	HAQ FINAL	1,3263

Seis grandes estudos envolvendo pacientes com AR inicial, do Reino Unido – NOAR14 e ERAS –, 15 Suécia, França e Holanda (MOTA *et al.*, 2010), mostram que o comportamento do HAQ apresenta uma “curva em J”, observando-se uma queda inicial do escore do HAQ, seguido por um aumento gradual ao longo dos anos. Nesses estudos, a média do escore do HAQ inicial foi de 0,92 (variando de 0,63 a 1,3). Após três anos, a média caiu para 0,74, mas subsequentemente aumentou até 0,83, no quinto ano.

Segundo Mota *et al.* (2010), uma possível explicação para essa “curva em J” é que o paciente com AR tem uma incapacidade considerável antes do início do tratamento. A terapia com AINE e MMCD inicialmente melhora a sinovite e a incapacidade a ela associada.

No entanto, a limitação funcional aumenta lenta e progressivamente à medida que o dano articular e outras manifestações da doença progridem (MOTA *et al.* (2010). Em nosso estudo, a melhora do escore do HAQ foi rápida (grande decréscimo do escore já nos primeiros seis meses de acompanhamento). Contudo, não temos dados para comparar a evolução da curva de HAQ, já que nossa pesquisa durou cerca de 6 meses.

Para o DAS28, não houve melhora significativa para aqueles pacientes acompanhados por menos de 152 dias. A média observada foi de 4,8 (mínima 2,25 e máxima 7,65), onde 5,9% (n = 4) estavam em remissão, 14,9% (n = 10) com atividade leve e 35,8% (n = 24) com atividade moderada.

Para aqueles acompanhados por mais de 152 dias, houve uma melhora discreta da atividade de doença. Provavelmente o acompanhamento a longo prazo poderia trazer melhores resultados.

6 CONCLUSÕES

O estudo foi de extrema importância, pois proporcionou uma visão sociodemográfica e epidemiológica, se não bastasse isso podemos ainda afirmar, que ele foi inédito por se tratar do interior do Nordeste Brasileiro.

Foram observados:

- a) baixo nível social;
- b) ausência de inserção dos pacientes em trabalho formal;
- c) baixa escolaridade.

Em relação à AR foram identificadas:

- a) elevada positividade do FR;
- b) presença de manifestações extra-articulares.

Os resultados relacionados aos dados sociodemográficos e da AR caracterizam a amostra como de prognóstico desfavorável, precisando de acompanhamento rigoroso destes pacientes, além da necessidade de melhora nas políticas de saúde pública e econômica para beneficiar esta população tão carente socialmente.

Ficou evidente que a AR tem um grande impacto sobre a função e a qualidade de vida dos pacientes, gerando diversos problemas sociais, dentre eles o desemprego e o isolamento social. A maioria dos pacientes encontrava-se em alta atividade de doença e com a qualidade de vida comprometida, o que reforça a necessidade de acompanhamento periódico e multidisciplinar, além do enfoque na melhoria da acessibilidade aos medicamentos e programas de reabilitação.

Nessa população de pacientes com AR, observaram-se alterações importantes em relação ao impacto na qualidade de vida no momento do diagnóstico, conforme avaliado pelos questionários HAQ e DAS28. O tratamento precoce da AR e o acompanhamento regular com profissionais capacitados parecem se associar à melhora da qualidade de vida relacionada com a saúde relatada pelo paciente.

REFERÊNCIAS

1. AVOUAC, J. Gossec L, Dougados M. Diagnostic and predictive value of anti-cyclic citrullinated protein antibodies in rheumatoid arthritis: a systematic literature review. *Ann Rheum Dis*, 65:845–51, 2006.
2. BUENDGENS, F. B.; BLATT, C. R.; MARASCIULO, A. C. E.; LEITE, S. N.; FARIAS, M. R. Estudo de custo-análise do tratamento da artrite reumatoide grave em um município do Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29 Sup:S81-S91, 2013.
3. FERRAZ, M.B.; Tradução para o português e validação do questionário para avaliar a capacidade funcional “Stanford Health Assessment Questionnaire” Doutorado [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; Escola Paulista de Medicina, 1990.
4. Fries JF, Spitz P, Kraines G, Holman H. Measurement of Patient Outcome in Arthritis. *Arthritis Rheum* 1980; 23:137-45.
5. GABRIEL, S. E.; CROWSON, C. S.; FALLON, W. M. Mortality in RA: have we made an impact in 4 decades? *J Rheumatol*, 26: 2529-33, 1999.
6. HARRIS, J. E. D. Clinical features of rheumatoid arthritis. In: Harris ED, Budd R, Genovese M, Firestein G, Sargent J, Sledge C, editors. *Kelley’s textbook of rheumatology*. 7thEd. Philadelphia: Elsevier Saunders, p. 1043-100, 2005;
7. LAURINDO, IMM et al . Artrite reumatóide: diagnóstico e tratamento. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo , v. 44, n. 6, p. 435-442, Dec. 2004 .
8. LEE D. M.; WEINBLATT, M.E. Rheumatoid arthritis. *Lancet*, 358:903-11, 2001.
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 24, 10 de setembro de 2012. Torna pública a decisão de incorporar os medicamentos golimumabe, certolizumabe pegol, rituximabe, abatacepte e tocilizumabe, bem como a manutenção dos medicamentos infliximabe, adalimumabe e etanercepte para o tratamento da artrite reumatoide no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2012; 11 set.
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 710, 27 de junho de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide. Diário Oficial da União 2013; 28 jun.

11. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SCTIE nº 66, de 6 de novembro de 2006. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – artrite reumatoide. Diário Oficial da União 2006; 7 nov.
12. MONTEIRO, R.D.C; ZANINI, A.C. Análise de custo do tratamento medicamentoso da artrite reumatoide. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, vol. 44, n. 1, jan./mar., 2008.
13. MOTA, Licia Maria Henrique da et al. Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia 2011 para o diagnóstico e avaliação inicial da artrite reumatoide. *Rev. Bras. Reumatol.* 2011, vol.51, n.3, pp. 207-219.
14. PINCUS, T.; BROOKS, R. H.; CALLAHAN, L. F. Prediction of long-term mortality in patients with rheumatoid arthritis according to a simple questionnaire and joint count measures. *Ann Intern Med*, 120: 26-34, 1994.
15. SENNA, E. R.; BARROS, A. L.; SILVA, E. O.; COSTA, I. F.; PEREIRA, L. V.; CICONELLI, R. M. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. *J Rheumatol*, 31:594-7, 2004.
16. SOKKA, T.; HAKKINEN, A.; KRISHNAN E.; HANNONEN, P. Similar prediction of mortality by the health assessment questionnaire in patients with rheumatoid arthritis and the general population. *Ann Rheum Dis*, 63: 494-7, 2004.
17. WOLFE, F.; CATHEY M. A. The assessment and prediction of functional disability in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 18: 1298-306, 1991.
18. WOLFE, F.; KLEINHEKSEL, S. M.; CATHEY, M. A.; HAWLEY, D. J.; SPITZ, P. W.; FRIES J. F. The clinical value of the Stanford Health Assessment Questionnaire functional disability index in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*, 15(10):1480-1488, 1998.
19. WOLFE, F.; MICHAUD, K.; CHOI, H. K. Predicting mortality in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*, 48: 1530-42, 2003;
20. WENER M.H.; Rheumatoid Factors. Manual of clinical Laboratory Immunology. Rose NR, et al. (eds.). American Society for microbiology Press: 961-72, 2002.
21. MOTA, L. M. H.; LAURINDO, I. M. M.; SANTOS NETO, L. L. Avaliação prospectiva da qualidade de vida em uma coorte de pacientes com artrite

reumatoide inicial. Rev. Bras. Reumatol., São Paulo , v. 50, n. 3, p. 249-261, June 2010.

APÊNDICE 1 - Questionário 1 (Clínico-demográfico)

Nome: _____

Sexo: Masculino Feminino

Idade: _____ **Peso:** _____

Procedência: _____

Profissão: _____

Renda familiar: até 2 SM 2 a 4 SM 4 a 10 SM 10 a 20 SM acima 10 SM

Escolaridade: Analfabeto Ens. Fund. Inc. Ens. Fund. Com. Ens. Méd. Inc. Ens. Méd. Com. Sup. Inc. Sup. Com.

1- Apresenta alguma comorbidade (HAS, DM, osteoporose etc)? Não Sim
Qual(ais)? _____

2- Ano de início da doença: _____ **Tempo de doença:** _____

3- Tempo até o diagnóstico: _____

4- Presença de fator reumatoide? Não Sim

5- Presença de anti CCP? Não Sim Não realizado

6- Presença de envolvimento extra-articular? Não Sim

Local: _____

7- Programa de reabilitação? Não Sim

Qual(ais): _____

8- Cirurgia de Atroplastia? Não Sim

Joelho Quadril Metacarpofalangeana Ombro Outra

9- Medicação atual para a AR? Não Sim

(Medicamento/dose)

METOTREXATO _____ LEFLUNOMIDA _____

PREDNISONA _____ CICLOSPORINA _____

HIDROXICLOROQUINA _____ SULFASSALAZINA _____

AZATIOPRINA E CICLOFOSFAMIDA _____

Agentes biológicos: a. Bloqueadores de TNF

- ADALIMUMABE _____ INFLIXIMABE _____
- ETANERCEPTE _____ GOLIMUMABE _____
- CERTOLIZUMABE _____
- b. Depletor de linfócito B: RITUXIMABE _____
- c. Bloqueador da coestimulação do Linfócito T: ABATACEPTE _____
- d. Bloqueador do receptor de IL-6: TOCILIZUMABE _____

APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa:

“PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa **“PERFIL CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO”**, realizada na Unidade de Reumatologia do HUAC. O objetivo da pesquisa é “caracterizar epidemiologicamente os pacientes com Artrite Reumatoide atendidos no Hospital Universitário Alcides Carneiro”. A sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma: respondendo a um questionário clínico/demográfico (1), escore de atividade de doença – DAS 28 (2) e qualidade de vida – HAQ (3). Não será submetido a exames ou medicamentos, portanto, não há nenhum risco para o(a) senhor(a).

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo o(a) senhor(a) recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios serão a criação de um banco de dados padronizado com todos os pacientes submetidos a pesquisa, contendo dados de admissão e progressão da doença, e posteriormente o perfil clínico e epidemiológico, que servirá para desenvolver ou aprimorar políticas de saúde pública na área, bem como melhorar o atendimento e tratamento dos pacientes.

Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar, como, na Rua Carlos Chagas S/N, São José, Campina Grande-PB, Unidade Acadêmica de Ciência Médicas, dentro do Hospital

Universitário Alcides Carneiro, telefone ou pelo email ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Hospital Univeristário Alcides Carneiro, na Rua Carlos Chagas S/N, São José, Campina Grande-PB.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Mat. SIAPE: _____ – RG _____ SSP-PB

Participante:

RG:

Testemunhas: _____

Nome: _____ RG: _____

Nome: _____ RG: _____

Campina Grande (PB), ____ de _____ de 2014.

Anexo A - ESCORE DE ATIVIDADE DA DOENÇA – DAS28

Número de articulações edemaciadas, considerando as 28 articulações	
Número de articulações dolorosas, considerando as 28 articulações	
Velocidade de hemossedimentação	
Escala visual analógica para avaliação global da doença pelo doente	
Resultado	

DAWN VISUAL DAS28 CALCULATOR
DAS 28 - Disease Activity Score Calculator for Rheumatoid Arthritis

Enter Patient ID (for printing):

Joint Scores

Tender:

Swollen:

To enter joint scores, I prefer to:

Use Mannequin

Type totals

Additional Measures

ESR: mm/hr

CRP: mg/l

Patient Global Health: mm

0 - Best Worst - 100

DAS28

FORMULA: $DAS28(4) = 0.56 \cdot \sqrt{t28} + 0.28 \cdot \sqrt{sw28} + 0.70 \cdot \ln(ESR) + 0.014 \cdot GH$ Reference: <http://www.das-score.nl>

INTERPRETAÇÃO DOS VALORES

Valores	Atividade da doença
< 2,6	Remissão
2,6 a 3,2	Atividade leve
> 3,2 a 5,1	Atividade moderada
> 5,1	Atividade intensa

Anexo B - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Health Assessment Questionnaire – HAQ (0 a 3)

Nº	Atividade	Sem dificuldade	Com alguma dificuldade	Com muita dificuldade	Incapaz de fazer
1.	Vestir-se, inclusive amarrar os cordões dos seus sapatos, abotoar suas roupas?				
2.	Lavar sua cabeça e seus cabelos?				
3.	Levantar-se de uma maneira ereta de uma cadeira de encosto reto e sem braços?				
4.	Deitar-se e levantar-se da cama?				
5.	Cortar um pedaço de carne?				
6.	Levar à boca um copo ou uma xícara cheia de café, leite ou água?				
7.	Abrir um saco de leite comum?				
8.	Caminhar em lugares planos?				
9.	Subir cinco degraus?				
10.	Lavar seu corpo inteiro e secá-lo após o banho?				
11.	Tomar um banho de chuveiro?				
12.	Sentar-se e levantar-se de um vaso sanitário?				
13.	Levantar os braços e pegar um objeto de mais ou menos 2,5 kg, posicionado um pouco acima de sua cabeça?				
14.	Curvar-se para pegar suas roupas no chão?				
15.	Segurar-se em pé no ônibus ou no metrô?				
16.	Abrir potes ou vidro de conserva que tenham sido previamente abertos?				
17.	Abrir e fechar torneiras?				

18.	Fazer compras na redondeza onde mora?				
19.	Entrar e sair de um ônibus?				
20.	Realizar tarefas tais como usar a vassoura para varrer e o rodo para puxar água?				

INTERPRETAÇÃO DOS VALORES

Há 20 perguntas em oito categorias: vestir, levantar, comer, andar, higiene, alcançar, agarrar e atividades habituais. As respostas recebem as pontuações da seguinte forma, sem dificuldade=0, com alguma dificuldade=1, com muita dificuldade=2 e incapaz de fazer=3. Considera-se o maior valor de cada categoria, a seguir realiza-se a média das 8 categorias e o valor obtido é interpretado conforme a tabela abaixo:

Valores (HAQ)

0 – 1	Deficiência leve
> 1 – 2	Deficiência moderada
> 2 - 3	Deficiência grave

ANEXO C - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO

Pesquisador: EVÂNIA CLAUDINO QUEIROGA DE FIGUEIREDO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38202614.7.0000.5182

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 893.027

Data da Relatoria: 25/11/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa que tem como objetivo principal elaborar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com artrite reumatoide atendidos no ambulatório de Reumatologia do Hospital Universitário Alcides Carneiro, a partir da criação de banco de dados baseado na variáveis clínico-demográficas, questionário de qualidade de vida (HAQ) e escore de atividade da doença (DAS 28). Para atingir tais objetivos será criado um ambulatório específico para acompanhamento destes pacientes, com agendamento facilitado, onde serão aplicados questionários de qualidade de vida, escore de atividade da doença e orientação quanto o uso racional dos medicamentos esperando ao fim do mesmo poder Elaborar um perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com artrite reumatoide que servirá para nortear políticas pública de saúde, reduzindo custos ao sistema de saúde e previdenciário

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Criar um banco de dados dos pacientes com Artrite Reumatoide atendidos no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC).

Objetivo Secundário:

Formar um ambulatório específico para o atendimento de pacientes com AR. Identificar as

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 893.027

características demográficas dos pacientes com AR. Elaborar o perfil clínico epidemiológico dos pacientes com AR atendidos no HUAC. Calcular a atividade de doença dos pacientes com AR. Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde. Realizar acompanhamento trimestral de cada paciente com AR. Facilitar o acesso ao atendimento ambulatorial através de agendamento próprio. Revisar a terapêutica medicamentosa dos pacientes, enfatizando o uso racional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa é somente observacional e não implica na adição de qualquer exame ou a administração de qualquer medicação. Assim, não haverá risco para os participantes.

Benefícios:

O benefício desse estudo é o de coletar os dados que irão ajudar a melhorar continuamente o atendimento e o tratamento de artrite reumatoide, diminuindo as sequelas da doença.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem relevância social e científica, pois, busca acolher os pacientes portadores de artrite reumatoide que procuram o ambulatório do HUAC possibilitando-lhes um acompanhamento especializado com fim de possibilitar uma melhor assistência terapêutica e formar banco de dados para possibilitar novas pesquisas e com posteriores publicações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta os seguintes termos de apresentação obrigatória:

- 1) Autorização institucional da diretoria geral do HUAC;
- 2) Folha de Rosto;
- 3) TCLE;
- 4) Cronograma de execução;
- 5) Orçamento para execução;

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente projeto não apresenta pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 693/07

Considerações Finais a critério do CEP:

A partir da análise da relatoria o protocolo foi considerado aprovado ad referendum.

CAMPINA GRANDE, 01 de Dezembro de 2014

Assinado por:
SHEILA MILENA PESSOA DOS SANTOS
(Coordenador)

Endereço: Rua. Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5546 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE

ANEXO VI

Ata da Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)

As 08h35 horas do dia 01/11/16 nas dependências do Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, realizou-se a defesa do TCC intitulado:

Análise de qualidade de vida de pacientes com síndrome coronariana

de autoria do(s) aluno(s):

Édler Freire de S. Pinheiro
Martimelly Araújo de S. Pereira
sendo orientado(s) por:
Caroline Gonçalves Albuquerque de Figueiredo

E Co orientador:

Estiveram presentes, os seguintes componentes da Banca Examinadora:

Mauro Tenório Nascimento Siqueira
Marcelo Travençolo Fernandes

Iniciados os trabalhos, o Presidente da Banca Examinadora, Professor(a) - Orientador(a) sorteou o aluno:

Édler Freire
passando a palavra ao mesmo para iniciar a apresentação, que teve 30 minutos para fazê-lo. A apresentação durou 25 minutos, após a qual foi iniciada a discussão e arguição pela Banca Examinadora. A seguir, os discentes retiraram-se da sala, para que fosse atribuída a nota. Como resultado, a Banca resolveu aprovar o trabalho, conferindo a nota final de 10. Não havendo mais nada a tratar, deu-se por encerrada a sessão e lavrada a presente ata que vai assinada por quem de direito.

Campina Grande, 01/11/2016

Orientador

Titular 1

Titular 2

Suplente

Caroline Gonçalves Albuquerque de Figueiredo
Marcelo Travençolo Fernandes
Mauro Tenório Nascimento Siqueira

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

Av. Juvêncio Arruda 795 - Bodocóimã - Campina Grande - Paraíba - CEP 58109-700