



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM-UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MARIA DANIELLY BENÍCIO DE ARAÚJO

**PREVALÊNCIA DE DOENÇAS AUTOIMUNES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

CAJAZEIRAS – PB

2017

MARIA DANIELLY BENÍCIO DE ARAÚJO

PREVALÊNCIA DE DOENÇAS AUTOIMUNES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Luciana Moura de Assis

CAJAZEIRAS – PB

2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764
Cajazeiras – Paraíba

A659p Araújo, Maria Danielly Benício de.
Prevalência de doenças autoimunes na atenção primária à saúde /
Maria Danielly Benício de Araújo. - Cajazeiras, 2017.
66f.: il.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Moura de Assis.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2017.

1. Doenças autoimunes. 2. Sistema imunológico. 3. Imunologia. 4.
Atenção primária a saúde. I. Assis, Luciana Moura de. II. Universidade
Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV.
Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 612.017

MARIA DANIELLY BENÍCIO DE ARAÚJO

PREVALÊNCIA DE DOENÇAS AUTOIMUNES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Luciana Moura de Assis

Aprovada em: 20/09/17

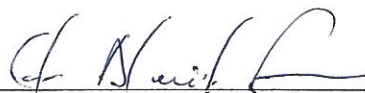
BANCA EXAMINADORA



Prof^ª/Dra. Luciana Moura de Assis
Universidade Federal de Campina Grande-UFCG/UAENF
Orientadora



Prof^ª. Esp. Gerlane Cristinne Bertino Vêras
Universidade Federal de Campina Grande-UFCG/UAENF
1º Membro



Prof. Dr. Eder Almeida Freire
Universidade Federal de Campina Grande-UFCG/UAENF
2º Membro

Cajazeiras – PB

2017

Dedico este trabalho a meus pais e minhas avós, que são meus pilares e inspiração de vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado forças e saúde para superar todas as dificuldades.

Agradeço a meus pais por sempre me apoiarem nas minhas escolhas, me incentivarem e nunca me deixarem desistir dos meus sonhos.

A minhas avós Francisca e Tereza por terem sido pessoas tão importantes na minha vida, meus exemplos de bondade, humildade e generosidade.

Aos meus amigos Wanderlânia, Dayanny, Jéssica, Léia, Jhyenyfer, Gabriela, Vanessa, Daliane, Dialisom, Meison, Authierlys, Gercina, Symone, Rafaele, Érica, Kimbily, Bruna, Gleyce, Carol, Leandra, Claudia, Tallyta e Graziela por sempre estarem do meu lado e contribuírem no meu crescimento como pessoa, pelas palavras de conforto nos momentos difíceis, pelo ombro amigo ofertado. Vocês são meus presentes. A todos vocês meu muito obrigada.

As minhas tias que sempre me apoiaram, me confortaram e acreditaram no meu potencial.

A minha orientadora, professora Luciana Moura de Assis, pela atenção, compreensão, dedicação para comigo, por essa amizade construída durante esses anos de vida acadêmica, sua confiança no meu potencial como pessoa e futura profissional, além da sua responsabilidade e incentivo ao meu crescimento profissional. É exemplo de mulher, de profissional, de ser humano, e sou grata eternamente pela honra de tê-la como minha orientadora.

A Douglas, por me dar força e ajudar em todos os momentos que passei até aqui e sei que nos próximos.

Aos meus colegas Cícera, Paloma, Vanessa, Carla, Lana e Daniele por me ajudarem e apoiarem durante a coleta e construção desse trabalho.

A Anderson, que por mais que já não esteja entre nós, durante os momentos que passamos juntos, sempre me apoiou e me incentivou.

A toda a turma 2017.1 por todos os momentos que passamos juntos, nas alegrias e tristezas e vitórias compartilhadas.

Às Agentes Comunitárias de Saúde, Cláudia e Laurenny, por seu tempo dedicado a mim, simpatia, disponibilidade e acompanhamento durante as visitas realizadas.

A todos os usuários da Unidade Básica de Saúde pela disponibilização para a pesquisa, por contribuírem no meu enriquecimento como pessoa e profissional. Foi um prazer conhecê-los e fico eternamente grata pelo carinho ofertado durante as coletas.

A todos os meus professores, por terem me proporcionado saberes e terem me ajudado a crescer e me influenciarem positivamente como pessoa e como futura profissional.

*“Aquilo que se faz por amor está sempre além
do bem e do mal”.*

(Friedrich Nietzsche)

ARAÚJO, M D. B. **Prevalência de doenças autoimunes na atenção primária de saúde**. 2017. p.69. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Unidade Acadêmica de Enfermagem, Cajazeiras-PB, 2017.

RESUMO

As doenças autoimunes surgem a partir de falhas do sistema imunológico em discernir entre os antígenos estranhos e do próprio hospedeiro. Essas doenças geram diversas manifestações, deixando o sujeito vulnerável ao aparecimento de lesões graves e diversos sinais e sintomas que demoram certo tempo para emergirem. Dificultando o seu diagnóstico, conseqüentemente, seu tratamento e piorando o seu prognóstico. Nessa perspectiva, torna-se importante o estudo sobre a prevalência das doenças autoimunes, buscando compreender a importância clínica e econômica que envolve essas patologias. O objetivo deste estudo foi identificar a prevalência de doenças autoimunes na atenção primária de saúde. Trata-se de um estudo observacional, de base documental com delineamento transversal, de caráter descritivo e com abordagem quantitativa. Realizado no município de Cajazeiras/Paraíba. A amostra foi composta por 232 participantes cadastrados na atenção primária de saúde do município, obedecendo aos critérios de inclusão do estudo. Para coleta dos dados utilizou-se um questionário semiestruturado e prontuário da Unidade Básica de Saúde. Os dados foram analisados no *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 22.0. Foram consideradas as observâncias éticas contempladas nas diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa envolvendo seres humanos - Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob Número: 2.131.831. Identificou-se no estudo, a prevalência de 2,16% de pessoas com doenças autoimunes, sendo o lúpus eritematoso sistêmico a doença mais prevalente (0,86%), seguido de artrite reumatóide, tireoidite de Hashimoto e púrpura trombocitopênica idiopática (0,43%). Verificou-se a ocorrência predominantemente no gênero feminino, com faixa etária entre 43-72 anos, em pessoas pardas e que não trabalham. A hiperpigmentação, a falta de energia, dor e sensibilidade no corpo, e edema nas mãos e pés foram os sinais/sintomas mais frequentes, observada em todas as pessoas acometidas com esses distúrbios. A predisposição genética é vista como fator de risco para o desenvolvimento de tais doenças (60%). Conclui-se que o estudo de prevalência das doenças autoimunes na Atenção Primária de Saúde é capaz de proporcionar informações imprescindíveis para o manejo dos pacientes com tais enfermidades. Para isso, é essencial que os profissionais de saúde estejam aptos a identificar fatores de risco para o desenvolvimento desses distúrbios, assim como terem um olhar clínico para a identificação precoce das doenças e manifestações clínicas apresentadas pelas mesmas. Além disso, devem estar preparados para orientar e acompanhar os pacientes com seu quadro clínico, pois, dessa forma, estará colaborando positivamente na qualidade de vida das pessoas acometidas por essas doenças.

Palavras-chave: Doenças autoimunes. Prevalência. Atenção primária de saúde.

ARAÚJO, M D. B. **Prevalence of autoimmune diseases in primary health care.** 2017. p.69. Monography (Bachelor of Nursing) - Federal University of Campina Grande, Center for Teacher Training, Nursing Academic Unit, Cajazeiras-PB, 2017.

ABSTRACT

Autoimmune diseases arise from failures of the immune system in discerning between the foreign antigens and of their own host. These diseases generate several manifestations, leaving the subject vulnerable to the appearance of serious lesions and several signs and symptoms that take some time to emerge. Hindering its diagnosis, consequently, the treatment and worsening its prognosis. From this perspective, it becomes important to study the prevalence of autoimmune diseases, trying to understand the clinical and economic importance that involves these pathologies. The objective of this study was to identify the prevalence of autoimmune diseases in primary health care. This is an observational, documentary analysis study with a cross-sectional, descriptive and quantitative approach held in the municipality of Cajazeiras / Paraíba. The sample consisted of 232 participants enrolled in the primary health care of the municipality, obeying the inclusion criteria of the study. For data collection was used a semi-structured questionnaire and medical record of the Unidade Básica de Saúde. The data were analyzed in the *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) version 22.0. It was considered the ethical observances included in the guidelines and regulatory standards for research involving human beings - Resolution 466/12 of the Conselho Nacional de Saúde. The project was evaluated and approved by the Comitê de Ética em Pesquisa of the Universidade Federal de Minas Gerais under Number: 2,131,831. It was identified in the study, a prevalence of 2.16% of people with autoimmune diseases, systemic lupus erythematosus being the most prevalent disease (0.86%), followed by rheumatoid arthritis, Hashimoto's thyroiditis and idiopathic thrombocytopenic purpura (0.43%). The occurrence was predominantly in the female gender, with ages ranging from 43-72 years, in brown and non-working persons. The hyperpigmentation, lack of energy, pain and tenderness in the body, and edema in the hands and feet were the most frequent signs and symptoms observed in all people affected by these disorders. Genetic predisposition is seen as a risk factor for the development of such diseases (60%). It is concluded that the study of the prevalence of autoimmune diseases in Primary Health Care is able to provide essential information for the management of patients with such diseases. For this, it is essential that health professionals be able to identify risk factors for the development of these disorders, as well as to have a clinical view for the early identification of the diseases and clinical manifestations presented by it. Moreover, they should be prepared to guide and accompany the patients with their clinical condition, because, in this way, it will be positively collaborating in the quality of life of people affected by these diseases.

Keywords: Autoimmune diseases. Prevalence. Primary health care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Prevalência de DAI segundo as variáveis demográficas e socioeconômicas dos participantes da pesquisa. Cajazeiras/PB, 2017.	33
Tabela 2. Descrição dos dados relativos aos sinais e sintomas mais frequentes em pessoas com DAI e comuns aos tipos de DAI. Cajazeiras/PB, 2017.	39
Tabela 3. Descrição dos dados relativos aos fatores de risco em pessoas com DAI – Cajazeiras/PB, 2017.	43
Tabela 4. Descrição dos dados relativos aos hábitos alimentares como fatores de risco em pessoas com DAI – Cajazeiras/PB, 2017.	45

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Prevalência das doenças autoimunes em duas microáreas de da UBS Populares/PAPS. Cajazeiras/PB, 2017.	37
Gráfico 2. Distribuição dos indivíduos com DAI conforme o tempo de diagnóstico da doença Cajazeiras/PB, 2017.	38

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAc	Autoanticorpos
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ANCA	Anticorpo Anticitoplasma de Neutrófilo
AR	Artrite Reumatóide
AVD	Atividades de Vida Diária
CFP	Centro de Formação de Professores
DAI	Doenças Autoimunes
DM1	Diabetes Mellitus Tipo 1
DR	Doenças Raras
EM	Esclerose Múltipla
EUA	Estados Unidos da América
GW	Granulomatose de Wegener
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRC	Insuficiência Renal Crônica
LES	Lúpus Eritematoso Sistêmico
MG	Miastenia Gravis
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAPS	Posto de Assistência Primária a Saúde
PR	Policondrite Recidivante
PTI	Púrpura Trombocitopênica
ROT	Reflexos Osteotendinosos

SCS	Síndrome de Churg-Strauss
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SS	Síndrome de Sjögren
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TH	Tireoidite de Hashimoto
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL.....	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
3.1 DOENÇAS AUTOIMUNES.....	20
3.2 EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS AUTOIMUNES	21
3.3 FATORES ASSOCIADOS ÀS DOENÇAS AUTOIMUNES.....	21
3.4 SINAIS E SINTOMAS DAS DOENÇAS AUTOIMUNES	22
3.4.1 Lúpus Eritematoso Sistêmico	23
3.4.2 Artrite Reumatóide	23
3.4.3 Tireoidite de Hashimoto	24
3.4.4 Diabetes Mellitus tipo I (DMI)	24
3.4.5 Púrpura Trombocitopênica Idiopática	24
3.4.6 Miastenia Gravis	25
3.4.7 Esclerose Múltipla	25
3.4.8 Síndrome de Sjögren	25
3.4.9 Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada	25
3.4.10 Policondrite Recidivante (PR)	26
3.5 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AS DOENÇAS AUTOIMUNES	26
4 METODOLOGIA	28
4.1 DESENHO DO ESTUDO	28
4.2 LOCAL DO ESTUDO	28
4.3 POPULAÇÃO/AMOSTRA	29
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO	30
4.5 INSTRUMENTO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	30
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	31
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	31
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
5.1 CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E SOCIOECONÔMICA DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA E COM DAI.....	33

5.1 PREVALÊNCIA DAS DOENÇAS AUTOIMUNES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE CAJAZEIRAS	36
5.2 CARACTERIZAÇÃO REFERENTE AOS SINAIS E SINTOMAS DOS INDIVÍDUOS COM DAÍ.....	39
5.4 CARACTERIZAÇÃO REFERENTE AOS FATORES DE RISCO EM PESSOAS COM DAÍ.....	43
5.4.1 Caracterização referentes aos hábitos alimentares das pessoas com DAI	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
APÊNDICES.....	60
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	60
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: QUESTIONÁRIO.....	63
ANEXOS.....	66
ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA	66
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	67

1 INTRODUÇÃO

O sistema imunológico define-se por um conjunto de componentes responsáveis pela resistência do nosso organismo, prevenindo e/ou combatendo doenças infecciosas. Nesse sentido, uma característica principal desse sistema é a sua capacidade de distinguir antígenos próprios do não-próprio, ou seja, tolerar os antígenos inerentes ao próprio hospedeiro e responder somente a antígenos estranhos. No entanto, quando surgem falhas nesses mecanismos de tolerância, ocorre o que chamamos de autoimunidade, responsável por desencadear diversos tipos de Doenças Autoimunes (DAI) (ABBAS, 2012).

Por sua vez, as DAI são definidas como um conjunto de manifestações associadas a alterações do sistema imunológico, deixando o sujeito vulnerável ao aparecimento de lesões graves e diversos sinais e sintomas que demoram um longo período de tempo para emergirem (GARCEZ, 2014).

Para fins de classificação, a Organização Mundial da Saúde (OMS) inseriu as DAI no grande grupo das Doenças Raras (DR) por se tratarem de enfermidades com ampla variedade de sinais e sintomas, que variam de indivíduo para indivíduo, e de doença para doença, dificultando o estabelecimento do seu diagnóstico (BRASIL, 2014).

Na maioria das vezes, a pessoa com distúrbios autoimunes passa meses ou até mesmo anos percorrendo os diversos tipos de serviços de saúde, submetendo-se a diagnósticos muitas vezes errôneos. É nesse sentido que a atenção primária ganha papel importante no percurso do seu diagnóstico, pois é ela a responsável pela suspeita, encaminhamento/referenciamento a serviços de atenção especializada para outros serviços de saúde. Além disso presta, em especial, informações sobre a doença, apoio às pessoas e às famílias com tais patologias (BRASIL, 2012; BRASIL 2014).

A confirmação do diagnóstico das DAI pode ser feita através das manifestações clínicas, características genéticas, histológicas e serológicas, na qual se inclui a pesquisa de autoanticorpos (AAc) (GARCEZ, 2014; MARQUES, 2011).

Para compreender a importância clínica, econômica e a saúde pública que envolve essas doenças, é necessário ter estimativas de prevalência e incidência das patologias na população. Contudo, estudos das DAI e de sua prevalência no Brasil são insuficientes. Estima-se, de acordo com Marques (2011), que a prevalência das DAI seja cerca de 3% em toda a população nos Estados Unidos da América (EUA).

Dessa forma, surgem os seguintes questionamentos: qual a prevalência de doenças autoimunes na atenção primária de saúde de Cajazeiras/PB? Qual o perfil sociodemográfico dos indivíduos com doenças autoimunes cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde de Cajazeiras? Quais sinais/sintomas são mais prevalentes entre as doenças identificadas? Quais os fatores de riscos para as doenças autoimunes?

Diante da preocupação, justifica-se a escolha do tema pela necessidade de buscar mais conhecimentos nessa temática que ainda é muito escasso, atualizar os dados já existentes, além de subsidiar os próximos estudos que surgirão no que diz respeito às doenças autoimunes.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar a prevalência de doenças autoimunes na atenção primária à saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o perfil sociodemográfico dos indivíduos com doenças autoimunes cadastrados na atenção primária à saúde;
- Verificar a prevalência de doenças autoimunes em microáreas atendidas pelos agentes comunitários de saúde em Cajazeiras;
- Descrever os sinais/sintomas mais prevalentes entre as doenças autoimunes identificadas;
- Reconhecer os fatores de riscos para as doenças autoimunes.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 DOENÇAS AUTOIMUNES

O sistema imunológico é responsável pela defesa do corpo contra organismos/antígenos invasores, não respondendo contra estruturas/antígenos próprios e, portanto, mantendo a homeostase do corpo. Essa falta de resposta aos antígenos próprios do indivíduo é chamada de autotolerância e a perda do controle dos mecanismos que mantém essa tolerância é conhecida como autoimunidade, resultando no desenvolvimento de Doenças Autoimunes (ABBAS, 2007).

Dessa forma, as doenças autoimunes são resultantes do ataque do sistema imunológico a estruturas do próprio organismo humano, ou seja, o organismo perde a sua capacidade de distinguir entre o que faz parte dele e o que é estranho e potencialmente danoso (SOUZA, et al., 2010).

De acordo com Murphy, Travers e Walport (2010), as DAI são classificadas em doenças autoimunes específicas, aquelas na qual a autoimunidade é restrita a um órgão em específico do corpo e em doenças autoimunes sistêmicas, que afetam diversos órgãos e evoluem para uma cronicidade, devido não ser possível remover todos os autoantígenos.

Nas doenças órgão-específicas, os autoantígenos de um ou poucos órgãos específicos são o alvo. Nesse sentido, a doença é limitada a esses órgãos. Como exemplos de doenças órgão-específicas temos o Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1), Tireoidite de Hashimoto (TH), Miastenia Gravis (MG), a Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI), Vasculite causada por anticorpo anticitoplasma de neutrófilo (ANCA), o Pênfigo Vulgar, a Anemia Hemolítica Autoimune, Síndrome de Goodpasture, Febre Reumática Aguda, Doença de Graves (hipertireoidismo), Anemia Perniciosa, Doença autoimune de Addison e Vitiligo. Todas são caracterizadas por resposta a um ou mais antígenos que estejam restritos a certos tecidos ou células. (ABBAS, 2008; MURPHY, TRAVERS e WALPORT, 2010).

Os exemplos mais comuns de doenças autoimunes sistêmicas são: o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), Artrite Reumatóide (AR), Doença do Soro, Glomerulonefrite pós-estreptocócica, Miocardite autoimune, Poliartrite nodosa, Esclerose múltipla (MG), Dermatopolimiosite e a Síndrome primária de Sjögren. Nessas doenças, vários antígenos nucleares, citoplasmáticos e de membrana celular já foram identificados como alvos da resposta autoimune (ABBAS, 2008).

3.2 EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS AUTOIMUNES

Estima-se que existam cerca de 80 doenças de caráter autoimune. A prevalência das doenças autoimunes, especificando uma individualmente, é rara. No entanto, na coletividade, estima-se que as doenças autoimunes acometam aproximadamente 5% da população na Europa Ocidental e na América do Norte, e os dados sobre sua incidência nos países que estão em desenvolvimento ainda não existem (GELLER e SCHEINBERG, 2005).

Entre as doenças autoimunes cuja prevalência é mais conhecida, destaca-se o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), uma doença multissistêmica que possui distribuição universal. Nos Estados Unidos, estudos afirmam que na população Norte-Americana, a estimativa é de que 16.000 a 80.000 pessoas sejam diagnosticadas com a doença. A incidência por ano varia entre 2 e 8 casos para cada 100 mil habitantes e a prevalência varia entre 14,6 a 122 casos por 100 mil habitantes. Na Europa, estudos estimam que seja entre 20 e 60 casos por 100 mil habitantes, afetando em maior grau, o gênero feminino (LERNER; JEREMIAS; MATTHIAS, 2015; CONDE et al., 2009).

No Brasil, as principais doenças que acometem a população, são as doenças imunes que afetam o sistema endócrino, como a DM1 e a Tireoidite de Hashimoto, com um aumento significativo de 6.3 (± 4.2) por ano (LERNER; JEREMIAS; MATTHIAS, 2015).

As médias de aumento de incidência e prevalência por ano em todo o mundo são 19 ($1 \pm 43,1$) e 12,5 ($\pm 7,9$), respectivamente. Ao agrupar as doenças por categorias, as que mais aumentam por ano são as doenças reumatológicas (LES, Artrite reumatóide), seguidas de doenças do sistema endócrino (DM1, Tireoidite de Hashimoto), sistema gastrointestinal (doença celíaca) e neurológica (Miastenia Grave, esclerose múltipla) (LERNER; JEREMIAS; MATTHIAS, 2015).

3.3 FATORES ASSOCIADOS ÀS DOENÇAS AUTOIMUNES

A frequência das doenças autoimunes aumentou significativamente nos últimos 30 anos, ocorrendo um aumento principalmente nos países industrializados, o que põe em análise os fatores que colaboram para o aumento da incidência. Além dos fatores genéticos, relacionados a características inerentes ao próprio indivíduo, os fatores ambientais associados a alimentação, infecções e ao aumento do estresse, contribuem para um aumento das doenças autoimunes (LERNER; JEREMIAS; MATTHIAS, 2015; SOUZA et al., 2010).

Os fatores genéticos são importantes na susceptibilidade das doenças autoimunes. Porém, mesmo o indivíduo sendo susceptível, na maioria das vezes é necessário um agente que desencadeia a ação para que a autorreatividade aconteça. As infecções, por sua vez, são importantes no processo de perda da autotolerância por diversos fatores, seja por causar dano tecidual e necrose celular, seja por ativação policlonal de células T e B, seja por mimetismo molecular ou, pela ativação das células imunocompetentes, que propiciam as exacerbações das respostas imunológicas (SOUZA et al., 2010).

A alimentação está associada à autoimunidade, visto que a frequência de comportamentos alimentares disfuncionais podem levar ao desenvolvimento de alguma doença autoimune como a doença celíaca, que é precipitada pela ingestão de glúten, levando o paciente a necessitar de uma dieta restritiva e específica (SILVA; FURLANETTO, 2010).

O estresse causado pela prática de atividades físicas de alto rendimento geram alterações neuroendócrinas e cardiovasculares, aumentando a liberação de adrenalina, glicocorticóides e noradrenalina, modificando a homeostase e causando malefícios a saúde, desencadeando o surgimento de doenças e disfunções do sistema imunológico (FONSECA, GONÇALVES e ARAÚJO, 2015). O estresse tem sido frequentemente associado como fator desencadeador da doença autoimune. A resposta hormonal decorrente ao estresse se dá através da ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, que exerce uma resposta imune tipo Th2, o que aumenta a imunidade humoral e suprime a celular, como no caso da doença tireoidiana autoimune (SGARBI e MACIEL, 2009).

No que diz respeito aos fatores hormonais e sua ligação com a autoimunidade, não apenas os estrogênios e androgênio, mas a prolactina e a vitamina D apresentam um papel importante na autoimunidade. Na célula B, a prolactina e os estrogênios são imunoestimuladores que levam à maturação e seleção das células B autorreativas e, conseqüentemente, à produção de autoanticorpos, o que pode acarretar no surgimento da doença autoimune como o Lúpus (MENDES, 2010).

3.4 SINAIS E SINTOMAS DAS DOENÇAS AUTOIMUNES

As doenças autoimunes são diagnosticadas por meio de manifestações clínicas, associadas a características bioquímicas, histológicas, genéticas e serológicas (MARQUES, 2011).

3.4.1 Lúpus Eritematoso Sistêmico

Papadimitraki, et al. (2004) e Gusmão et al. (2014) afirmam que dentre as doenças reumáticas de etiologia autoimune, lúpus eritematoso sistêmico (LES), policondrite recidivante (PR), granulomatose de Wegener (GW), síndrome de Sjögren (SS) e síndrome de Churg-Strauss (SCS), os sintomas auditivos, nasais, laríngeos e oculares podem ser a primeira manifestação.

De acordo com Narciso (2014) e Araújo e Traverso-Yeppez (2007), o LES é uma doença inflamatória, que possui a capacidade de atingir diversas partes do corpo, principalmente a pele, aparecendo o *rash* malar (asa de borboleta) na face, artrite, febre, queda de cabelo, fadiga, perda de peso, além de complicações cardíacas, pulmonares e neurológicas.

Os resultados obtidos nos estudos de Papadimitraki et al. (2004) e Viggiano (2008) apontam que a nefrite lúpica é uma importante manifestação do LES, que afeta aproximadamente metade dos pacientes e podendo evoluir para insuficiência renal crônica (IRC) e que alterações tireoidianas são mais prevalentes nos pacientes com LES do que no resto da população. De acordo com Conde et al. (2009) a principal complicação em pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é a síndrome infecciosa, seguida de insuficiência renal e fenômenos tromboembólicos.

3.4.2 Artrite Reumatóide

Goeldner et al. (2011) nos seus estudos, afirmam que a AR possui caráter simétrico crônico e é identificada por sinovite com envolvimento das articulações das mãos e punhos, contudo, tornozelos, joelhos, ombros, cotovelos, também podem ser comprometidos. As manifestações podem surgir em qualquer idade, porém, é mais frequente na quarta e quinta décadas de vida. O surgimento de sinais e sintomas são variáveis, partindo de manifestações simples a mais graves e destrutivas como uma poliartrite progressiva.

O caráter crônico e destrutivo da doença segundo Mota et al. (2013) leva o indivíduo a limitações funcionais, com prejuízo da qualidade de vida, a menos que o diagnóstico seja feito na fase inicial. Além de deformidade irreversível e de limitação funcional, pessoas com AR e de quadro avançado da doença apresenta menor probabilidade de sobrevida.

3.4.3 Tireoidite de Hashimoto

As principais manifestações clínicas são os de hipotireoidismo, havendo interferência no metabolismo geral do organismo, o que leva o indivíduo a desenvolver bradicardia, hipertensão, pele fria, queda dos pelos/cabelos, edemas, diminuição da fase de relaxamento dos reflexos osteotendinosos (ROT) (SILVA et al., 2011; VIEIRA, CARRILHO, CARVALHEIRO, 2008).

3.4.4 Diabetes Mellitus tipo I (DMI)

As manifestações iniciais da DM1 são características. Dentre os primeiros sintomas encontramos a perda de peso, polifagia, polidipsia, desidratação, lesões de difícil cicatrização, infecções recorrentes, fadiga e poliúria (SANTOS, 2013).

Segundo Mont-Serrat et al. (2008) a maioria das crianças com doença celíaca e DM1 apresentam formas subclínicas da doença. Contudo, a baixa estatura para idade (raquitismo), deficiência de ferro e ácido fólico, baixo peso, fraqueza muscular, episódios frequentes de hipoglicemia podem ser as únicas manifestações da doença, na qual os sintomas clássicos como dor abdominal e diarreia podem não estarem presentes.

3.4.5 Púrpura Trombocitopênica Idiopática

Nas crianças e adolescentes, a apresentação clínica típica é a ocorrência de sangramentos em pacientes vistos previamente como saudáveis. Há história de processos infecciosos virais antes do início do quadro clínico. Os sangramentos dependem das contagens de plaquetas, e incluem equimoses, petéquias, sangramento gengival, nasal. Contudo, a recuperação da quantidade de plaquetas ocorre na forma aguda espontaneamente, enquanto que nos adultos, a recuperação espontânea não é comum, acontecendo na minoria dos casos (KRETTLI et al., 2011; SANTANA et al., 2013).

3.4.6 Miastenia Gravis

A Miastenia Gravis (MG) provoca fraqueza e dores musculares nos pacientes principalmente após esforço físico. Os sinais e sintomas incluem pálpebra caída, expressões faciais, fala, mastigação comprometidas devido ao envolvimento dos músculos faciais e bulbares serem afetados. A fraqueza dos músculos respiratórios dificulta a respiração, colocando o paciente em risco de vida (MARQUES, 2011).

3.4.7 Esclerose Múltipla

No que diz respeito à Esclerose Múltipla (EM), os sintomas encontrados com mais frequência nas pessoas acometidas por essa patologia são a fadiga, astenia, perda da força muscular, inflamação do nervo óptico, rigidez dos membros, tremor parkinsoniano e dor (PEDRO e PAIS-RIBEIRO, 2006).

3.4.8 Síndrome de Sjögren

Na síndrome de Sjögren (SS), a boca seca (xerostomia) e olhos secos são sintomas característicos. Os pacientes frequentemente exibem secura nos lábios, língua e faringe e como consequência, ficam com a sensação dolorosa e de ardor da mucosa, dificultando a fala, mastigação, deglutição e digestão dos alimentos (GUSMÃO et al., 2014).

As manifestações oculares na SS estão relacionadas à redução da secreção lacrimal, sendo mais frequentes na forma secundária do que as manifestações orais. Os pacientes podem não apresentar sintomas até queixarem-se de limitações nas atividades de vida diária (AVD), com diminuição na qualidade de vida (FERBERG e DANTAS, 2006; BARBOZA, et al., 2008).

3.4.9 Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada

Segundo Mota e Santos (2010) o acometimento dos sintomas da síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada pode variar e o paciente pode sentir cefaléias, febre baixa, confusão mental,

psicose, fraqueza muscular, meningismo, hemiparesia, entre outros. Essa variação é decorrente de uma inflamação da membrana aracnóide.

3.4.10 Policondrite Recidivante (PR)

A característica principal dessa doença é a inflamação e destruição das cartilagens nasal, articular, auricular e laringotraqueal. Eventualmente, olhos, coração, rins e vasos sanguíneos também podem ser acometidos (CAVALCANTI, et al., 2007).

Geralmente, as manifestações iniciais são otorrinolaringológicas que englobam ouvido, nariz e laringe são partes anatômicas mais acometidas, e os episódios recorrentes de inflamação das cartilagens podem evoluir com deformidades nasais e auriculares. O envolvimento do trato respiratório geralmente é tardio e raro (GUIMARÃES, SANTOS e OLIVEIRA, 2008).

3.5 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AS DOENÇAS AUTOIMUNES

A atenção primária à saúde é a porta de entrada do sistema, atuando como pilar de comunicação entre os diversos âmbitos de atenção. Ela abrange ações individuais e coletivas que objetivam a promoção da saúde, prevenção de agravos, reabilitação e manutenção da saúde, diagnóstico, tratamento, com a meta de realizar uma atenção que influencie na integralidade, promova mudanças na autonomia das pessoas e melhore a situação de saúde na qual os indivíduos se encontram (BRASIL, 2012).

Esse serviço deve localizar-se próximo às dependências da população, de forma a garantir e facilitar o acesso da população a ser assistida. A atenção básica é constituída por uma equipe multidisciplinar que atende às necessidades de saúde identificadas na população. Possuindo as funções de sintetizar a gestão compartilhada da atenção integralizada, a identificação de riscos, demandas, necessidades de saúde dos indivíduos, utilizando de diversas formas do cuidar (BRASIL, 2012).

De acordo com Brasil (2014) é na atenção primária que os indivíduos com doenças raras, dentre elas as DAIs, devem possuir acompanhamento pela equipe multiprofissional e interdisciplinar, apoio adequado a partir das necessidades individuais de cada paciente, durante e após a confirmação diagnóstica. Além disso, a orientação adequada sobre a patologia, tratamento, formas de lidar com as diferentes situações geradas, reabilitação e

adaptação, apoio familiar e reinserção social, são ações realizadas nesse serviço, proporcionando assim um cuidado integral.

A Portaria GM/MS nº 199, de 30 de janeiro de 2014, estabelece a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e com isso, as doenças autoimunes ganham na atenção primária um acompanhamento de rotina na atenção básica de acordo com a orientação dos serviços de atenção especializada (BRASIL, 2014).

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, de base documental com delineamento transversal, de caráter descritivo e com abordagem quantitativa.

No estudo observacional se realiza medições e análise de fatos, dentre outros procedimentos, para coletar os dados. Contudo, o investigador não desempenha qualquer intervenção que interfira no desfecho natural dos mesmos, atuando dessa forma como um observador de fenômenos (FONTELLES et al., 2009).

Segundo Gerhardt e Silveira (2009) a pesquisa documental utiliza fontes diversificadas, realizados através de documentos, contemporâneos e retrospectivos, considerados autênticos com a finalidade de comparar os fatos sociais.

No entanto, o delineamento transversal constitui estudos que consideram a situação de uma população em um determinado momento (ROUQUAYROL e ALMEIDA, 2006). Esses estudos permitem a descrição de uma situação em um determinado momento, além de analisar esta situação (ARAGÃO, 2011).

A pesquisa descritiva tende a apresentar as características de uma população, ou estabelecer relações entre variáveis. Abrangendo a utilização de técnicas padrões para a coleta de dados, como o questionário e a observação sistemática (KAUARK, MANHÃES e MEDEIROS, 2010).

A abordagem quantitativa busca traduzir em números opiniões e informações, para que seja possível classificá-las e analisá-las, utilizando técnicas estatísticas como, média, moda e desvio padrão, como recurso (LAKATOS e MARCONI, 2008).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Para cenário deste estudo optou-se por duas microáreas atendidas pelos agentes comunitários de saúde da Unidade Básica de Saúde – UBS – Posto de Assistência primária a saúde - PAPS do Município de Cajazeiras – PB.

O PAPS é uma estratégia de saúde da família que pertence a Universidade Federal de Campina Grande e possui parceria pública com a prefeitura de Cajazeiras. Buscando ofertar a

população assistida, serviços de assistência médica, de enfermagem, odontológico e psicológico.

Cajazeiras é uma cidade situada na região do alto sertão da Paraíba, cerca de 447 Km da capital João Pessoa. O município ocupa uma área de 565,899 km² e sua população estimada, é de 62.187 habitantes (IBGE, 2017).

O município de Cajazeiras conta com 23 unidades básicas de saúde, cada uma delas composta por uma equipe mínima de saúde que inclui: um médico, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).

A unidade básica de saúde PAPS presta assistência a cerca de 800 famílias, envolvendo cerca de 3000 habitantes. A UBS Populares possui seis microáreas, sendo elas distribuídas em quatro na zona urbana e duas na zona rural. As atividades desenvolvidas na unidade buscam prestar uma assistência de qualidade para os atores sociais assistidos, baseando-se nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

A UBS Populares/PAPS foi selecionada para fazer parte deste estudo por ser uma unidade de ensino, formação e pesquisa, na qual discentes de diversos cursos da área de saúde seja enfermagem, medicina, técnico de enfermagem e/ou saúde bucal, vinculados ao Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande (CFP/UFCG) atuam sobre a supervisão direta da equipe, desenvolvendo atividades voltadas para as famílias residentes nessa área, o que facilita no atendimento dos objetivos propostos pela pesquisa e traz benefícios para a população.

4.3 POPULAÇÃO/AMOSTRA

População é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum. Amostra é uma porção ou parcela, convenientemente selecionada dos habitantes. É um subconjunto do universo (LAKATOS e MARCONI, 2010). A população do estudo corresponde a todos os indivíduos/família de duas microáreas atendidas pelas ACS's da UBS Populares/PAPS da cidade de Cajazeiras, Paraíba.

Para a determinação da amostra, foi considerado um universo de 1.179 indivíduos que fazem parte das duas microáreas selecionadas da UBS e que conta com duas ACS que concordaram em colaborar na coleta de dados. Para o cálculo amostral foi utilizada a fórmula: $n = (z^2 \cdot p \cdot q \cdot N) / e^2 \cdot (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q$; na qual: n = tamanho da amostra; z = coeficiente

de confiança; N = tamanho da população; e = erro amostral percentual; p = proporção de ocorrência do fenômeno em estudo; q = porcentagem complementar ($1 - p$). Para este cálculo será considerado um erro amostral de 5%, um intervalo de confiança de 95% e uma prevalência baseada na literatura de Geller e Scheinberg (2005) equivalente a 5%, gerando uma amostra de 232 participantes.

A distribuição dos participantes entre as microáreas escolhidas deu-se através de uma escolha de forma aleatória, com a finalidade de garantir que todos os indivíduos abrangentes das microáreas possuíssem a mesma probabilidade de serem incluídos na pesquisa.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

Como critério de inclusão no estudo, o indivíduo devia residir em uma das microáreas selecionadas para o estudo e ser cadastrado na UBS Populares/PAPS da cidade de Cajazeiras, Paraíba.

Enquanto que, os critérios de exclusão estabelecidos foram: prontuários/fichas com informações incompletas e/ou ilegíveis; presença de incapacidade física e/ou mental em responder ao instrumento da pesquisa; indivíduos que estiverem ausentes da residência durante a visita para coleta de dados e aqueles que se recusarem a participar da pesquisa.

4.5 INSTRUMENTO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de junho de 2017, através de um questionário semiestruturado aplicado junto com as ACS's durante as visitas domiciliares, para fazer um levantamento de quais pacientes possuem alguma doença autoimune, quais os sinais e sintomas e quais os fatores de risco contribuintes para a doença e posteriormente através da análise dos prontuários desses indivíduos visitados.

No estudo de Gerhardt e Silveira (2009), o questionário semiestruturado reúne um conjunto de questões elaboradas sobre o tema pelo próprio pesquisador. Contudo, permite ao entrevistado que fale livre e espontaneamente sobre os assuntos que vão surgindo com o decorrer das perguntas.

Nesse estudo, as variáveis utilizadas foram: gênero (masculino e feminino); raça/cor da pele (branca, preta, parda); escolaridade (analfabeto, ensino fundamental incompleto,

ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo); situação conjugal (solteiro, casado, viúvo, separado); naturalidade (estado de origem); renda salarial (inferior a um salário mínimo, de um a dois salários mínimos, mais de dois); filhos (sim ou não); profissão que exercem; religião (católica, evangélica, espírita ou outra).

No que diz respeito às variáveis das doenças, se possui alguma doença autoimune (LES, AR, DM1, EM, MG, Vitiligo, Doença Celíaca, Tireoidite de Hashimoto), a quanto tempo foi diagnosticado com a doença (um ano, dois a quatro, cinco a sete, oito a dez ou acima de dez anos) e se possui alguma outra doença.

Na questão de sinais e sintomas, a presença de febre recorrente, suores noturnos, perda de cabelo (alopecia), rouquidão, xerostomia, fraqueza muscular, hiperpigmentação, falta de energia, presença de constipação, tontura, dentre outros sinais e sintomas.

As variáveis sobre os fatores de risco abrangeram a hereditariedade. Se algum familiar possuía alguma DAI; se fumava (nunca, raramente, semanalmente ou diariamente); consumo de álcool (nunca, raramente, semanalmente ou diariamente); aparecimento de infecções (nunca, raramente, semanalmente ou diariamente). Se o trabalho deixava-o irritado (nunca, raramente, semanalmente ou diariamente); cansaço físico (nunca, raramente, semanalmente ou diariamente); preocupações e receios com o futuro (nunca, raramente, semanalmente ou diariamente). No quesito alimentação, quantas frutas consumia; frituras; verduras e legumes; alimentos que possuem glúten.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após a realização da coleta, os dados foram analisados e organizados em planilhas do Excel, e depois analisados através de estatística descritiva, utilizando o *software* IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22,0. Após a análise, os dados foram apresentados em gráficos e tabelas.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Em relação aos aspectos éticos, a pesquisa atendeu as observâncias éticas que estão presentes na Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, especialmente, no que diz

respeito à dignidade humana, protegendo os participantes da pesquisa, mantendo sigilo e confidencialidade sobre os dados coletados, os mantendo no anonimato e respeitando os valores éticos, morais, sociais e religiosos (BRASIL, 2013).

O estudo iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, sob o Número do Parecer: 2.131.831 e após prévia autorização do secretário de saúde, responsável pela Atenção Primária à Saúde do município de Cajazeiras, Paraíba. A participação na pesquisa foi iniciada mediante esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) o qual explica minuciosamente todos os passos da pesquisa, garantindo-lhe anonimato e total sigilo quanto às informações fornecidas, bem como ao direito de participarem ou não do estudo.

Os riscos desta pesquisa estiveram relacionados às perguntas que podiam gerar desconfortos, receios, estresse, constrangimentos durante a coleta dos dados, sendo minimizados pela pesquisadora, promovendo e garantindo confiabilidade e sigilo total quanto à sua identidade.

A pesquisa acarretou em benefícios e apresentou acréscimos a estudantes da área de saúde e à população que é carente em informações sobre as doenças autoimunes, refletindo na qualidade de vida dos que apresentam a enfermidade, além da relevância para as futuras pesquisas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise dos dados, os resultados da pesquisa foram agrupados para se ter uma melhor apresentação das informações e compreensão da temática estudada, ficando dispostos em quatro itens: 1. Caracterização demográfica e socioeconômica dos participantes da pesquisa e com DAI; 2. Prevalência das doenças autoimunes na atenção primária de Cajazeiras; 3. Apresentação dos sinais/sintomas das DAI identificadas; 4. Fatores de riscos para as doenças autoimunes.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E SOCIOECONÔMICA DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA E COM DAI

Na tabela 1 está distribuído os dados referentes o perfil sociodemográfico dos participantes. Dos 232 participantes da pesquisa, a maioria 158 (68,1%) era do gênero feminino e apresentaram uma idade que variou entre três a 84 anos, com média de idade de 40,5 anos ($\pm 20,08$), caracterizando uma população adulta. Sendo a faixa etária de 33-42 anos a mais frequente, abrangendo 55 (23,7%) dos indivíduos, seguida pela faixa etária de 22-32 anos com 36 indivíduos (15,5%). A maioria dos participantes se declarou parda 161 (69,4%); 125 (53,88%) eram casados; e 119 (51,30%) possuíam entre três a cinco filhos. No que diz respeito ao grau de escolaridade, a maioria 123 (53%) dos participantes estudaram até o ensino fundamental incompleto. Em relação ao estado no qual nasceram, 198 (85,34%) eram paraibanos. Sendo que, 178 (76,72%) declararam ser católicos; 163 (70,26%) não estavam trabalhando no momento e a maioria, 149 (64,22%) possuíam renda salarial entre um a dois salários mínimos, conforme demonstrado na tabela 1.

Tabela 1. Prevalência de DAI segundo as variáveis demográficas e socioeconômicas dos participantes da pesquisa. Cajazeiras/PB, 2017.

Variáveis		Total		Com DAI	
		N	%	N	%
Gênero	Masculino	74	31,9		
	Feminino	158	68,1	5	3,16
Faixa etária (anos)	03-12	20	8,62		
	13-22	27	11,64		
	23-32	36	15,52		
	33-42	55	23,7	2	3,63
	43-52	23	9,91	1	4,34
	53-62	28	12,07	1	4,34
	63-72	29	12,5	1	4,34

	73-84	14	6,04		
Raça/Cor	Branca	64	27,58	1	1,56
	Negra	7	3,02		
	Parda	161	69,4	4	2,48
Situação conjugal	Solteiro	82	35,34	2	2,44
	Casado	125	53,88	2	1,6
	Viúvo	11	4,74		
	Separado	14	6,04	1	7,14
Filhos	Nenhum	68	29,31	1	1,47
	1 – 3	119	51,30	4	3,36
	4 - 6	33	14,22		
	> 6	12	5,17		
Escolaridade	Analfabeto	21	9		
	Fundamental incompleto	123	53	3	2,44
	Fundamental completo	14	6		
	Médio incompleto	22	9,5		
	Médio completo	30	13	1	3,33
	Superior incompleto	10	4,3		
	Superior completo	12	5,2	1	8,33
Estado de origem	Paraíba	198	85,34	5	2,52
	Ceará	19	8,19		
	Rio Grande do Norte	3	1,30		
	Pernambuco	4	1,73		
	São Paulo	2	0,86		
	Bahia	2	0,86		
	Distrito federal	2	0,86		
	Goiânia	2	0,86		
Religião	Nenhuma	16	6,9		
	Católica	178	76,72	4	2,24
	Evangélica	37	15,95	1	2,70
	Espírita	1	0,43		
Situação de emprego (trabalha)	Sim	69	29,74	1	1,44
	Não	163	70,26	4	2,45
Renda per capita (salário mínimo)	< 1 SM	77	33,19	1	1,30
	1-2 SM	149	64,22	4	2,68
	> 2 SM	6	2,59		

Fonte: Dados da pesquisa/2017.

Cinco indivíduos (2,16 %) da amostra apresentaram DAI. Todas eram mulheres com média de idade de 47,4 anos, variando entre 36 a 63 anos de idade. Com relação ao sexo, os resultados encontrados condizem com os da literatura. De acordo com Fairweather e Rose (2004), as doenças autoimunes são o terceiro tipo de doenças que mais acometem a população dos Estados Unidos, aproximadamente (5-8% dos indivíduos) o que representa 14-22 milhões de pessoas, sendo que dentre essa estimativa, 78,8% dos afetados são do gênero feminino. Em

concordância, Buening, Hendrickson e Smith (2017) afirmam que as DAI podem afetar qualquer gênero e idade, porém, a proporção de mulheres para homens é de 2:1.

Augusto (2013) por sua vez, estima que as mulheres possuem risco de 2,7 mais vezes do que o homem de adquirir uma DAI. Levando em consideração o período de surgimento desse tipo de doença nas mulheres, ela apresenta-se por volta da idade reprodutiva. E isso ocorre devido às mulheres possuírem uma diminuição na resposta citotóxica mediada pelas células *natural killer* (NK), fazendo com que o sistema imune ativado gere uma resposta pró-inflamatória pelas células Th1 e essa elevação na capacidade da resposta imunológica é uma hipótese para a maior susceptibilidade de DAI. Segundo Voskuhl (2011), as mulheres são mais suscetíveis a uma variedade de doenças auto-imunes, incluindo lúpus eritematoso sistêmico (LES), artrite reumatóide, tireoidite de Hashimoto, esclerose múltipla (EM) e cirrose biliar primária. Conforme demonstrado na tabela 1, observa-se que a frequência de DAI foi maior nos da cor parda (2,48%), nos separados (7,14%), nos indivíduos que possuíam entre um a três filhos (3,36%), e nos que estudaram o ensino superior completo (8,33%). Costa e Coimbra (2014) destacam que dentre as doenças autoimunes, o LES acomete com mais frequência os indivíduos de raça negra, com pior mortalidade. Porém, pode acontecer em todas as raças.

Neste estudo, houve predomínio dos indivíduos pardos, em concordância com os achados nos estudos de Conde et al. (2009). Os resultados diferem das características étnicas da população brasileira, na qual o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010) aponta que 47,7% da população é branca. Contudo, vale ressaltar, assim como discorre Bezerra et al. (2005) a dificuldade em classificar corretamente no nosso país a raça, devido ao alto grau de miscigenação em todo o território, e, ainda segundo Vilar, Rodrigues e Sato (2003), as questões sociais, influenciam na auto-referência que, nem sempre, corresponde à verdadeira realidade.

No que se refere ao estado civil, não há consenso na literatura sobre sua relação com o desenvolvimento das doenças autoimunes. No entanto, diferentemente da pesquisa de Guimarães, Santos e Oliveira (2008) que encontrou uma predominância de casados, neste estudo teve-se uma frequência de DAI maior nos separados (7,14%).

No que diz respeito ao estado de origem, todas as pessoas com DAI nesse estudo, são do estado da Paraíba. Percebe-se que não há na literatura discussões sobre a prevalência dessas doenças nesse estado. De acordo com Machado (2015) os estudos epidemiológicos existentes sobre as doenças autoimunes como AR e LES são provenientes dos países desenvolvidos, sendo desconhecida a real incidência dessas doenças nos países em

desenvolvimento. O Brasil, de modo geral, é um país de baixa prevalência segundo Santos (2013). Apesar disso, existem estudos sobre esclerose múltipla que indica que regiões como São Paulo e Belo Horizonte apresentam média incidência de tal patologia autoimune.

Na tabela 1 nota-se que a frequência de DAI foi proporcionalmente maior nas pessoas que seguem a doutrina evangélica (2,70%). Até o momento, não foi observado na literatura dados que relacionem religiosidade com a presença de DAI. No entanto, Souza (2009) e Zimmer et al. (2016) acreditam que as doenças trazem consigo, desequilíbrios emocionais que repercutem em todas as dimensões do indivíduo e que é na busca por esse equilíbrio que muitas pessoas procuram força por meio da fé para cuidar desses aspectos que geram benefícios importantes e tem interpretação de milagres. Ademais, para Pereira (2013) as pessoas que encontram conforto na religiosidade ficam menos isoladas e reagem de forma mais positiva diante o estresse, desenvolvendo efeitos benéficos sobre a saúde mental e sentimentos de esperança, o que ajuda a enfrentar e superar situações consideradas traumáticas.

A maioria dos participantes desta pesquisa com DAI não trabalham e possuem entre um e dois salários mínimos. Nesse contexto, Guimarães; Santos e Oliveira (2008) afirmam que as doenças autoimunes levam os indivíduos a limitações relacionadas às perdas progressivas das habilidades, devido ao comprometimento dos diversos sistemas, o que leva ao afastamento das atividades profissionais por não serem mais capazes de exercê-las ou ainda, devido a precoce aposentadoria. Esse aspecto também é comentado por Araújo e Traverso-Yépz (2007) ao observarem que o LES impediu a continuidade de alguns participantes nos seus trabalhos.

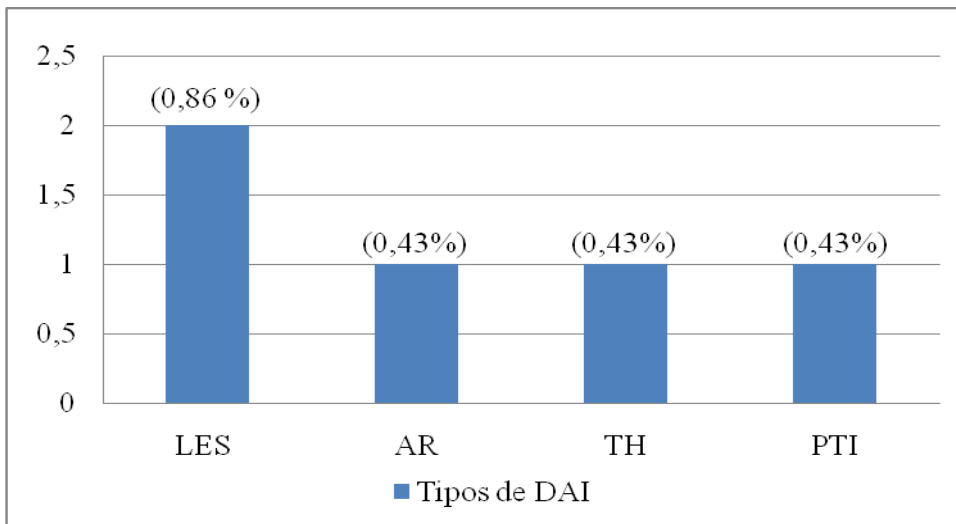
5.1 PREVALÊNCIA DAS DOENÇAS AUTOIMUNES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE CAJAZEIRAS

A prevalência de doenças autoimunes neste estudo foi de 2,16%. Resultado semelhante foi encontrado em uma pesquisa desenvolvida nos EUA por Marques (2011), na qual a prevalência dessas doenças foi cerca de 3%. Garcez (2014) discute o aumento da prevalência das DAI nos últimos anos, notadamente nos países ocidentais, que acomete em torno de 5% dessa população.

Dentre as doenças autoimunes identificadas nesta pesquisa, o Lúpus eritematoso sistêmico (LES) teve maior prevalência, com dois casos da amostra (0,86%), seguido de

Artrite Reumatóide, Tireoidite de Hashimoto e Púrpura trombocitopênica idiopática com a mesma frequência (0,43%), conforme demonstrado no gráfico 1.

Gráfico 1. Prevalência das doenças autoimunes em duas microáreas de da UBS Populares/PAPS. Cajazeiras/PB, 2017.



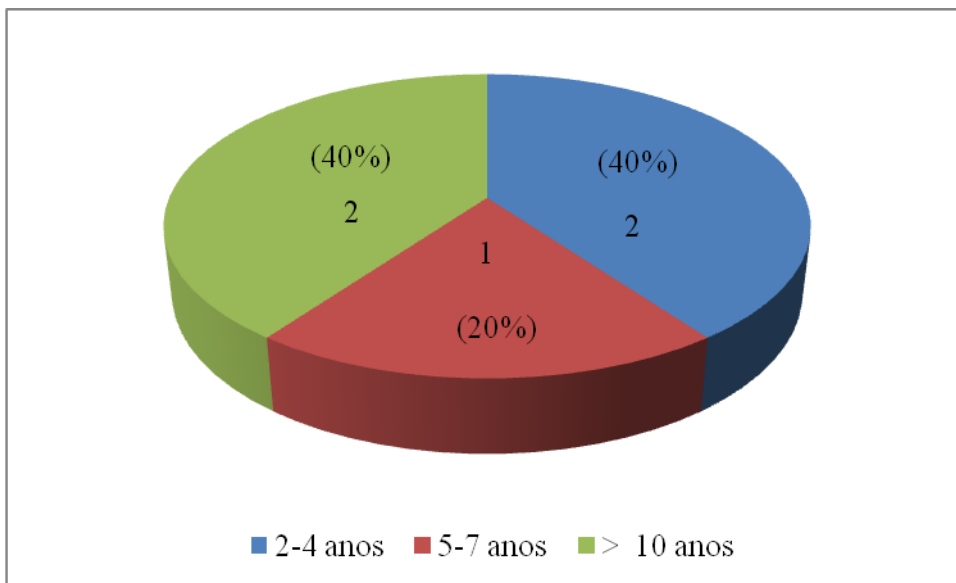
Fonte: Dados da pesquisa/2017.

A prevalência de LES nesta pesquisa difere dos dados encontrados por Picceli (2013), que descreve uma prevalência de 1,4 a 21,9%, sendo a maioria dos casos diagnosticados nos indivíduos com idades de 15 e 44 anos. Segundo estudos realizados na cidade de Natal (RN), no Brasil a prevalência foi de 1,9 a 6,8 mulheres para cada homem acometido pelo Lúpus eritematoso sistêmico e incidência de 8,7/100 mil habitantes (COSTA e COIMBRA, 2014). Em conformidade com tais estudos, outros autores (AMARAL et al., 2014; ALVES et al., 2012) observaram também uma maior prevalência do LES no gênero feminino, sobretudo na faixa etária entre 20 a 40 anos.

Com relação a AR, resultados similares a este trabalho foram encontrados por Crisóstomo (2011) e Pereira et al. (2017), que verificaram uma prevalência de 0,5% a nível mundial, sendo o gênero feminino o mais afetado pela doença, em uma proporção de 3:1. De modo semelhante ocorreu com a tireoidite de Hashimoto, com um percentual de 0,43%, o que condiz com o estudo de Pontes et al. (2002), que observaram uma prevalência de disfunções tireoideanas de 2 a 4% nos indivíduos com mais de 65 anos de idade e de 0,5 a 1% na população geral.

Os resultados de prevalência de PTI neste estudo foi de um caso (0,43%). Em contrapartida, Krettli et al. (2011) apresentam na sua pesquisa, uma prevalência com variação de 5,6 a 20 por 100.000 indivíduos, na qual as mulheres são mais acometidas, com cerca de 3 a 4 vezes mais chances de desenvolver do que os homens, com ênfase no surgimento durante a meia-idade.

Gráfico 2. Distribuição dos indivíduos com DAI conforme o tempo de diagnóstico da doença Cajazeiras/PB, 2017.



Fonte: Dados da pesquisa/2017.

No que concerne ao tempo de diagnóstico da DAI, quando os pacientes foram indagados sobre *há quanto tempo foi diagnosticado com a doença*, dois (40%) responderam já está doente cerca de 2-4 anos; outros dois (40%) disseram que já eram acometidos a mais de 10 anos com a doença e um (20%) relatou que foi diagnosticado com a doença há 5-7 anos. Esses dados se assemelham aos resultados de Amaral et al. (2014). Esses autores observaram que os pacientes com LES relataram um tempo de diagnóstico de 10 (± 7) anos. O diagnóstico das DAI engloba a associação de fatores clínicos, laboratoriais, histopatológicos, estudos de imagem, sendo essencial a investigação de autoanticorpos para a confirmação. Isso dificulta, a detecção e faz com que os indivíduos percorram diversos âmbitos de saúde durante muito tempo, até a confirmação da hipótese diagnóstica (PICCELI, 2013; BRASIL, 2014). Diante disso, é difícil precisar o tempo da doença, o que implica em uma demora no tratamento, acentuando também os custos em busca do diagnóstico.

De acordo com Skare et al. (2016) o diagnóstico precoce é essencial para o cuidado apropriado, modificando a evolução clínica dos pacientes e conseqüentemente o aumento na qualidade de vida, assim como para controlar as crises agudas das DAI. Contudo, o LES apresenta diversas manifestações clínicas, o que dificulta o diagnóstico preciso e aumenta o tempo para fechar o diagnóstico.

5.2 CARACTERIZAÇÃO REFERENTE AOS SINAIS E SINTOMAS DOS INDIVÍDUOS COM DAI

A tabela 2 mostra os sinais e sintomas mais frequentes e comuns entre as DAI identificadas nesta pesquisa. Vale ressaltar que nessa tabela, considerou-se a presença dos sinais e sintomas que fossem frequentes em pelo menos quatro das cinco pessoas com doença autoimune, isto é, uma frequência de 80%.

Tabela 2. Descrição dos dados relativos aos sinais e sintomas mais frequentes em pessoas com DAI e comuns aos tipos de DAI. Cajazeiras/PB, 2017.

Variáveis – Sinais e sintomas	F	%	Tipos de DAI
Hiperpigmentação			
Sim	5	100	LES, AR, TH, PTI
TOTAL	5	100	
Falta de energia			
Sim	5	100	LES, AR, TH, PTI
TOTAL	5	100	
Dor e sensibilidade no corpo			
Sim	5	100	LES, AR, TH, PTI
TOTAL	5	100	
Edema em mãos e pés			
Sim	5	100	LES, AR, TH, PTI
TOTAL	5	100	
Alopecia			

Sim	4	80	LES, AR TH e PTI
Não	1	20	
TOTAL	5	100	

Madarose

Sim	4	80	LES, AR TH e PTI
Não	1	20	
TOTAL	5	100	

Xerostomia

Sim	4	80	LES, AR e PTI
Não	1	20	
TOTAL	5	100	

Facilidade para sofrer contusões

Sim	4	80	LES, AR e TH
Não	1	20	
TOTAL	5	100	

Fraqueza muscular

Sim	4	80	LES, AR, TH e PTI
Não	1	20	
TOTAL	5	100	

Fonte: Dados da pesquisa/2017.

Neste trabalho, a hiperpigmentação, falta de energia, dor e sensibilidade no corpo, e edema nas mãos e pés foram os sinais/sintomas mais frequentes, observados em todas (100%) as pessoas acometidas com DAI. Em menor frequência observou-se alopecia, madarose, facilidade para sofrer contusões, boca seca e fraqueza muscular com 80%.

De início é importante destacar que Augusto (2013); Berbert e Mantese (2005) indicam que as patologias do sistema imunológico podem atingir qualquer órgão/sistema. Entre os alvos afetados, encontra-se a pele. Apesar disso, Brasil (2011) aponta ocorrer inflamações na pele, que se manifestam por meio de manchas, sobretudo nas áreas que ficam

expostas à luz do sol. Corroborando, Amaral et al. (2014) destacam a pele como sendo o principal e inicial sítio das manifestações do LES.

Mota et al. (2013) indicam o uso do tratamento com antimaláricos como os responsáveis pela a hiperpigmentação na pele de pacientes com artrite reumatóide, devido aos seus efeitos colaterais. Ainda sobre a hiperpigmentação, Pascoal et al. (2014) relatam em sua pesquisa a presença de alteração na coloração da pele e de mucosas em um paciente com tireoidite de Hashimoto.

De acordo com a tabela 2, a falta de energia também foi vista como sintoma característico das doenças autoimunes, representando 100% dos indivíduos. Com isso, estudos de Araújo e Traverso-Yépez (2007) afirmam que na fase de latência o lúpus, reproduz no indivíduo, sonolência, cansaço e indisposição. Segundo Mota, Laurindo e Neto (2010) não há relação entre fadiga e a atividade desenvolvida pela a artrite reumatóide. Por outro lado, Bianchi et al. (2014), discutem a presença de fadiga em aproximadamente 50% dos pacientes da sua pesquisa. Gonçalves (2011) indica a falta de energia como um dos sintomas presentes em pessoas com alterações tireoidianas. No que diz respeito à ocorrência de falta de energia em pacientes com Púrpura trombocitopênica idiopática não foram identificados trabalhos que comprovassem essa veracidade.

De acordo com a tabela 2, dores e sensibilidade no corpo e edemas nas mãos e pés acometeram 100% dos participantes, e foi comum aos quatro tipos de DAI identificadas. Ao refletir sobre esses sintomas, Alves (2015) comenta, baseado em estudos documentais, que as dores e o edema estavam presentes em uma ou mais articulações em pessoas com AR e LES, que inicia-se no pé e posteriormente, com a evolução da doença, se disseminava para todo o corpo. Picceli (2013) reforça que os pacientes com lúpus eritematoso sistêmico se queixam de rigidez matinal, edema e dor. Outros autores discorrem sobre a presença de dor na região tireoidiana em pacientes com tireoidite de Hashimoto e persistência da dor em alguns casos mesmo após o início do tratamento (VIEIRA, CARRILHO e CARVALHEIRO, 2008); presença de dores abdominais (SILVA e SOUZA 2005), além da presença de edema como sintoma característico nessa doença (SILVA et al., 2011). Quanto aos pacientes com PTI, Augusto et al. (2015) enfatizam a ocorrência de edemas e dores nas pernas, e Silva (2014) indica que quando os pacientes sentem dores articulares, surge a necessidade de testes adicionais para a confirmação da presença de PTI.

Dentre os sinais e sintomas mais frequentes nos distúrbios autoimunes, a alopecia foi presente em quatro deles (80%), o que corrobora com Brasil (2011) que sugere a queda de cabelo como sendo frequente nos pacientes com Lúpus, principalmente nas fases ativa da

doença. Contudo, com o tratamento adequado, o crescimento ocorre normalmente. Nos estudos sobre manifestações clínicas e laboratoriais de Bezerra et al. (2005) a alopecia cicatricial foi o achado mais frequente nos pacientes com LES.

Hilel (2008) aborda que indivíduos com Tireoidite de Hashimoto possuem queda de cabelo, além do mesmo, tornam-se mais seco e fino. Ainda nesta mesma linha de considerações, Pontes (2002) indica presença de alopecia em seu estudo. No que se refere à artrite reumatóide, não existem estudos comprovando a perda de cabelo como alteração característica da doença. Todavia, Brasil (2010) aponta que uma das medicações para tratar a AR (leflunomida) possui como efeito colateral a alopecia reversível. Do mesmo modo, Bressan et al. (2010) abordam os efeitos adversos da azatioprina. Dentre eles, a queda de cabelo é identificada.

A presença de madarose nos participantes foi de 80%. Contudo, estudos sobre tal manifestação clínica nas doenças autoimunes ainda é escassa. Estudos sobre a queda da sobrancelha foram vistos por Silva et al. (2011) que apontam que pessoas com tireoidite de Hashimoto apresentam queda de sobrancelha (madarose). Apesar disso, Klejnberg e Umbelino Junior (2006) notam que a madarose foi encontrada em paciente com lúpus eritematoso sistêmico.

Almeida (2012) considera que as manifestações orais, dentre elas a xerostomia (boca seca), estão presentes nos indivíduos com doenças reumáticas, como o lúpus eritematoso sistêmico e artrite reumatóide. No que diz respeito à frequência de xerostomia e PTI, não existem na literatura, relatos que constatem esta ligação.

Na tabela 2 pode-se notar também que 80% das pessoas com DAI relataram sofrer contusões com facilidade, contudo, ainda não há dados na literatura dados referentes a essa ligação.

No que se refere à fraqueza muscular, Araújo e Traverso-Yépez (2007) relatam que os músculos são gravemente danificados pelo o lúpus, o que resulta em fraqueza e perda da resistência. Bianchi et al. (2014) por sua vez, afirmam que pacientes com artrite reumatóide possuem uma ocorrência significativa entre a fraqueza e a incapacidade funcional. Silva et al. (2011) notam que a fraqueza muscular, a sensação de cansaço, são sinais que pessoas com tireoidite de Hashimoto apresentam. Contudo, pode ser confundido com outras doenças. Pascoal et al. (2014) corroboram ao trazer em seus estudos, a presença de fraqueza acometendo lentamente os membros do paciente.

5.4 CARACTERIZAÇÃO REFERENTE AOS FATORES DE RISCO EM PESSOAS COM DAI

A tabela 3 aponta alguns fatores de riscos associados à hereditariedade e estilo de vida. Neste estudo, três (60%) das pessoas apresentam familiar com DAI, três (60%) consumiam bebidas alcoólicas raramente, todas (100%) nunca fumaram, quatro (80%) afirmaram raramente ter infecções.

Tabela 3. Descrição dos dados relativos aos fatores de risco em pessoas com DAI – Cajazeiras/PB, 2017.

Variáveis	F	%	Tipo de DAI
Possui alguém na família com DAÍ			
Sim	3	60	LES, AR, TH
Não	2	40	
TOTAL	5	100	
Frequência que consome álcool			
Raramente	3	60	LES, TH
Nunca	2	40	
TOTAL	5	100	
Frequência que fuma			
Nunca	5	100	LES, AR, TH, PTI
TOTAL			
Frequência que aparece/tem infecções			
Raramente	4	80	
Anualmente	1	20	LES
TOTAL	5	100	

Fonte: Dados da pesquisa/2017.

Quanto ao fator hereditariedade, Rodrigues (2012) afirma que a predisposição genética é um fator necessário para o desenvolvimento da doença autoimune. Contudo, não é suficiente. É necessária uma associação entre fatores genéticos e ambientais. Reforçando isso, Costa e Coimbra (2014) e Amaral et al. (2014) asseguram que o desenvolvimento das doenças autoimunes estão ligados à predisposição genética, demonstrados em parentes próximos (primeiro e segundo grau). Picceli (2013) observa a frequência de 10-12% de casos de alguma DAI em familiares de pessoas com LES. Reforçando o exposto, Cooper et al. (2002) abordam que a história do lúpus em pais ou irmãos está associada a um maior risco.

Por sua vez, Vieira, Carrilho e Carvalheiro (2008) trazem em sua pesquisa que aproximadamente 50% dos casos de pessoas com Tireoidite de Hashimoto, possuem na alguém na família com doença autoimune, o que confirma a susceptibilidade genética. Goeldner et al. (2011) sugerem que pacientes que são acometidos com artrite reumatóide, e possuem histórico familiar positivo, possuem chances muito maiores de desenvolver lesões articulares maiores do que aqueles que não possuem histórico na família. Quanto aos fatores genéticos que envolvem a PTI, Silva (2014) traz nos seus estudos, casos nos quais aconteceram o diagnóstico em gêmeos monozigóticos e de várias famílias. Além de ser necessário encontrar histórico familiar de plaquetopenia para confirmar a presença de PTI.

Dentre as pessoas com doenças autoimunes, três (60%) consumiam álcool raramente. Takvorian, Merola e Costenbader (2014) afirmam que o consumo de bebidas alcoólicas tem papel protetor para o desenvolvimento de LES. De modo semelhante, Effraimides, Tijssen e Wiersinga (2012) apresentam dados que sugerem que o álcool pode proteger contra a tireoidite de hashimoto. Em concordância, Formica et al. (2003) não identificaram significância no consumo de álcool como fator de risco para o desenvolvimento de doenças autoimunes. Contudo, mais estudos são necessários nessa perspectiva.

Em relação ao uso de cigarro, nenhuma das pessoas com DAI (100%) relataram ser tabagistas. Nos resultados apresentados por Umbelino-Júnior et al. (2010) e Araújo et al. (2008), o tabagismo confere um fator de risco aumentado para diversas doenças autoimunes, como o Lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatóide, alterações tireoidianas daqueles indivíduos que são geneticamente susceptíveis.

Os fatores ambientais contribuem para o desenvolvimento das DAI. Dentre esses fatores, destaca-se as infecções que desenvolvem papel importante no desencadeamento da autoimunidade em um indivíduo já predisposto geneticamente (AUGUSTO, 2013). Talbot (2011); Goeldner et al. (2011) afirmam que as doenças infecciosas causadas por microorganismos são fatores que estão associados com a AR. Silva et al. (2011) e Krettli et al.

(2011) corroboram ao especificar a infecção viral como desencadeante dos distúrbios tireoidianos e da PTI, devido à reação cruzada promovida pelos anticorpos antivirais.

5.4.1 Caracterização referentes aos hábitos alimentares das pessoas com DAI

Destaca-se na tabela 4 os hábitos alimentares dos pacientes com Doenças autoimunes.

Tabela 4. Descrição dos dados relativos aos hábitos alimentares como fatores de risco em pessoas com DAI – Cajazeiras/PB, 2017.

Variáveis	F	%	Tipo de DAI
Consome quantas frutas por dia			
1-3 frutas	5	100	LES, AR, TH, PTI
TOTAL	5	100	
Consome verduras e legumes			
Diariamente	3	60	LES, TH, PTI
Semanalmente	1	20	
Raramente	1	20	
TOTAL	5	100	
Consome frutas oleaginosas			
Semanalmente	1	20	
Raramente	4	80	LES, AR, TH
TOTAL	5	100	
Consome frituras			
Semanalmente	4	80	LES, AR, TH

Raramente	1	20	
TOTAL	5	100	
Sorvete/refrigerante/ketchup/salsicha/batata frita			
Semanalmente	1	20	
Raramente	3	60	LES, TH
Nunca	1	20	
TOTAL	5	100	
Alimentos com glúten			
Diariamente	1	20	
Semanalmente	3	60	AR, TH, PTI
Raramente	1	20	
TOTAL	5	100	

Fonte: Dados da pesquisa 2017.

Como visto na tabela 4, todas as participantes da pesquisa com DAI (100%) relataram consumir entre três a cinco frutas por dia, e a maioria (60%) consomem verduras e legumes diariamente. Segundo Garcez (2014), a nutrição com o avançar dos estudos torna-se mais relevante no que diz respeito ao percurso das DAI. O estado nutricional é necessário para o equilíbrio do sistema imunológico. Uma alimentação adequada é uma condição indispensável para o prognóstico das doenças autoimunes, além de prevenir o aparecimento de infecções e evolução de doenças associadas.

As frutas oleaginosas são consumidas raramente por quatro (80%) indivíduos com DAI. De acordo com Costa e Jorge (2011) elas são alimentos funcionais que retardam o surgimento de patologias crônico-degenerativas, combatem inflamações no organismo, promovendo dessa forma, uma melhor qualidade de vida das pessoas. Klack, Bonfa e Neto (2012) abordam que uma alimentação adequada, promove em pessoas com LES, uma ação benéfica e protetora que suprime a atividade inflamatória. Dentre os alimentos citados por ela, as nozes e castanhas que pertencem ao grupo de frutas oleaginosas ajudam na diminuição dos riscos para aterosclerose e melhora das respostas imunológicas.

A ingestão de frituras dos pacientes com DAI teve frequência semanal por quatro deles (80%). Segundo Santos et al. (2013), as repercussões da ingestão de gordura não se limitam ao metabolismo lipídico, podendo influenciar a resistência à insulina, o que pode levar o indivíduo a desenvolver DM1. Em seu estudo, Marques (2003) indica que a dislipidemia ocorre com frequência em pacientes com LES, e fatores como obesidade e hábito sedentário contribuem para essas alterações. Logo, uma nutrição adequada reduz os riscos de desenvolvimento de comorbidades e promove uma melhor qualidade de vida (GARCEZ, 2014). No que diz respeito a outras doenças autoimunes, não foram encontrados estudos relacionando os hábitos alimentares de ingestão contínua de frituras que influenciassessem no desenvolvimento das DAI.

Os alimentos industrializados são consumidos raramente por três (60%) dos integrantes da pesquisa com DAI. Não existem dados concretos sobre a relação entre esses alimentos e a predisposição para o aparecimento dessas doenças. Todavia, a necessidade de acompanhamento nutricional de pacientes que possuem distúrbios autoimunes é indispensável, visto que a alimentação desses indivíduos são semelhantes à dos demais membros da população (LEVY-COSTA et al., 2005; BORGES, 2009).

No que se refere aos alimentos que contém glúten, são ingeridos semanalmente por três (60%) pacientes com DAI. Brasil (2016) recomenda a restrição ao glúten apenas para os pacientes diagnosticados com doença celíaca, hipersensibilidade tipo I ao trigo e/ou sensibilidade ao glúten. Não existem estudos que comprovem a restrição relacionada a outros tipos de doenças autoimunes.

Como visto na tabela 4, todas as participantes da pesquisa com DAI (100%) relataram consumir entre três a cinco frutas por dia, e a maioria (60%) consomem verduras e legumes diariamente. Segundo Garcez (2014), a nutrição com o avançar dos estudos torna-se mais relevante no que diz respeito ao percurso das DAI. O estado nutricional é necessário para o equilíbrio do sistema imunológico. Uma alimentação adequada é uma condição indispensável para o prognóstico das doenças autoimunes, além de prevenir o aparecimento de infecções e evolução de doenças associadas.

As frutas oleaginosas são consumidas raramente por quatro (80%) indivíduos com DAI. De acordo com Costa e Jorge (2011) elas são alimentos funcionais que retardam o surgimento de patologias crônico-degenerativas, combatem inflamações no organismo, promovendo dessa forma, uma melhor qualidade de vida das pessoas. Klack, Bonfá e Neto (2012) abordam que uma alimentação adequada, promove em pessoas com LES, uma ação benéfica e protetora que suprime a atividade inflamatória, dentre os alimentos citados por ela,

as nozes e castanhas que pertencem ao grupo de frutas oleaginosas, ajudam na diminuição dos riscos para aterosclerose e melhora das respostas imunológicas.

A ingestão de frituras dos pacientes com DAI teve frequência semanal por quatro deles (80%). Segundo Santos et al. (2013), as repercussões da ingestão de gordura não se limite ao metabolismo lipídico, pode influenciar a resistência a insulina o que pode levar o indivíduo a desenvolver DM1. Em seu estudo, Marques (2003) indica que a dislipidemia ocorre com frequência em pacientes com LES, e fatores como obesidade e hábito sedentário contribuem para essas alterações. Logo, uma nutrição adequada, reduz os riscos de desenvolvimento de comorbidades e promove uma melhor qualidade de vida (GARCEZ, 2014). No que diz respeito a outras doenças autoimunes, não foram encontrados estudos relacionando os hábitos alimentares de ingestão contínua de frituras que influenciasse no desenvolvimento das DAI.

Os alimentos industrializados são consumidos raramente por três (60%) dos integrantes da pesquisa com DAI. Não existem dados concretos sobre a relação entre esses alimentos e a predisposição para o aparecimento dessas doenças. Todavia, a necessidade de acompanhamento nutricional de pacientes que possuem distúrbios autoimunes, é indispensável, visto que a alimentação desses indivíduos são semelhantes ao resto da população (LEVY-COSTA et al., 2005; BORGES, 2009).

No que se refere aos alimentos que contém glúten, são ingeridos semanalmente por três (60%) pacientes com DAI. Brasil (2016) recomenda a restrição ao glúten apenas para os pacientes diagnosticados com doença celíaca, hipersensibilidade tipo I ao trigo e/ou sensibilidade ao glúten. Não existem estudos que comprovem a restrição relacionada a outros tipos de doenças autoimunes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu evidenciar a prevalência de 2,16% das DAI em duas microáreas de uma Unidade de Saúde de Cajazeiras/PB, sendo capaz de proporcionar informações imprescindíveis para o manejo aos pacientes com tais enfermidades. Correspondeu também às descobertas pouco trabalhadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde, visto a dificuldade no seu diagnóstico precoce com base nas manifestações clínicas das doenças.

Verificou-se que as doenças autoimunes acometem predominantemente o gênero feminino, pessoas pardas e separadas e que pessoas com tais características devem ter uma ênfase maior, devido ao risco aumentado. As doenças autoimunes identificadas neste estudo foram o Lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatóide, tireoidite de Hashimoto e púrpura trombocitopênica idiopática.

A prevalência de sinais e sintomas comuns em várias DAI identificadas neste trabalho, reforça o entendimento da dificuldade do diagnóstico real da DAI específica. Visto que não foi identificado sintomas específicos para as doenças.

Perante o exposto, constatou-se a necessidade de analisar os principais fatores de risco relacionados com a doença autoimune, assim como variáveis sociodemográficas que influenciam no desenvolvimento das doenças, buscando isso no contexto da população assistida pela Atenção Primária à Saúde.

Diante da importância da prevalência das DAI e de suas consequências, é essencial e de extrema importância que os profissionais da saúde, em específico da atenção básica, estejam aptos a identificar nos indivíduos, fatores de risco para desenvolver os distúrbios autoimunes, assim como de terem um olhar clínico para a identificação precoce das doenças e manifestações clínicas apresentadas pelas mesmas. Além disso, devem estar preparados para orientar e acompanhar os pacientes com seu quadro clínico, pois é dessa forma que estará colaborando positivamente na qualidade de vida das pessoas acometidas por DAI.

É imprescindível que mais investigações e pesquisas dessa natureza sejam desenvolvidas para melhorar a compreensão da prevalência e dos fatores associados aos distúrbios autoimunes, o seu impacto na saúde pública e o custo para o sistema único de saúde, no que se refere à prestação e diagnóstico de serviços de saúde, uma vez que elas acarretam na população restrições físicas e emocionais que impedem as realizações de AVD, e por se tratar, sobretudo, de doenças que não tem cura. Quanto mais precoces forem as detecções dos riscos para o surgimento da doença, mais rapidamente será tratada e menores

serão as sequelas que os pacientes poderão desenvolver, vivendo dessa forma, com uma melhor qualidade de vida.

Outras pesquisas futuramente serão relevantes, dentre elas, a saber, o fato do gênero masculino estar mais protegido deste tipo de patologias. Dessa forma, poderia chegar a determinantes que protegem os homens, e se for melhor compreendido os vários aspectos estudados aqui e que influenciam no desenvolvimento de diversas DAI, certamente teremos grandes progressos nas intervenções terapêuticas e quiçá na cura para a variedade de doenças autoimunes existentes.

REFERÊNCIAS

ABBAS, Abul K; LICHTMAN, Andrew H. **Imunologia básica: funções e distúrbios do Sistema imunológico**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

ABBAS, Abul K; LICHTMAN, Andrew H; PILLAI, Shiv. **Imunologia celular e molecular**. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

ABBAS, A. K; LICHTMAN, A. H; PILLAI, S. H. I. V. **Imunologia celular e molecular**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

ALMEIDA, M. V. M. **Manifestações orais das doenças reumáticas**. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2012.

ALVES, T. C. et al. Abordagem Fisioterapêutica ao Portador de Lúpus Eritematoso Sistêmico: Relato de Caso. **R bras ci Saúde.**, v.16, n.2, p.109-114, 2012. Disponível em:<www.biblionline.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/download/16406/9532> Acesso em 08 de setembro de 2017.

ALVES, M. **Ecoss da dor: histórias de pessoas que vivem com doenças autoimunes.**, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2015. Disponível: <http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/teses/tese_181_milene_alves.pdf> Acesso em 11 de setembro de 2017.

AMARAL, C. O. F. et al. Estudo das características estomatológicas e sistêmicas em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico. **Rev Assoc Paul Cir Dent.**, v.68, n.3 p.223-9, 2014. Disponível em: <revodonto.bvsalud.org/pdf/apcd/v68n3/a08v68n3.pdf> Acesso em 08 de setembro de 2017.

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Práxis.**, v.3, n.6, p.59-62, 2011. Disponível em: <<http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/praxis/article/view/566/528>> Acesso em 23 de julho de 2017.

ARAÚJO, A. D; TRAVERSO-YÉPEZ, M. A. Expressões e sentidos do lúpus eritematoso sistêmico (LES). **Estudos da psicologia.**, v.12, n.2, p.119-127, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n2/a03v12n2.pdf>> Acesso em 07 de setembro de 2017.

ARAÚJO, J. M. F. et al. Associação entre lúpus eritematoso e tabagismo. **An Bras Dermatol.**, v.83, n.4, p.303-8, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v83n4/a03v83n4.pdf>> Acesso em 10 de setembro de 2017.

AUGUSTO, R. D. B. **Influência do gênero no desenvolvimento de doenças autoimunes**. Dissertação – Artigo de Revisão Bibliográfica do Mestrado Integrado em Medicina. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, 2013.

BARBOZA, M. N. C. et al. Correlação entre sinais e sintomas de olho seco em pacientes portadores da síndrome de Sjögren. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v.71, n. 4, p.547-552, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492008000400015> Acesso em: 28 de março de 2017.

BERBERT, A. L. C. V; MANTESE, S. A. O. Lúpus eritematoso cutâneo - Aspectos clínicos e laboratoriais. **An Bras Dermatol.**, v.80, n.2, p.119-31, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v80n2/a02v80n02.pdf>> Acesso em 11 de setembro de 2017.

BEZERRA, E. L. M. et al. Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES): Perfil Clínico-Laboratorial dos Pacientes do Hospital Universitário Onofre Lopes (UFRN-Natal/Brasil) e Índice de Dano nos Pacientes com Diagnóstico Recente. **Rev Bras Reumatol**, v. 45, n. 6, p. 339-342, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v45n6/28680.pdf>> Acesso em: 07 de setembro de 2017.

BIANCHI, W. A. et al. Análise da associação da fadiga com variáveis clínicas e psicológicas em uma série de 371 pacientes brasileiros com artrite reumatóide. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 54, n.3, p.200-207, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042014000300200&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 de setembro de 2017.

BORGES, M. C. **Avaliação do estado nutricional e da ingestão alimentar de pacientes com lúpus eritematoso sistêmico atendidas no serviço de reumatologia do hospital das clínicas/UFMG.** Faculdade de Farmácia da UFMG. Belo Horizonte, MG 2009. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/MAFB-82TPPM/disserta__o_final.pdf?sequence=1> Acesso em 03 de setembro de 2017.

BRASIL. **Artrite reumatóide.** Sociedade Brasileira de Reumatologia 2010. Disponível em <<http://www.reumatologia.com.br/PDFs/artrite2.pdf>> Acesso em 11 de setembro de 2017.

BRASIL. **Lúpus.** Sociedade brasileira de reumatologia. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.reumatologia.com.br/PDFs/LES_Cartilha_PDF_COMPLETO_2011.pdf> Acesso em 11 de setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica /** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade. **Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no Sistema Único de Saúde – SUS /** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Desmistificando dúvidas sobre alimentação e nutrição: material de apoio para profissionais de saúde /** Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais. – Brasília: Ministério da Saúde, p.164, 2016.

BRESSAN, A. L. et al. Imunossupressores na Dermatologia. **An Bras Dermatol.**, v.85, n.1, p.9-22, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v85n1/v85n1a02.pdf>> Acesso em 11 de setembro de 2017.

BUENING, B; HENDRICKSON, S; SMITH, C. Relationship between Pregnancy and Development of Autoimmune Diseases. **J Womens Health, Issues Care.**, v.6, n.1, 2017. Disponível em: <https://www.scitechnol.com/peer-review/relationship-between-pregnancy-and-development-of-autoimmune-diseases-hxVy.php?article_id=5867> Acesso em: 07 de setembro de 2017.

CAVALCANTI, A. et al. Policondrite Recidivante na Infância: Relato de Caso e Revisão da Literatura. **Rev Bras Reumatol.**, v. 47, n.3, p.223-227, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v47n3/14.pdf>> Acesso em 07 de setembro de 2017.

CONDE, S. R. S. S. et al. Estudo clínico-epidemiológico de pacientes com lúpus eritematoso sistêmico, em uma população da Amazônia oriental. **Revista Paraense de Medicina.**, v.23, n.2, 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n2/a1998.pdf>> Acesso em: 28 de março de 2017.

CONDE, S. R. S. et al. Complicações clínicas em pacientes portadores de lúpus eritematoso sistêmico. **Rev Med**, v.23, n.1, 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n1/a2041.pdf>> Acesso em: 26 de março de 2017.

COOPER, G.S. et al. Risk factors for development of systemic lupus erythematosus: allergies, infections, and family history. **J Clin Epidemiol.**, v.55, n.10, p.982-9, 2010. Disponível: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12464374>> Acesso em 10 de setembro de 2017.

COSTA, T; JORGE, N. Compostos Bioativos Benéficos Presentes em Castanhas e nozes. **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde.**, v.13, n.3, p.195-203, 2011. Disponível em: <<http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/viewFile/1212/1165>> Acesso em 10 de setembro de 2017.

COSTA, L. M; COIMBRA, C. C. B. E. Lúpus eritematoso sistêmico: incidência e tratamento em mulheres. **Revista UNINGÁ.**, v.20, n.1, p.81-86, 2014. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20141001_084139.pdf> Acesso em: 07 de setembro de 2017.

CRISÓSTOMO, A. D. **Artrite reumatóide: diagnóstico e tratamento.** Universidade de Lisboa. Trabalho de conclusão de curso apresentado a Faculdade de Farmácia, 2011.

EFFRAIMIDIS, G; TIJSSEN, J. G. P; WIERSINGA, W. M. Alcohol Consumption as a Risk Factor for Autoimmune Thyroid Disease: A Prospective Study. **Eur Thyroid J.**, v.1, n.2, p.99–104, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3821464/>> Acesso em 10 de setembro de 2017.

FAIRWEATHER, D; ROSE, N. R. Women and autoimmune diseases. **Emerg Infect Dis.**, v.10, n.11, p.2005-2011, 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3328995/>> Acesso em: 07 de setembro de 2017.

FERBERG, S; DANTAS, P. E. C. Diagnóstico e tratamento da síndrome de Sjögren. **Arq Bras Oftalmol.**, v, 69, n.6, p.959-963, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492006000600032> Acesso em 26 de março de 2017.

FONSECA, N. C; GONÇALVES, J. C; ARAÚJO, G. S. **Influência do estresse sobre o sistema imunológico.** Instituto do câncer do estado de São Paulo. Faculdade Promove. Curso

de biomedicina, Brasília, 2015. Disponível em: <http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/844c84423cfd7e05d2720770d2ee271.pdf> Acesso em: 24 de março de 2017.

FONTELLES, M. J. et al. **Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa.** Trabalho realizado no Núcleo de Bioestatística Aplicado à pesquisa da Universidade da Amazônia – UNAMA. Belém do Pará, 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n3/a1967.pdf>> Acesso em 24 de julho de 2017.

FORMICA, M.K. et al. Smoking, alcohol consumption, and risk of systemic lupus erythematosus in the Black Women's Health Study. **J Rheumatol.**, v.30, n.6, p. 1222-6, 2003. Disponível: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12784393>> Acesso em 10 de setembro de 2017.

GARCEZ, D. R. **O papel da nutrição nas doenças autoimunes.** Mestrado Integrado em Medicina, 6.º Ano Profissionalizante Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar- Universidade do Porto, 2014.

GELLER, M; SCHEINBERG, M. **Diagnóstico e tratamento das doenças imunológicas.** 1. ed. São Paulo: Elsevier, 2005.

GERHARDT, E; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa.** Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GOELDNER, Isabela. et al. Artrite reumatóide: uma visão atual. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, v. 47, n. 5, p. 495-503, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442011000500002&lng=en&nrm=iso> Acesso em 10 de setembro de 2017.

GONÇALVES, M. Disfunções tireoidianas e transtornos psiquiátricos. **Psychiatry on line Brasil.**, v.16, n.5, 2011. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano11/prat0511.php>> Acesso em 11 de setembro de 2017.

GUIMARÃES, F.A.B; SANTOS, M.A; OLIVEIRA, E. A. Qualidade de vida de pacientes com doenças auto-imunes submetidos ao transplante de medula óssea: um estudo longitudinal. **Rev Latino-am Enfermagem.**, v.16, n.5, 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2814/281421893010/>> Acesso em 07 de setembro de 2017.

GUSMAO, R. J. et al. Achados otorrinolaringológicos em um grupo de pacientes com doenças reumatológicas. **Rev. Bras. Reumatol.**, v.54, n.3, p.172-178, 2014. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0482500414000709?via%3Dihub>> Acesso em 20 de março de 2017.

HILEL, A. S. **As terapias de imagens mentais como recurso terapêutico complementar na tireoidite de Hashimoto – um estudo bibliográfico.** Dissertação (Mestrado em psicologia Clínica). Universidade Católica de São Paulo, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010.** Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf>. Acesso em: 09 de setembro de 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades. População estimada.**

Disponível em:

<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250370&search=paraiba|cajazeiras>> Acesso em 23 de julho de 2017.

KAUARK, Fabiana; MANHÃES, F. C; MEDEIROS, C. H. **Metodologia da pesquisa: guia prático.** Itabuna: Via Litterarum, 2010.

KLACK, K; BONFA, E; NETO, E. F. B. Dieta e aspectos nutricionais no lúpus eritematoso sistêmico. **Rev Bras Reumatol.**, v.52, n.3, p.384-408, 2012. Disponível em:

<<http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/39591/S0482-50042012000300009.pdf?sequence=1>> Acesso em 10 de setembro de 2017.

KLEJNBERG, T; JUNIOR, H. V. M. Alterações oculares em pacientes portadores de lúpus eritematoso sistêmico em acompanhamento ambulatorial. **Arq Bras Oftalmol.**, v.69, n.2, p.233-7, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abo/v69n2/29071.pdf>> Acesso em 11 de setembro de 2017.

KRETTLI, W. S. C. et al. Púrpura trombocitopênica idiopática: etiopatogênese, diagnóstico e tratamento em adultos. **Rev Med Minas Gerais.**, v.21, n.4, 2011. Disponível em:

<rmmg.org/exportar-pdf/731/v21n4s6a02.pdf> Acesso em 08 de setembro de 2017.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M.A. **Metodologia Científica.** 5. Ed. São Paulo, Atlas, 2008.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 7. Ed. São Paulo, Atlas, 2010.

LERNER, A; JEREMIAS, P; MATTHIAS, T. The World Incidence and Prevalence of Autoimmune Diseases is Increasing. **International Journal of Celiac Disease.**, v.3, n. 4, p.151-155, 2015. Disponível em: <<http://pubs.sciepub.com/ijcd/3/4/8>> acesso em 22 de Out 2016.

LEVY-COSTA, R. B. et al. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). **Rev Saúde Pública.**, v.39, n.4, p.530-40, 2005. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/Enpacs/pesquisaArtigos/disponibilidade_domiciliar_de_alimentos_2005.pdf> Acesso em 10 de setembro de 2017.

MACHADO, R. G. V. **Prevalência de doenças infecciosas em pacientes com diagnóstico de artrite reumatóide e lúpus eritematoso sistêmico no sudoeste do estado de Goiás no período de 2008 a 2012.** Dissertação (Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde). Universidade Federal de Goiás, Jataí, Goiás, 2015.

MARQUES, C. D. L. **Perfil lipídico de pacientes com lúpus eritematoso sistêmico em um hospital universitário.** Dissertação (Mestrado de Medicina interna). Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2003.

MARQUES, C. E. V. C. M. C. **Doenças autoimunes do sistema nervoso.** Mestrado em análises clínicas. Faculdade de Farmácia. Lisboa, 2011.

MENDES, A. S. L. **Factores predisponentes ao desenvolvimento do lúpus eritematoso sistêmico e sua importância na prática clínica.** Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina). Núcleo de estudos de doenças auto-imunes hospital de S. António - ICBAS.

MONT-SERRAT, Camila et al. Diabetes e doenças auto-imunes: prevalência de doença celíaca em crianças e adolescentes portadores de diabetes melito tipo 1. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v. 52, n. 9, p. 1461-1465, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302008000900009> Acesso em: 15 de fevereiro de 2017.

MOTA, M. H. M da; LAURINDO, I. M. M; NETO, L; L. S. Características demográficas e clínicas de uma coorte de pacientes com artrite reumatóide inicial. **Rev Bras Reumatol.**, v.50 n.3, p.235-48, 2010.

MOTA, L. M. H. da. et al. Diretrizes para o tratamento da artrite reumatóide. **Rev. Bras. Reumatol.**, v.53, n.2, p.158-183, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042013000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 de setembro de 2017.

MOTA, L. A. A; SANTOS, A. B. dos. Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada e o seu acometimento multissistêmico. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.56, n.5, p.590-595, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000500023 > Acesso em 23 de março de 2017.

MURPHY, Kenneth; TRAVERS, Paul; WALPORT. **Imunobiologia de janeway**. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NARCISO, L. **Manual informativo para o doente com lúpus**. Sociedade portuguesa de reumatologia, 2014. Disponível em: <http://www.spreumatologia.pt/upload/_ManualLupus_SPR.pdf> Acesso em 08 de setembro de 2017.

NIETZSCHE, F. **Além do bem e do mal**. Editora Edipro, 2008.

PAPADIMITRAKI, E.D. et al. Ear-nose-throat manifestations of autoimmune rheumatic diseases. **Clin Exp Rheumatol.**, v. 22, n.4, p.485-494, 2004. Disponível em: <<http://www.clinexprheumatol.org/article.asp?a=2376>> Acesso em 23 de março de 2017.

PASCOAL, A. G. et al. Polineuropatia hipotireóideia em um paciente com síndrome poliglandular autoimune tipo 2: relato de caso. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v.58, n.3. 308-312, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v58n3/0004-2730-abem-58-3-0308.pdf>> Acesso em 11 de setembro de 2017.

PEDRO, L; PAIS-RIBEIRO, J. Revisão de instrumentos de qualidade de vida na esclerose múltipla. In: I. Leal, J. Pais-Ribeiro & S.Neves, (Edts.). **Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde.**, p.121-126, 2006. Disponível em: <<http://files.jvilelas.webnode.pt/200000125-20f8321ef7/QV%20esclerose%20m%C3%BAltipla.pdf>> Acesso em 26 de agosto de 2017.

PEREIRA, V. N. A. **Religiosidade em indivíduos hipertensos de uma unidade de programa saúde da família de pedra de fogo – PB**. Dissertação (Mestrado em ciências das religiões). Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2013.

PEREIRA, J.C.B. Serosite tuberculosa em Portadora de Lúpus Eritematoso Sistêmico- Relato de Caso e Revisão de Literatura. **Rev Portuguesa de Pneumologia.**, v.15, n.9, p.721-727, 2009. Disponível: <<http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-pneumologia-420/pdf/S0873215915301689/S350/>> Acesso em 10 de setembro de 2017.

PEREIRA, M. S. et al. Avaliação do perfil sociodemográfico, clínico, laboratorial e terapêutico dos pacientes com artrite reumatoide em um ambulatório-escola de Teresina, Piauí. **Arch Health Invest.**, v.6, n.3, p.125-128, 2017. Disponível em: <<http://www.archhealthinvestigation.com.br/ArchHI/article/viewFile/1978/pdf>> Acesso em 08 de setembro de 2017.

PICCELI, V. F. **Estudo da via alternativa do sistema complemento e de doenças autoimunes associadas em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico.** Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas). Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2013.

PONTES, A. A. N. et al. Prevalência de Doenças da Tireóide em Uma Comunidade do Nordeste Brasileiro. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v.46, n.5, p.544-549, 2002. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v46n5/13400.pdf>> Acesso em 08 de setembro de 2017.

RODRIGUES, I. L. C. **Diabetes mellitus: aspectos clínicos, farmacológicos e o papel da atenção farmacêutica ao paciente hospitalizado.** Trabalho de conclusão de curso. Faculdade Santa Emília. Recife, 2012.

ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde.** 6ª edição. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2006.

SANTANA, L. et al. Trombocitopenia autoimune em crianças: revisão das recomendações do último consenso. **Boletim Científico de Pediatria.**, v.2, n.3, p.77-82, 2013. Disponível em: <http://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/140324183300bcped_13_03_03.pdf> Acesso em 11 de setembro de 2017.

SANTOS, A. F. **Esclerose múltipla: sintomas, diagnóstico e tratamento.** Monografia (Trabalho de conclusão de curso). Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2013.

SANTOS, R.D. et al. I Diretriz sobre o consumo de gorduras e saúde cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.100, n.1, p.1-40, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000900001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 de setembro de 2017

SGARBI, J. A; MACIEL, R. M. B. Patogênese das doenças tireoidianas autoimunes. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v.53, n.1, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v53n1/v53n1a03.pdf>> Acesso em: 23 de março de 2017.

SILVA, A. S. et al. Principais distúrbios tireoidianos e suas abordagens na atenção primária à saúde. **Revista da AMRIGS.**, v.55, n.4, p.380-388, 2011. Disponível em: <<http://www.amrigs.org.br/revista/55-04/revisao.pdf>> Acesso em 07 de setembro de 2017.

SILVA, C. M. S; SOUZA, M. V. L. Hipotireoidismo Autoimune Refratário a Altas Doses de Levotiroxina e Hipocalcemia Grave. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v.49, n.4, p.599-603, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v49n4/a20v49n4.pdf>> Acesso em 11 de setembro de 2017.

SILVA, F. L. **Diagnóstico e tratamento de púrpura trombocitopenia imune: uma revisão literária.** Monografia (Graduação) – UFPB/CCS. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.

SILVA, T. S. G; FURLANETTO, T. W. Diagnóstico de doença celíaca em adultos. **Rev Assoc Med Bras.**, v.56, n.1, p.122-6, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n1/27.pdf>> Acesso em: 24 de março de 2017.

SKARE, T. L. et al. Infecções e lúpus eritematoso sistêmico. **Einstein.**, v.14, n.1,4 p.7-51, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v14n1/pt_1679-4508-eins-14-1-0047.pdf> Acesso em 08 de setembro de 2017.

SOUZA, M. A. **A influência da fé no processo de saúde-doença sob a percepção de líderes religiosos cristãos.** Dissertação apresentada a Universidade Federal de Goiás, 2009.

SOUZA, A. W. S. et al. Sistema Imunitário – Parte III O delicado equilíbrio do sistema imunológico entre os pólos de tolerância e autoimunidade. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, n. 50, p. 665-694, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v50n6/v50n6a07.pdf>> Acesso em: 18 de fevereiro de 2017.

TAKVORIAN, S.U; MEROLA, J.F; COSTENBADER, K. H. Cigarette smoking, alcohol consumption and risk of systemic lupus erythematosus. **Lupus.**, v.23, n.6, p.537-44, 2014. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24763538>> Acesso em 09 de setembro de 2017.

TALBOT, J. **Estudo de associação entre polimorfismos genéticos no receptor de hidrocarbonetos de Arila (AhR) e o desenvolvimento da Artrite Reumatóide.** Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências. Universidade Federal de São Paulo. Ribeirão Preto, p.129, 2011.

UMBELINO-JÚNIOR, A. A. et al. Achados bucais e laboratoriais em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico. **J Bras Patol Med Lab.**, v.46, n. 6, p.479-486, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v46n6/a08v46n6.pdf>> Acesso em 07 de setembro de 2017.

VIEIRA, A; CARRILHO, F; CARVALHEIRO, M. Tiroidites auto-imunes: apresentação clínica e tratamento. **Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo.**, v.2, p.45-56, 2008. Disponível em: <http://www.spedm.org/media/4-SPEDM6_Artigos_de_Revisao-20121112-122755.pdf> Acesso em 07 de setembro de 2017.

VIGGIANO, Daniela P. P. Oliveira et al. Prevalência de doenças tireoidianas auto-imunes em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v.52, n.3, p.531-536, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v52n3/a14v52n3.pdf>> Acesso em: 15 de fevereiro de 2017.

VILAR, M. J. P; RODRIGUES, J. M; SATO, E. I. Incidência de Lúpus Eritematoso Sistêmico em Natal, RN – Brasil. **Rev Bras Reumatol.**, v. 43, n. 6, p. 347-51, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v43n6/a05v43n6.pdf>> Acesso em 07 de setembro de 2017.

VOSKUHL R. Sex differences in autoimmune diseases. **Biology of Sex Differences.**, v.2, n.1, 2011. Disponível em: <<https://bsd.biomedcentral.com/articles/10.1186/2042-6410-2-1>> Acesso em 07 de setembro de 2017.

ZIMMER, Z. et al. Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. **SSM -Population Health.**, v.2, p.373–381, 2016. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S2352827316300179/1-s2.0-S2352827316300179-main.pdf?_tid=99a216da-9531-

11e7-9c34-00000aab0f6b&acdnat=1504942772_130e05d9314d13966f83454b43f060e3>
Acesso em 07 de setembro de 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Bom dia (boa tarde ou noite), meu nome é MARIA DANIELLY BENÍCIO DE ARAÚJO, eu sou Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande e o Sr. (a) está sendo convidado (a), como voluntário (a), à participar da pesquisa intitulada “*PREVALÊNCIA DE DOENÇAS AUTOIMUNES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS/PB*”.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS: O motivo que nos leva a estudar esse problema é a importância de identificar quais as doenças autoimunes prevalentes na atenção primária de saúde e os fatores de riscos associados, atentando para o perfil sociodemográfico dos indivíduos com doença e que foram cadastrados na Unidade Básica de Saúde (UBS) PAPS (Posto de Assistência Primária a Saúde) de Cajazeiras, Paraíba. A pesquisa se justifica pelo fato de ser necessário buscar mais conhecimentos na área que ainda é muito escasso e vem para somar e subsidiar próximos estudos no que diz respeito às doenças autoimunes.

O procedimento de coleta de dados será realizado através de um questionário previamente elaborado pelos pesquisadores, relacionados às Doenças autoimunes. Os dados serão coletados após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cajazeiras – PB, entre os meses de junho e julho de 2017 através de visitas nas residências dos cadastrados na UBS Posto de Assistência Primária a Saúde (PAPS) pela pesquisadora com o acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das respectivas áreas.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: A pesquisa pode gerar um desconforto mínimo relacionado às perguntas que serão realizadas sobre a doença para o (a) Sr.(a) que se submeter à responder o questionário, sendo que se justifica pelo benefício que essa pesquisa trará a sociedade, caso seja identificado, qual a prevalência de doenças autoimunes, seus sinais e sintomas e fatores de risco associados.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: A participação do Sr.(a) nessa pesquisa não implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, tendo em vista que será aplicado apenas questionário com perguntas objetivas.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: O Sr. (a) será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O

Sr. (a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de prestação de serviços aqui no estabelecimento. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser utilizados apenas para a execução dessa pesquisa. Você não será citado (a) nominalmente ou por qualquer outro meio, que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado, assinada pelo Sr. (a) na última folha e rubricado nas demais, ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável e outra será fornecida ao (a) Sr. (a).

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para Sr. (a) e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Não é previsível dano decorrente dessa pesquisa ao (a) Sr. (a), e caso haja algum dano decorrente dessa pesquisa não haverá nenhum tipo de indenização prevista.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE: Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. A pesquisadora participante Maria Danielly Benício de Araújo certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada, e deverão ser tornados públicos através de algum meio. Ela compromete-se, também, seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar a estudante MARIA DANIELLY BENÍCIO DE ARAÚJO através do telefone: (88) 9804-5537 e-mail: daniellybenicio@outlook.com, ou a pesquisadora LUCIANA MOURA DE ASSIS através do telefone (83) 9999-2617 e-mail lu_moura_2002@yahoo.com.br. Além disso, fui informado que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, situado na Rua José Américo de Almeida, Cajazeiras-Paraíba, CEP: 58.900-000.

Nome	Assinatura do Participante da Pesquisa	/ / Data
------	--	-------------

Nome	Assinatura do Pesquisador	/ / Data
------	---------------------------	-------------

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: QUESTIONÁRIO

Iniciais do Paciente: _____ Data: _____ Entrevista N° _____

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade: _____ Sexo: () M () F

Cor da pele: () Branca () Negra () Parda () Vermelha () Amarela

Situação conjugal: () Solteiro () Casado () Viúvo () Separado

Naturalidade: () Cajazeiras Outra () _____

Renda: () Inferior a 1 salário mínimo (SM) () De 1 a 2 SM () Mais de 2 SM

Tem filhos? () Sim () Não. Se sim, quantos? _____

Escolaridade: () Nunca estudou Ensino fundamental: () incompleto () Completo

Ensino médio: () Incompleto () Completo Ensino superior: () incompleto () Completo

Trabalha: () Sim () Não. Profissão atual: _____

Religião: () Católica () Evangélica () Espírita () Outra: _____

2. VARIÁVEIS RELACIONADAS AO ESTUDO

2.1 Dados gerais

- Você tem alguma doença autoimune? () Sim () Não

- Se sim, qual doença autoimune?

() LES () AR () DM1 () EM () MG () Vitiligo () Doença celíaca

() Tireoidite de Hashimoto () Outra: _____

- A quanto tempo foi diagnosticado com a DAI:

() ≤1 ano () 2 a 4 anos () 5 a 7 anos () 8 a 10 anos () acima de 10 anos.

- Você tem alguma outra doença? () Não () Sim, qual? _____

2.2 Dados sobre os sinais/sintomas

Sente febre recorrente? () Sim () Não

Tem perda de cabelo (alopecia)? () Sim () Não

Perda do cabelo da sobrancelha? () Sim () Não

Apresenta hiperpigmentação, ou bronzeamento escuro na pele? () Sim () Não

Sua pele sofre contusões facilmente? () Sim () Não

Tem boca seca? () Sim () Não

Sente falta de energia? () Sim () Não
Sente-se esgotado após esforço mínimo ou exercício? () Sim () Não
Sente fraqueza muscular? () Sim () Não
Tem dor e sensibilidade no corpo? () Sim () Não
Apresenta inchaço nas mãos e nos pés? () Sim () Não
Fica constipada ou prisão de ventre constantemente? () Sim () Não

2.3 Dados sobre os fatores de riscos

- Tem alguém na família/parente com DAI? () Sim () Não
- Fuma? () Nunca () Raramente () Semanalmente () Diariamente
- Consome álcool com que frequência?
() Nunca () Raramente () Semanalmente () Diariamente
- Teve/tem infecções?
() Nunca () Raramente () Semanalmente () mensalmente () anualmente

- Se trabalha/desenvolve algum tipo de atividade, responda:
No seu trabalho/atividade, a forma como as tarefas são distribuídas o deixa irritado (a)?
() Nunca () Raramente () Semanalmente () Diariamente
- Fico de mau humor por ter que trabalhar durante muitas horas seguidas?
() Nunca () Raramente () Semanalmente () Diariamente
- Ao final do dia sente-se cansaço fisicamente?
() Nunca () Raramente () Semanalmente () Diariamente
- Sente-se inseguro, com receio e possui preocupações com o futuro?
() Nunca () Raramente () Semanalmente () Diariamente

- Em relação a alimentação, quantas frutas você consome por dia?
() Nenhuma () 1 a 3 () 4 a 6 () 7 ou mais.
- Com que frequência você consome frutas oleaginosas (castanhas, nozes, amêndoas)?
() Nunca () Raramente () Semanalmente () Diariamente
- Quantas vezes você consome frituras?
() Nunca () Raramente () Semanalmente () Diariamente
- Você consome algum tipo de verdura ou legume?
() Nunca () Raramente () Semanalmente () Diariamente
- Consume algum/ns desses alimentos? (salsicha, sorvete, ketchup, batata frita, cachorro

quente)?

Nunca Raramente Semanalmente Diariamente

- Consume alimentos com glúten (pães, bolos, tortas, outros)?

Nunca Raramente Semanalmente Diariamente

- Consume algum/ns desses alimentos? (refrigerante, salsicha, sorvete, ketchup, batata frita)?

Nunca Raramente Semanalmente Diariamente

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
PROGRAMA REDE ESCOLA/DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada: “**PREVALÊNCIA DE DOENÇAS AUTOIMUNES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS - PB**”, a ser desenvolvida pela aluna **MARIA DANIELLY BENÍCIO DE ARAÚJO** do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, sob orientação da professora Dra. Luciana Moura de Assis, está autorizado para ser realizado junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

Cajazeiras, 22 de Maio de 2017.

Renata Emauela de Queiroz Rêgo
Departamento de Educação em Saúde

Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Educação em Saúde
Rede Escola/Programa Saúde na Escola

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



UFCG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DE DOENÇAS AUTOIMUNES

Pesquisador: Luciana Moura de Assis

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69246017.5.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.131.831

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado PREVALÊNCIA DE DOENÇAS AUTOIMUNES, 69246017.5.0000.5575 e sob responsabilidade de Luciana Moura de Assis trata de um estudo observacional com delineamento transversal, de caráter descritivo e com abordagem quantitativa sobre a prevalência e sintomas das doenças autoimunes em Cajazeiras.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto PREVALÊNCIA DE DOENÇAS AUTOIMUNES tem por objetivo principal

- Identificar quais as doenças autoimunes prevalentes na atenção primária de saúde de Cajazeiras – PB e os fatores de riscos associados.

Específicos:

- Identificar o perfil sociodemográfico dos indivíduos com doenças autoimunes cadastrados na UBS PAPS/Populares de Cajazeiras, Paraíba;
- Verificar a prevalência de doenças autoimunes em micro áreas atendidas pelos agentes comunitários de saúde em Cajazeiras;
- Descrever os sinais/sintomas mais frequentes e comuns entre as doenças autoimunes identificadas.
- Identificar os fatores de riscos para as doenças autoimunes.

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3532-2075

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

Continuação do Parecer: 2.131.831

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios do projeto de pesquisa foram especificados adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa PREVALÊNCIA DE DOENÇAS AUTOIMUNES é importante por contribuir para compreender a importância clínica, econômica e a saúde pública que envolve essas doenças; e os métodos especificados estão adequados à proposta do trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa Luciana Moura de Assis redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto PREVALÊNCIA DE DOENÇAS AUTOIMUNES, número 69246017.5.0000.5575 e sob responsabilidade de Luciana Moura de Assis.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_928491.pdf	04/06/2017 02:16:45		Aceito
Outros	Termo_de_Anuencia.pdf	04/06/2017 02:16:00	Luciana Moura de Assis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	28/05/2017 00:50:50	Luciana Moura de Assis	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoTCC_Danielly_CEP.doc	28/05/2017 00:47:06	Luciana Moura de Assis	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoProj_Danielly.pdf	28/05/2017 00:43:26	Luciana Moura de Assis	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares **CEP:** 58.900-000
UF: PB **Município:** CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 **E-mail:** cep@cfp.ufcg.edu.br



UFMG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE



Continuação do Parecer: 2.131.831

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Título do Projeto: PREVALÊNCIA CAJAZEIRAS, 22 de Junho de 2017

Responsável: Juliana Moura de Assis

Área Temática:

Versão: 1.0

CeAÉ: 04949017.5.000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Continuação do Parecer: 2.131.831

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado PREVALÊNCIA DE DOENÇAS AUTIMUNARES EM CASAS POPULARES DE CAJAZEIRAS - PB, tem como responsável a pesquisadora Juliana Moura de Assis, graduada em Psicologia, com especialização em Psicologia Clínica, atualmente em processo de doutorado em Psicologia Clínica, na Universidade Federal de Campina Grande.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto PREVALÊNCIA DE DOENÇAS AUTIMUNARES EM CASAS POPULARES DE CAJAZEIRAS - PB tem como objetivos:

• Identificar quem são os agentes comunitários de saúde (ACS) das Casas Populares de Cajazeiras - PB.

Específicos:

• Identificar o perfil sociodemográfico dos indivíduos com doenças autoimunes cadastrados nos ACS/PAPS/Populares de Cajazeiras, Paraíba.

• Verificar a prevalência de doenças autoimunes em áreas rurais por ACS/agentes comunitários de saúde em Cajazeiras.

• Descrever os sintomas, sinais e sintomas das doenças autoimunes cadastrados nos ACS/PAPS/Populares de Cajazeiras, Paraíba.

• Identificar os fatores de risco para as doenças autoimunes.

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3532-2075

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