



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

DANIELE RODRIGUES DA SILVA

**ASPECTOS CLÍNICOS, DIAGNÓSTICO, TERAPÊUTICO E QUALIDADE DE VIDA
DE PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE**

CAJAZEIRAS – PB

2019

DANIELE RODRIGUES DA SILVA

ASPECTOS CLÍNICOS, DIAGNÓSTICO, TERAPÊUTICO E QUALIDADE DE VIDA DE
PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE

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

2019

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

S586a Silva, Daniele Rodrigues da.
Aspectos clínicos, diagnóstico, terapêutico e qualidade de vida de
pacientes com artrite reumatoide / Daniele Rodrigues da Silva. -
Cajazeiras, 2019.
86f.: il.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Moura de Assis.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2019.

1. Artrite reumatoide. 2. Reumatologia. 3. Sinais e sintomas. 4.
Diagnóstico e tratamento. I. Assis, Luciana Moura de. II. Universidade
Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV.
Título.

DANIELE RODRIGUES DA SILVA

ASPECTOS CLÍNICOS, DIAGNÓSTICO, TERAPÊUTICO E QUALIDADE DE
VIDA DE PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE

Monografia aprovada em: 12/07/2019

BANCA EXAMINADORA

Luciana Moura de Assis

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

Rafaela Rolim de Oliveira

Prof^ª. Esp. Rafaela Rolim de Oliveira
Universidade Federal de Campinha Grande-UFCG/UAENF
1º Membro

Romércia Batista dos Santos

Prof^ª. Ms. Romércia Batista dos Santos
Escola técnica de Saúde de Cajazeiras- ETSC/CFP/ UFCG
2º Membro

CAJAZEIRAS – PB

2019

In memoriam dedico este trabalho a minha vó Josefa que sempre acreditou no meu potencial e me ensinou que a felicidade e o amor são os maiores bens que devemos ambicionar

AGRADECIMENTOS

Agradeço acima de tudo a Deus, por me proporcionar com o dom da vida, por ter me dado saúde, sabedoria e força para enfrentar as dificuldades e por ter colocado em meu caminho pessoas abençoadas que me ajudaram nesta caminhada.

A meus pais pelo apoio, carinho, ensinamentos, e incentivo para que eu sempre persistisse nos meus sonhos.

A minha madrastra, minha outra mãe, por todo o carinho e cuidado comigo e por estar sempre me ajudando.

A minha Avó paterna que me acolheu em sua casa, me proporcionando carinho e o conforto de um lar.

Ao meu namorado Diego pelo amor e companheirismo, por estar sempre ao meu lado me apoiando e confiando no meu sucesso.

Aos meus amigos de turma pelos momentos de descontração e amizade, por terem dividido comigo durante esses anos os momentos difíceis e também incríveis que existiram. A vocês desejo todo sucesso do mundo. Amo vocês!

A minha querida orientadora, professora Luciana Moura de Assis, pela atenção, compreensão, carinho e pela amizade construída desde o início da graduação. Agradeço, sobretudo as suas palavras de fé que sempre me motivaram a buscar mais de mim.

A todos os meus professores e funcionários da UFCG, por terem colaborado tanto com o meu aprendizado, me proporcionando diversos saberes e por terem me influenciado positivamente para que eu busque o melhor de mim como pessoa e como futura profissional.

A minha tia Joelma que disponibilizou do seu tempo para me transportar durante as coletas de dados; a Luiza e Ítala pelo apoio com a pesquisa durante essa fase da coleta, vocês são ótimas. Muito obrigada!

A João Rodrigues de Sousa pelo auxílio com o manejo dos dados estatísticos foi de fundamental importância para a realização desta pesquisa.

Agradeço aos pacientes, a profissional de reumatologia e as funcionárias da clínica por toda a colaboração com esta pesquisa.

*"As pessoas precisam ser mais compreensivas.
A dor crônica não é brincadeira. É todo dia
acordar sem saber como você vai se sentir."*

(Lady Gaga)

RESUMO

A artrite reumatoide (AR) é uma doença autoimune, inflamatória, sistêmica e crônica, que causa danos e lesões simétricas em estruturas articulares e extra-articulares como ossos e cartilagens. O objetivo desta pesquisa foi caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e a qualidade de vida de pacientes com AR. Trata-se de pesquisa observacional, documental, com delineamento transversal, de caráter descritivo e com abordagem quantitativa, desenvolvida no município de Cajazeiras/Paraíba. A amostra foi composta de 42 participantes atendidos em uma clínica particular na cidade de Cajazeiras- PB, entre os anos de 2014 a 2018 e que atenderam aos critérios de seleção. A coleta de dados ocorreu nos meses de agosto a dezembro de 2018 por meio de dois questionários, um semiestruturado sobre o perfil sociodemográfico e clínico e outro, SF-36, que avaliou a qualidade de vida (QV). Os dados foram analisados por estatística descritiva, utilizando ferramentas do excel versão 2013. A pesquisa respeitou a Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Identificou-se no estudo que a maioria era do sexo feminino, 37 (88,1%); na faixa etária de 60-70 anos, 15 indivíduos (35,7%); e 21 (50,0%) dos entrevistados declarou-se parda. A dor articular foi o sintoma relatado por todos os participantes; seguido da rigidez articular matinal (66,7%) e edema (59,5%). Os testes laboratoriais mais utilizados para o diagnóstico da AR foram o fator reumatoide (82,1%), proteína C reativa (69,2%) e anti-peptídeo citrulinado cíclico (64,1%). Os participantes (60%) realizavam tratamento medicamentoso associado ao não medicamentoso, principalmente fisioterapia (36%). Todos os pacientes fizeram uso das classes DMCD sintéticas, seguidas dos glicocorticoides (93%) e AINEs (86%). A prednisona foi o fármaco mais frequentemente (95,2%) preconizado no tratamento da AR, depois os AINEs (85,7%), e o metotrexato (83,3%). Verificou-se que a AR causa impacto negativo em diversos domínios da QV, destacando-se a limitação por aspecto físico, na qual obteve-se a menor média de pontuação (35,8) e foi classificada pela maioria dos participantes, 11 (36,7%), como sendo ruim. Portanto, a pesquisa proporcionou uma visão geral sobre os aspectos clínicos, diagnóstico, terapêutico e de QV de pacientes com AR. O tratamento desses pacientes seguiu o protocolo preconizado pelo ministério da saúde e as limitações por aspectos físicos, causado pela doença, impactaram mais a QV do que a dor referida pelos pacientes. Devido à complexidade da AR é fundamental um acompanhamento completo do estado de saúde dos pacientes, uma vez que a AR causa restrições físicas, afeta a capacidade funcional e pode levar ao abandono do trabalho em idade produtiva. Desta forma sugere-se criação de protocolos terapêuticos que abordem a atividade física, o acompanhamento psicológico e a introdução da avaliação da QV na rotina de acompanhamento desses pacientes.

Palavras-chave: Artrite reumatoide. Sinais e sintomas. Diagnóstico. Tratamento. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Rheumatoid arthritis (RA) is an autoimmune, inflammatory, systemic, and chronic disease that causes damage and symmetrical lesions in articular and extra-articular structures such as bones and cartilage. The objective of this research was to characterize the sociodemographic, clinical profile and quality of life of patients with RA. This is an observational, documentary research, with a cross-sectional, descriptive and quantitative approach, developed in the municipality of Cajazeiras/Paraíba. The sample consisted of 42 participants attended a private clinic in the city of Cajazeiras - PB, between the years 2014 to 2018 and who met the selection criteria. Data were collected from August to December 2018 by means of two questionnaires, one semistructured on sociodemographic and clinical profile and the other SF-36, which evaluated the quality of life (QoL). Data were analyzed by descriptive statistics, using excel version 2013 tools. The research complied with Resolution No. 466/12 of the National Health Council, which regulates research with human beings. It was identified in the study that the majority was female, 37 (88.1%); in the age group of 60-70 years, 15 individuals (35.7%); and 21 (50.0%) of the interviewees declared themselves to be brown. Joint pain was the symptom reported by all participants; followed by morning joint stiffness (66.7%) and edema (59.5%). The most commonly used laboratory tests for RA diagnosis were rheumatoid factor (82.1%), C-reactive protein (69.2%) and cyclic citrullinated anti-peptide (64.1%). Participants (60%) underwent drug treatment associated with non-medication, mainly physiotherapy (36%). All patients used synthetic DMARD classes, followed by glucocorticoids (93%) and NSAIDs (86%). Prednisone was the most frequently prescribed drug (95.2%) recommended for RA treatment, followed by NSAIDs (85.7%) and methotrexate (83.3%). It was verified that the RA has a negative impact in several domains of the QoL, emphasizing the limitation by physical appearance, in which the lowest mean score (35.8) was obtained and was classified by the majority of the participants, 11 (36.7%), as being poor. Therefore, the research provided an overview on the clinical, diagnostic, therapeutic and QoL aspects of RA patients. The treatment of these patients followed the protocol recommended by the Ministry of Health and the limitations due to physical aspects, caused by the disease, had a higher impact on QoL than the pain reported by the patients. Due to the complexity of RA, complete follow-up of patients' health status is essential, since RA causes physical restraints, affects functional capacity and can lead to the abandonment of work at productive age. Thus, it is suggested to create therapeutic protocols that address physical activity, psychological counseling and the introduction of QoL assessment in the follow-up routine of these patients.

Keywords: Rheumatoid arthritis. Signals and symptoms. Diagnosis. Treatment. Quality of life.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Ação dos macrófagos na fisiopatologia da AR.....	19
Figura 2- Dedos em Pescoço de Cisne.	21
Figura 3- Desvio ulnar.....	21
Figura 4- Dedos em “botoeira”.....	22

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Outras DAIs apresentadas pelos pacientes com AR. Cajazeiras/PB 2018.	34
Gráfico 2- Distribuição das frequências dos sinais/sintomas autoreferidos pelos pacientes com AR. Cajazeiras/PB. 2018.	37
Gráfico 3- Distribuição das frequências sobre o tempo (anos) de diagnóstico da AR. Cajazeiras/PB. 2018.	39
Gráfico 4- Distribuição dos métodos de exames utilizados no diagnóstico dos pacientes com AR. Cajazeiras/PB. 2018.	40
Gráfico 5- Distribuição da localização articular da dor nos pacientes com AR. Cajazeiras/PB. 2018.	41
Gráfico 6- Frequência do tipo de tratamento realizado autorreferido pelos pacientes com AR. Cajazeiras/PB, 2019.	44
Gráfico 7- Modalidade de tratamento não medicamentoso realizado por pacientes com AR. Cajazeiras/PB, 2019.	45
Gráfico 8- Frequência referente à classe farmacológica dos medicamentos utilizados pelos pacientes com AR. Cajazeiras/PB, 2019.	46
Gráfico 9- Frequência dos medicamentos utilizados pelos pacientes com AR. Cajazeiras/PB, 2019.	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Critério de classificação para AR. Tabela adaptada do Editorial Critério de classificação da artrite reumatoide ACR-EULAR, 2010.....	23
Tabela 2- Caracterização sociodemográfica dos pacientes com AR atendidos em uma clínica do município de Cajazeiras/PB, 2018.....	30
Tabela 3- Caracterização sociodemográfica dos pacientes com AR atendidos em uma clínica do município de Cajazeiras/PB, 2018.....	48
Tabela 4- Estimadores estatísticos dos diferentes domínios da qualidade de vida dos pacientes com AR. Cajazeiras/PB, 2019.	54
Tabela 5- Classificação da pontuação transformada na escala de 0 a 100, obtidas através do questionário SF-36 (Adaptado de URSS, 2000).....	55

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACR	<i>American College of Rheumatology</i>
AE	Aspecto Emocional
AINE	Anti-inflamatório não-esteroidal
AR	Artrite Reumatoide
ARJ	Artrite Reumatoide Juvenil
AS	Aspecto Social
CCP	Peptídio Citrulinado Cíclico
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CF	Capacidade Funcional
CFP	Centro de Formação de Professores
CID	Código Internacional de Doenças
DAI	Doença Autoimune
DMCD	Droga Modificadora do Curso da Doença
EA	Espondilite Anquilosante
EFC	Ensino Fundamental Completo
EFI	Ensino Fundamental Incompleto
EGS	Estado Geral de Saúde
EM	Esclerose Múltipla
EMC	Ensino Médio Completo
EMI	Ensino Médio Incompleto
ESC	Ensino Superior Completo
ESI	Ensino Superior Incompleto
EULAR	<i>European League Against Rheumatism</i>
EULAR	Liga Europeia Contra o Reumatismo
FAN	Fator Antinuclear
Fc	Fragmento cristalizável
FR	Fator Reumatoide
HAI	Hepatite Autoimune
HAQ	<i>Health Assessment Questionnaire</i>
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Ig	Imunoglobulina
IL	Interleucina
LAF	Limitação por Aspecto Físico
LES	Lúpus Eritematoso Sistêmico
MS	Ministério da Saúde
NE	Nunca Estudou
NPH	<i>Nottingham Health Profile</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAD	Peptidil Arginina Deiminase
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PCR	Proteína C Reativa
QV	Qualidade de Vida
RHF	Reação de Hipersensibilidade a Fármacos
SBR	Sociedade Brasileira de Reumatologia
SF-36	<i>Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey</i>
SM	Saúde Mental
SS	Síndrome de Sjogren
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TGF	<i>Transforming Growth Factor</i>
TNF	<i>Tumor Necrosis Factor</i>
UAENF	Unidade Acadêmica de Enfermagem
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
VHS	Velocidade de Hemossedimentação
Vit	Vitalidade
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS	17
2.1. Geral:	17
2.2. Específicos:.....	17
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
3.1. DOENÇAS AUTOIMUNES.....	18
3.2. ARTRITE REUMATOIDE.....	18
3.2.1. ASPECTOS CLÍNICOS.....	21
3.2.2. DIAGNÓSTICO.....	22
3.2.3. TRATAMENTO/PROGNÓSTICO.....	24
3.2.4. QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS COM ARTRITE REUMATOIDE.....	25
4. METODOLOGIA	27
4.1. DESENHO DO ESTUDO.....	27
4.2. LOCAL DO ESTUDO.....	27
4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	28
4.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO.....	28
4.5. INSTRUMENTO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS.....	28
4.6. ANÁLISE DOS DADOS.....	29
4.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	29
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
5.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PACIENTES COM AR.....	30
5.2. ASPECTOS CLÍNICOS.....	33
5.2.1. DAIS E OUTRAS COMORBIDADES EM PACIENTES COM AR.....	33
5.2.2. SINAIS E SINTOMAS.....	34
5.3. DIAGNÓSTICO.....	38
5.4. TRATAMENTO.....	43
5.5. QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM AR.....	54
6. CONCLUSÃO	59
APÊNDICES.....	73
ANEXOS.....	79

1. INTRODUÇÃO

A artrite reumatoide (AR) é uma doença autoimune, inflamatória, sistêmica e crônica, de caráter progressivo, que causa danos e lesões simétricas em estruturas articulares e extra-articulares como ossos e cartilagens, envolvendo o comprometimento de grandes e pequenas articulações (LOURENCO; ROMA; ASSIS, 2017).

Esta é uma das doenças autoimunes mais frequentes, cerca de 1% da população brasileira, ou seja, o equivalente a 1.300.000 pessoas acometidas, não existe diferenciação da prevalência entre as raças, mas no que se diz respeito ao gênero a mesma afeta as mulheres em duas a três vezes mais do que homens e possui incidência progressiva a partir dos 25 anos de idade atingindo uma maioria da população entre 35 e 55 anos embora exista registro da doença em pessoas de todas as idades (DAVID, 2013). (MOTA, 2013).

Na doença em questão as células do sistema imunológico provocam uma resposta inflamatória na articulação saudável, essa resposta leva à migração de leucócitos e consequentemente o aumento do fluxo sanguíneo para a cavidade intra-articular e à formação de folículos linfóides germinativos, desencadeando alterações nas funções dos linfócitos T e B com produção anormal de citocinas e anticorpos (MACEDO; KAKEHASI; ANDRADE, 2016). Os autoanticorpos produzidos na AR vem sendo relacionado a alterações pós-translacionais de proteínas e peptídeos, que abrangem a glicosilação, citrulinização, acetilação, metilação, e ubiquitinação, tais modificações provocam a ação de autodefesa desses anticorpos (GUDOWSKA, 2017).

O desenvolvimento da AR é influenciado por complexas variantes como os fatores hormonais, ambientais, imunológicos e genéticos, além de outras causas como tabagismo e infecções periodontais, que atuam em concomitância para causar a doença, visto que estes fatores isolados não são suficientes para provocá-la. Devido a esta característica multifatorial a AR apresenta complexidade, portanto dificuldade na compreensão e manejo de apresentação clínica, diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2017).

Os indivíduos com AR apresentam dificuldades em realizar simples atividades devido às dores articulares e em casos mais graves devido às deformidades (RIBAS *et al.*, 2016). O Diagnóstico consiste na avaliação da condição clínica do paciente e exames complementares como laboratoriais, radiográficos, ultrassonografia e ressonância magnética,

os quais devem ser criteriosamente analisados, pois nenhum exame separadamente é capaz de confirmar o diagnóstico. Ademais, o diagnóstico precoce é essencial para a instalação da terapêutica eficaz que irá minimizar futuras deformidades ou até mesmo evitá-las, reduzindo a ação inflamatória da doença.

As doenças autoimunes não tem cura e, portanto, quanto mais rápido o tratamento mais chances o paciente terá de possuir uma vida saudável. A doença também apresenta caráter crônico e com isso a qualidade vida tende a diminuir conforme o passar dos anos. Esse bem estar envolve diversos âmbitos como o físico, funcional, emocional e a estética que podem causar limitações, portanto o rápido diagnóstico é fator essencial para um bom prognóstico do paciente (ROMA, 2014; RIBAS *et al.*, 2016).

A partir dos temas debatidos ao longo da graduação a respeito das doenças autoimunes, por conhecer pessoas que convivem com a realidade da AR e após participar como bolsista de um projeto de iniciação científica nessa área, surgiu o interesse em pesquisar mais a fundo sobre as questões envolvidas na clínica da AR; ressalta-se também a relevância desse estudo no manejo dessa doença.

Nessa perspectiva, o conhecimento do perfil clínico de pacientes portadores de AR terá significativa influência no direcionamento da conduta terapêutica, evolução e prognóstico dos mesmos, além de possibilitar repensar estratégias que favoreçam uma melhor qualidade de vida para esses indivíduos.

Diante disso, surgiram algumas indagações, sendo estas: “Qual o perfil clínico dos pacientes portadores de AR que são acompanhados pelo reumatologista?”, “Quais foram os critérios utilizados para o diagnóstico da doença? “Como está sendo feito a avaliação terapêutica e prognóstica desse público alvo? “Como está a qualidade de vida desses pacientes?”. Ao responder essas perguntas, almeja-se ampliar o conhecimento de profissionais, estudantes e pacientes sobre a temática em estudo, desta forma possibilitando melhorias nas condutas assistenciais. Com isso, evidencia-se, a relevância social e acadêmica desta pesquisa. Os pacientes com AR, segundo Corbacho *et al.* (2010), apresentam dor, podendo apresentar comprometimento do estado geral, físico e emocional, além de afetar a capacidade funcional e situação de trabalho desses indivíduos. Tudo isso pode influenciar negativamente na qualidade de vida dos pacientes.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral:

- Analisar os aspectos clínicos, diagnóstico e terapêutico e a qualidade de vida de pacientes com artrite reumatoide atendidos em clínica particular.

2.2. Específicos:

- Descrever os sinais e sintomas mais frequentes e comuns apresentados pelos pacientes com artrite reumatoide;
- Verificar os critérios laboratoriais utilizados para o diagnóstico da artrite reumatoide;
- Conhecer a conduta terapêutica e a avaliação prognóstica dos pacientes portadores de artrite reumatoide;
- Avaliar o impacto da doença na qualidade de vida dos pacientes.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. DOENÇAS AUTOIMUNES

O sistema imunológico atua na eliminação de microrganismos ou células infectadas com a ajuda de citocinas secretadas e mediadores solúveis, auxiliando no processo de erradicação de infecções; na imunidade humoral os anticorpos são produzidos e agem contra antígenos extracelulares, assumindo funções diferentes de acordo com a especificidade da resposta (AUGUSTO, 2013). Esse sistema de defesa possui mecanismos capazes de discriminar moléculas próprias de moléculas estranhas, os quais se definem como tolerância imunológica e quando esses mecanismos falham e passam a reagir contra moléculas, células, tecidos e órgãos do próprio indivíduo, denominamos de autoimunidade e as doenças causadas por tais reações são chamadas de doenças autoimunes; sendo assim, podemos considerar que as doenças autoimunes são resultados de falhas na autotolerância (ABBAS; LICHTMAN; SHIV, 2017).

As doenças autoimune (DAI) podem ser específicas de certos órgãos, afetando apenas um ou mais órgãos, são exemplos desse tipo a Tireoidite de Hashimoto (glândula tiróide), a Anemia Perniciosa (estômago), a Doença de Addison (glândulas supra-renais) e a Diabetes tipo 1 (pâncreas), ou podem ser sistêmicas, com lesões teciduais generalizadas como o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), a Artrite Reumatoide (AR) e o Síndrome de Sjogren (SS) (AUGUSTO, 2013). Existem mais de 100 DAIs identificadas, estima-se que 2% a 5% da população nos países desenvolvidos são atingidas, e a prevalência dessas DAIs está aumentando (FLEURY, 2014).

3.2. ARTRITE REUMATOIDE

AR é uma DAI sistêmica caracterizada por inflamação crônica progressiva das articulações, que preferencialmente acomete a membrana sinovial causando danos e perda de função física/locomotiva, além de reduzir a qualidade de vida devido ao sofrimento psicológico, fadiga e depressão acarretados pela dor excessiva. A AR também está associada a um alto risco de morbidade e morte prematura secundária ao desenvolvimento precoce de doenças pulmonares intersticiais, cardiovasculares, bem como malignidade (SMOLEN; ALETAHA; MCINNES, 2016).

Trata-se de uma patologia que afeta 1% da população adulta, prevalecendo três vezes mais em mulheres do que homens e com maior incidência entre os 35-65 anos. Sua

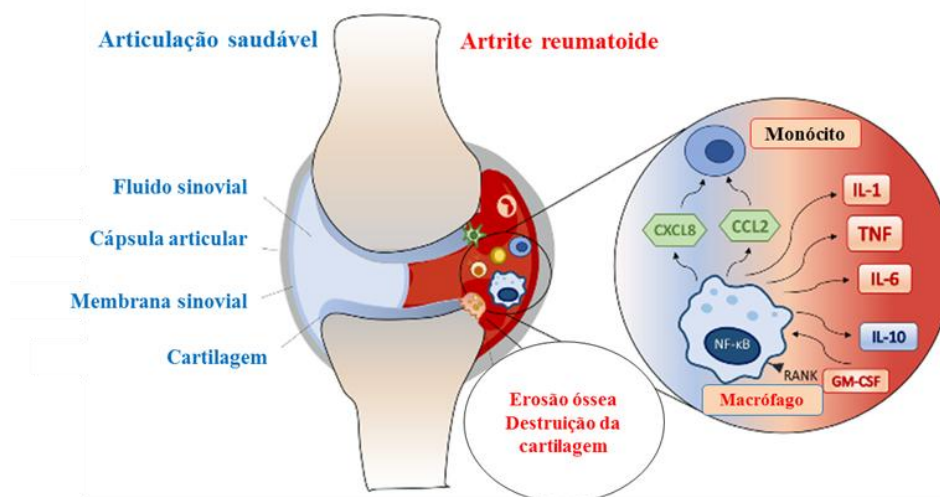
incidência aumenta com a idade, geralmente com pico entre os 40 e 60 anos, nos jovens ela é menos comum e inicia-se antes dos 16 anos, nessa faixa etária a doença é mais branda que a forma clássica, pois agride menos articulações e causa menores alterações em testes sorológicos (MELLO, 2013).

Os mecanismos que desencadeiam a AR permanecem não elucidados em sua totalidade; no entanto, considera-se que esses envolvam uma interação complexa entre fatores genéticos e ambientais. Assim, a presença de um histórico familiar aumenta o risco de AR em cinco vezes, indicando um forte componente genético para este processo (OKADA *et al.*, 2014).

Em condições fisiológicas a membrana sinovial apresenta baixa quantidade de células: macrófagos dispersos dentro de um tecido estromal de fibroblastos e vasos sanguíneos escassos. Outras células do sistema imunológico, como linfócitos, mastócitos e células dendríticas também estão presentes e localizam-se principalmente em áreas perivasculares (ALIVERNINI *et al.*, 2016).

No quadro da AR a membrana sinovial torna-se hipertrófica e exibe características de uma doença inflamatória crônica, como infiltração de células do sistema imunológico, principalmente macrófagos e células T, além de neutrófilos, mastócitos e células B. Os macrófagos, por sua vez, orquestram a inflamação causada por citocinas na AR. Eles sintetizam as principais citocinas pró-inflamatórias, como *Tumor Necrosis Factor* (TNF), IL-1 β e IL-6, causando destruição da cartilagem e perda óssea na articulação com AR (figura 1.). Além disso, secretam altos níveis de quimiocinas, contribuindo para o influxo de monócitos e neutrófilos, e a perpetuação da resposta inflamatória (SIOUTI; ANDREAKOS, 2019).

Figura 1- Ação dos macrófagos na fisiopatologia da AR.



Fonte: adaptado (SIOUTI; ANDREAKOS, 2019).

O remodelamento tecidual ocorre devido à expansão de fibroblastos e ativação de osteoclastos. Dependendo da população celular dominante, a AR pode ser caracterizada como mioide, enriquecida principalmente por macrófagos, linfóide contendo folículos de células T e B, ou fibroide, caracterizado por baixo número de leucócitos. Esta heterogeneidade celular na AR pode influenciar o resultado clínico das diferentes terapias amplamente utilizadas no campo das DAIs (DENNIS *et al.*, 2014).

A AR ocorre em todas as raças e em todas as partes do mundo, o curso dessa doença pode ser variável em grupos de diferentes origens étnicas, desde alterações articulares leve até mesmo a forma mais incapacitante. Essa variabilidade está diretamente relacionada ao perfil sociodemográfico e econômico, bem como a fatores genéticos e ambientais (ALMEIDA, M; ALMEIDA, J; BERTOLO, 2014). A exposição de um indivíduo que apresente carga genética suscetível a um antígeno artritogênico desencadeia a AR. A reação autoimune provoca a ativação de células T helper CD4+, citocinas e a liberação de mediadores inflamatórios no local atingindo as articulações e, por conseguinte desencadeando o aparecimento do *pannus*, tecido inflamatório crônico, que provoca a destruição do tecido articular e até mesmo o comprometimento ósseo (KUMAR; ABBAS; FAUSTO, 2010).

Na AR as células do sistema imune invadem a membrana sinovial, leva ao desenvolvimento abrupto de células no local, formação de folículos linfóides capazes de produzir autoanticorpos com especificidade para a porção Fc da Imunoglobulina G (IgG), produção de fator reumatoide (FR) e à neovascularização. Teorias explicam que tais alterações tem origem na mimetização de células do sistema imune em resposta a uma infecção pré-existente (ARAÚJO, 2016). O FR pode aparecer em indivíduos saudáveis, nos portadores de AR aparece em cerca de 80% dos casos, a parcela restante é soronegativa. Recentemente, foram identificados em indivíduos com AR e raramente em pessoas saudáveis e com outras doenças os anticorpos para peptídeos citrulinados cíclicos (anti-CCP). O anti-CCP é um autoanticorpo específico produzido por alterações pós-translacionais (citrulinização) de proteínas e peptídeos; a citrulinização é a conversão enzimática da arginina em citrulina, pela enzima peptidilarginina deiminase (PAD) que pode se exteriorizar das células mortas presentes nas articulações e produzir peptídeos citrulinados cíclicos (CCP) (GUDOWSKA, 2017).

3.2.1. ASPECTOS CLÍNICOS

A AR caracteriza-se por causar danos e lesões simétricas em estruturas articulares e extra-articulares como ossos e cartilagens, envolvendo o comprometimento de grandes e pequenas articulações. Esses danos causam aos pacientes sinais e sintomas como rigidez matinal, dores articulares, enrijecimento, fraqueza muscular, diminuição do equilíbrio e da marcha e que podem acarretar um comprometimento musculoesquelético, além de incapacidades físicas devido à impotência funcional de membros (LOURENÇO; ROMA; ASSIS, 2017).

Os sinais e sintomas podem surgir de formas variadas, com uma ou mais articulações edemaciadas, fadiga e dores matinais com duração de uma a duas horas. No início, as manifestações acometem as articulações de ambos os lados do corpo nas pequenas articulações que evolui para as articulações maiores como cotovelos, ombros, tornozelos, joelhos e quadris. Esse quadro clínico contribui para a diminuição da funcionalidade do paciente e conseqüentemente progressão da incapacidade para o trabalho (ARAÚJO, 2016).

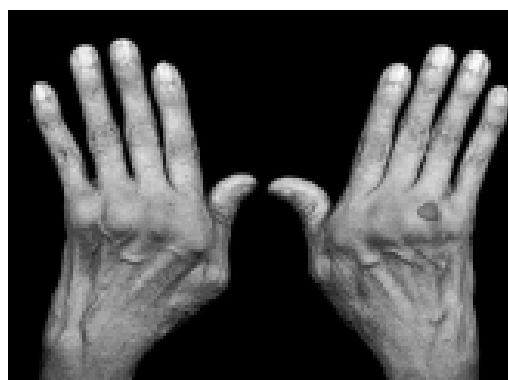
A instalação de um tratamento precoce e adequado é essencial para a prevenção de diversas deformidades físicas. Sendo as principais o desvio ulnar; dedos em “pescoço de cisne”, hiperextensão das interfalangeanas proximais; dedos em “botoeira”, flexão das interfalangeanas proximais e hiperextensão das interfalangeanas distais. Além dessas alterações no punho, joelhos, tornozelos e hálux, podem ser vistas em pacientes com alta atividade da doença e em fase tardia (BRASIL, 2019).

Figura 3- Dedos em Pescoço de Cisne.



Fonte: BUIN, 2017.

Figura 2- Desvio ulnar.



Fonte: MATTAR JÚNIOR apud Ferrari, 2016, p. 16.

Figura 4- Dedos em “botoeira”.



Fonte: BUIN, 2017.

Além das manifestações que afetam o sistema articular outras a nível sistêmico como doenças cardiovasculares, inflamação em vasos, olhos, pulmões e sistema nervoso podem surgir, tais acometimentos surgem em pacientes com os níveis mais altos de FR, representam uma condição grave e está relacionada ao pior prognóstico (OKADA *et al.*, 2014).

3.2.2. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da AR é feito por meio dos dados clínicos, laboratoriais e dos exames de imagem, nenhum deles isoladamente é capaz de estabelecer o diagnóstico. Os critérios laboratoriais referem-se à titulação do FR, considerado o exame preferencial; no entanto, titulação do anti-CCP deve ser realizado, em particular, nos casos iniciais da doença, quando o FR for negativo ou dúvida diagnóstica. Além desses, outros exames como marcadores de atividade inflamatória (velocidade de hemossedimentação e proteína C reativa) devem ser solicitados na presunção de AR (BRASIL, 2019).

Os exames de imagem como a radiografia é utilizada tanto na avaliação diagnóstica quanto no acompanhamento da AR, por sua vez a ultrassonografia e ressonância magnética podem ser solicitadas no início da doença devido as poucas erosões existentes nas articulações (MELLO, 2013).

O *American College of Rheumatology* (ACR) em 1987 estabeleceu os critérios para classificação da AR, no entanto em 2010 tais critérios foram revistos pela própria ACR em associação a *European League Against Rheumatism* (EULAR) para que a doença pudesse ser diagnosticada em sua fase mais recente. Para a classificação da doença o paciente

primeiramente deve apresentar o edema ativo na articulação, e obter uma pontuação de seis ou mais pontos de um total de 10, dos critérios de classificação da AR. Desta forma, foram definidos os seguintes critérios:

Tabela 1- Critério de classificação para AR. Tabela adaptada do Editorial Critério de classificação da artrite reumatoide ACR-EULAR, 2010.

Envolvimento articular ^A	
1 grande articulação ^B	0
2-10 grandes articulações	1
1-3 pequenas ^C articulações (com ou sem envolvimento de grandes articulações)	2
4-10 pequenas articulações (com ou sem envolvimento de grandes articulações)	3
>10 articulações ^D (pelo menos uma pequena articulação)	5
Sorologia ^E (pelo menos o resultado de um teste é necessário para classificação)	
FR negativo e AACP negativo	0
FR positivo em título baixo ou AACP positivo em título baixo	2
FR positivo em título alto ou AACP positivo em título alto	3
Provas de fase aguda ^F (pelo menos o resultado de um teste é necessário para classificação)	
PCR normal e VHS normal	0
PCR anormal ou VHS anormal	1
Duração dos sintomas ^G	
< 6 semanas	0
≥ 6 semanas	1

Fonte: Adaptado (Fuller, 2010).

Algoritmo baseado em pontuação: soma da pontuação das categorias A-D. Pontuação maior ou igual a 6 é necessária para classificação definitiva de um paciente como AR

A O envolvimento articular se refere a qualquer articulação edemaciada ou dolorosa ao exame físico e pode ser confirmado por evidências de sinovite detectada por um método de imagem. As articulações interfalangeanas distais (IFDs), primeira carpometacarpiana (CMTC) e primeira metatarsofalangeana (MTF) são excluídos da avaliação. As diferentes categorias de acometimento articular são definidas de acordo com a localização e o número de articulações envolvidas (padrão ou distribuição do acometimento articular). A pontuação ou colocação na categoria mais alta possível é baseada no padrão de envolvimento articular.

B São consideradas grandes articulações: ombros, cotovelos, quadris, joelhos e tornozelos.

C São consideradas pequenas articulações: punhos, MTCF, IFP, interfalangeana do primeiro quirodáctilo e articulações MTF. D Nesta categoria, pelo menos uma das articulações envolvidas deve ser uma pequena articulação; as outras articulações podem incluir qualquer combinação de grandes e pequenas articulações, bem como outras não especificamente mencionados em outros lugares (por exemplo, temperomandibular, acromioclavicular e esternoclavicular).

E Negativo refere-se a valores (Unidade Internacional-UI) menores ou iguais ao limite superior normal (LSN) para o método e laboratório. Título positivo baixo corresponde aos valores (UI) maiores que o LSN, mas menores ou iguais a três vezes o LSN para o método e laboratório. Título positivo alto: valores maiores que três vezes o LSN para o método e laboratório. Quando o FR só estiver disponível como positivo ou negativo, um resultado positivo deve ser marcado como “positivo em título baixo”.

F Normal / anormal é determinado por padrões laboratoriais locais (Outras causas de elevação das provas de fase aguda devem ser excluídas).

G Duração dos sintomas se refere ao relato do paciente quanto à duração dos sintomas ou sinais de sinovite (por exemplo, dor, inchaço) nas articulações que estão clinicamente envolvidas no momento da avaliação, independentemente do status do tratamento. FR = fator reumatoide; AACP = anticorpos antiproteína/ peptídeo citrulinados; LSN = limite superior do normal; VHS = velocidade de hemossedimentação; PCR = proteína C-reativa.

A soma das pontuações resultando igual ou acima de 6 classifica um paciente como tendo AR.

3.2.3. TRATAMENTO/PROGNÓSTICO

A identificação do grau de evolução da doença é de extrema importância para evitar que pacientes com AR leve sejam tratados com a mesma terapêutica agressiva que os pacientes com a doença em grau mais elevado, desta forma minimizando os possíveis efeitos tóxicos provenientes do tratamento. Para um tratamento efetivo é necessário à associação entre tratamento farmacológico e não farmacológico o que inclui a prática de exercícios físicos e terapia ocupacional a fim de reduzir incapacidades e minimizar o efeito da inflamação local sobre o organismo (ALMEIDA *et al.*, 2015).

O tratamento medicamentoso é importante no controle das ações imunológicas; no entanto, segundo Santana (2014) o tratamento não farmacológico como a prática de exercícios físicos é necessária, sobretudo para manter um bom funcionamento cardíaco e fortalecimento da musculatura, além de exercícios aeróbicos é necessária à prática de outros que promovam o alongamento das estruturas articulares.

O tratamento medicamentoso inclui o uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), glicocorticoides, drogas modificadoras do curso da doença (DMCD) sintéticas e biológicas e drogas imunossupressoras que visam reduzir a progressão do dano estrutural. Uma avaliação da condição clínica do paciente é necessária para que a prescrição dos fármacos seja feita com segurança, isto pode ser feito por meio de uma avaliação global da doença pelo próprio paciente e pelo médico responsável, mensuração da dor por meio de escala, avaliação da capacidade funcional do paciente e melhora em um dos dois reagentes inflamatórios de fase aguda (BRASIL, 2019).

De acordo com as recomendações do ACR de 2015 para o tratamento da AR é dividido em inicial, quando o paciente apresenta a doença com menos de 6 meses, e em tardia quando a duração da doença ≥ 6 meses. Para o tratamento inicial é indicado o uso de glicocorticoides com doses ≤ 10 mg/dia, em pacientes em uso de DMCD sintética com atividade da doença mais elevada e naqueles que tiveram falha no esquema com DMCD sintética ou DMCD biológica, além disso deve ser obedecido o uso do fármaco por um prazo definido de < 3 meses de tratamento sempre atentando-se para o risco e benefício do uso de glicocorticoides. Com relação ao uso de DMCD sintética é indicado o uso dessa medicação em monoterapia devido a poucas evidências clínicas de seu uso combinado; neste caso o uso do metotrexato apresentou-se como preferido pela maioria dos pacientes com AR inicial; além disso, o fármaco em questão é indicado em associação a DMCD biológica (SINGH *et al.*, 2016).

Por sua vez, a terapia medicamentosa para a AR estabelecida, com duração da doença ≥ 6 meses, é indicado o uso de DMCD sempre avaliando o grau de atividade da doença. A monoterapia com o metotrexato, DMCD sintética, é indicada mesmo se o paciente apresentar baixa ou alta atividade da doença. Contudo, em casos de falhas terapêuticas outros fármacos como as DMCD biológicas; drogas sintéticas com alvo específico como o tofacitinibe, terapias combinadas como o metotrexato e o uso do glicocorticoide de baixa dosagem, são utilizados para diminuir o grau de atividade da doença e a remissão dos sintomas (SINGH *et al.*, 2016).

Um bom tratamento é capaz de promover um bom prognóstico na qual as manifestações associadas a um indesejável prognóstico como nódulos reumatóides, vasculite, episclerite e derrame pleural poderão ser evitadas. Alguns fatores como ser do sexo feminino, tabagista, dieta não equilibrada, início precoce da doença, falta de exames de rotina, entre outros são indicadores de mau prognóstico (PORTO *et al.*, 2017).

3.2.4. QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS COM ARTRITE REUMATOIDE

A qualidade de vida segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1995) é, “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

De acordo com Pereira, Teixeira e Santos (2012), muitos estudos se limitam ao abordar o conceito qualidade de vida, eles se restringem a descrever seus indicadores, como escolaridade, remissão dos sintomas das doenças, saneamento básico, acesso à saúde e a educação, mas não estabelecem a relação subjetiva desses caracteres com o indivíduo. Para os autores o mais importante é a própria avaliação do indivíduo sobre sua vida acerca de todas as instâncias.

Para avaliação da qualidade de vida alguns instrumentos podem ser utilizados para quantificar este aspecto subjetivo. De acordo com Masson, Monteiro e Vedovato (2011), os principais instrumentos para avaliação da qualidade de vida utilizados traduzidos e validados para o Brasil, para avaliação da qualidade de vida foi o *Medical Outcomes Study 36 – Item short form health survey* (SF-36), o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) e o *Nottingham Health Profile* (NPH). Dentre esses, o SF-36 foi o mais usado, o mesmo avalia e classifica a qualidade de vida de acordo com avaliação de oito domínios,

sendo estes a capacidade funcional, aspectos físicos, emocional, saúde mental, aspectos sociais, dor e percepção geral de saúde.

Devido às características apresentadas pela AR que contribuem para o comprometimento de funções e atividades diárias, o controle dos sinais e sintomas é fundamental para a qualidade de vida dos indivíduos afetados. A qualidade de vida também pode ser propiciada pela alimentação saudável e adaptações de utensílios que minimizem sequelas e previna acidentes (ARAÚJO, 2016).

A AR tem um grande impacto sobre a capacidade física dos pacientes, capaz de causar um alto nível de desemprego. A avaliação da qualidade de vida de pacientes com AR é fundamental para o controle da atividade da doença e do acompanhamento do tratamento. Tal avaliação permite um enfoque global do indivíduo, de forma a buscar o melhor prognóstico com o controle da dor e melhoria na capacidade funcional (CORBACHO; DAPUETO, 2010).

4. METODOLOGIA

4.1. DESENHO DO ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa observacional, documental, transversal, de caráter descritivo e abordagem quantitativa.

Na pesquisa observacional o investigador atua analisando um fato já ocorrido sem interferir na sua realidade, no entanto o pesquisador pode realizar medições, acompanhar todo o processo e tirar conclusões após análise. A pesquisa documental consiste na investigação dos dados de interesse de estudo por meio de fontes documentais, como documentos, jornais, fotografias, entre outros. Na pesquisa transversal os dados são colhidos em um único período de tempo, não investigando a relação de causa e efeito, como exemplos têm-se os estudos de prevalência (PRODANOV, 2013; GIL, 2010; BASTOS; DUQUIA, 2007).

Com a pesquisa descritiva o pesquisador tem como propósito descrever as características de determinada população por meio da identificação das relações existentes entre o(s) grupo (os) estudado (s) sem a interferência do pesquisador. O estudo quantitativo refere-se à abordagem que será dado à pesquisa, nela os dados coletados são organizados de acordo com a estatística e o pesquisador tem a função de representar tudo àquilo que pode ser quantificado. As informações são organizadas em planilhas, tabelas e outros, com a utilização de recursos e técnicas estatísticas como porcentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação etc (GIL, 2010; CASTILHO; BORGES; PEREIRA, 2014).

4.2. LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no município de Cajazeiras, localizada no interior do estado da Paraíba na extremidade ocidental, localizado na Mesorregião do Sertão Paraibano, estando distantes 468 quilômetros da capital do estado, João Pessoa. Ocupa uma área de 565,899 km², de acordo com o último censo do IBGE de 2010 sua densidade demográfica é de 103,28 hab/km², população de 58.446 habitantes sendo estimada para o ano de 2017 uma população de 62.187 pessoas (IBGE, 2018).

O município citado é sede da 9ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba e possui vários estabelecimentos públicos de saúde, no entanto pacientes com Artrite reumatoide (AR) necessitam de acompanhamento de um reumatologista que no referido município se fazem presentes apenas no serviço particular; diante disso, a pesquisa foi desenvolvida em uma

clínica particular que dispunha de atendimento em reumatologia e nos domicílios dos pacientes com AR que não possuíam consulta agendada durante o período da coleta de dados.

4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população refere-se a todos os seres animados ou inanimados em estudo que compartilham de características em comum a ser investigado, por sua vez a amostra é formada por uma parcela da população a ser analisada, ou seja, é um subconjunto do universo (LAKATOS, 2010).

A população escolhida para participar do estudo foram os pacientes com artrite reumatoide atendidos em uma clínica particular no município de Cajazeiras- PB. Fizeram parte da amostra, os pacientes portadores de artrite reumatoide que atenderem aos critérios de seleção. Desta forma, totalizando um número de 42 participantes.

4.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

Como critério de inclusão na pesquisa, o indivíduo devia possuir diagnóstico confirmado de AR acompanhado pelo reumatologista no período de 2014 a 2018.

Foram excluídos da amostra os indivíduos portadores de AR que apresentaram incapacidade física e/ou mental em responder ao instrumento da pesquisa e os indivíduos que estiveram ausentes da clínica ou no município de Cajazeiras, durante a visita para coleta de dados.

4.5. INSTRUMENTO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a dezembro de 2018 por meio de dois questionários, um semiestruturado (APÊNDICE A) e outro sobre a qualidade de vida (APÊNDICE B). O questionário semiestruturado continha questões sobre os dados sociodemográficos, variáveis relacionadas ao diagnóstico, tratamento e alguns aspectos sobre a qualidade de vida dos pacientes com AR, este formulário foi preenchido de acordo com os dados contidos na ficha clínica e as informações fornecidas pelos pacientes durante a aplicação do instrumento.

Por sua vez, a avaliação da qualidade de vida dos pacientes com AR foi feita por meio da versão traduzida e validada para a língua portuguesa do questionário *Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey* (SF-36), por Rozana Mesquita

Ciconelli em sua tese de doutorado (APÊNDICE B). Este é um instrumento utilizado por diversos estudos devido a sua fácil aplicabilidade e seu caráter genérico, ele é formado por 36 itens divididos em 11 questões, na qual engloba oito domínios, sendo eles a capacidade funcional (dez itens), limitação por aspectos físicos (quatro itens), dor (dois itens), estado geral de saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), aspectos sociais (dois itens), aspectos emocionais (três itens) e saúde mental (cinco itens), por sua vez a questão de número dois não tem seu item quantificado, pois o mesmo é útil apenas para verificar o quanto o paciente sente-se melhor ou pior comparado a um ano atrás. Cada domínio é avaliado separadamente através do cálculo dos escores que variam de 0 a 100, onde 0 significa pior índice de qualidade de vida e 100 está relacionado ao melhor estado de saúde (CICONELLI *et al.*, 1999).

4.6. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados e organizados em duas planilhas do Excel, separando-se as informações dos dois questionários. Foram analisados por estatística descritiva, utilizando ferramentas do excel, versão 2013 e apresentados em tabelas e gráficos. As variáveis qualitativas de qualidade de vida foram interpretadas por meio do questionário SF-36. Cada domínio é avaliado separadamente.

O cálculo desta variável foi feito através da fórmula:

Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior}}{\text{Variação (Score Range)}} \times 100$

Variação (Score Range)

4.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa respeitou a Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, visando defender e garantir a proteção dos participantes da pesquisa e o exercício dos seus direitos dentro dos padrões éticos (BRASIL, 2012).

A pesquisa iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande, localizado na Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n - Casas Populares, CEP: 58.900-000, sob o Número do Parecer: 2712427 e CAAE: 89920518.7.0000.5575.

Os voluntários que contribuíram com a pesquisa foram orientados quanto aos objetivos, finalidade e riscos do estudo, além da garantia do anonimato e o direito de desistir a qualquer momento da investigação. Além disso, receberam informações específicas sobre os itens contidos no questionário, este preenchido após autorização expressa do participante, formalizada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), assinado em duas vias ficando um com o participante e outra com a pesquisadora.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor apresentação dos resultados e compreensão da temática estudada os dados da pesquisa foram organizados em três itens: Caracterização sociodemográfica dos pacientes com Artrite reumatoide (AR), aspectos clínicos e qualidade de vida.

5.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE

Dos 42 participantes da pesquisa, a maioria 37 (88,1%) era do sexo feminino com idades de 20 a 80 anos, com média de 56 anos, representando uma população adulta, sendo a faixa etária de 60-70 anos a mais frequente com 15 indivíduos (35,7%).

Tabela 2- Caracterização sociodemográfica dos pacientes com AR atendidos em uma clínica do município de Cajazeiras/PB, 2018.

Variáveis sociodemográficas	Total		
	n	%	
Gênero	Feminino	37	88,1%
	Masculino	5	11,9%
Faixa etária (anos)	20-30	2	4,8%
	30-40	4	9,5%
	40-50	9	21,4%
	50-60	5	11,9%
	60-70	15	35,7%
	70-80	6	14,3%
	80-90	1	2,4%
	Amarela	1	2,4%
Raça/Cor	Branca	16	38,1%
	Negra	4	9,5%
	Parda	21	50,0%
	Solteiro	10	23,8%
Situação conjugal	Casado	20	47,6%
	Viúvo	2	4,8%

	Separado	10	23,8%
	Não	5	11,9%
Filhos	1 – 3	24	57,1%
	4 – 6	9	21,4%
	Mais de 6	4	9,5%
	EFC	1	2,4%
	EFI	22	52,4%
Escolaridade	EMC	7	16,7%
	EMI	6	14,3%
	ESC	2	4,8%
	ESI	3	7,1%
	NE	1	2,4%
Naturalidade (estado)	Paraíba	38	90,5%
	Ceará	4	9,5%
Religião	Católica	33	78,6%
	Evangélica	9	21,4%
Ocupação (trabalha)	Sim	24	57,1%
	Não	18	42,9%
Renda <i>per capita</i> (salário mínimo)	Inferior a 1 SM	19	45,2%
	De 1 a 2 SM	21	50,0%
	Mais de 2 SM	2	4,8%

Fonte: Autoria própria, Cajazeiras/PB, 2019.

EFC: Ensino Fundamental Completo; EFI: Ensino Fundamental Incompleto; EMC: Ensino Médio Completo; EMI: Ensino Médio Incompleto; ESC: Ensino Superior Completo; ESI: Ensino Superior Incompleto; NE: Nunca Estudou; SM: Salário Mínimo.

A predominância do sexo feminino neste estudo condiz com o descrito na literatura. A proporção entre os sexos da amostra foi de aproximadamente 7:1, a mesma apresentada por estudos brasileiros do Mato grosso do Sul (DEUS JUNIOR *et al.*, 2015) e no estudo de Nagayoshi *et al.* 2018. Almeida, M; Almeida, J; Bertolo (2014) apontam proporção entre os sexos de 8:1 e Pereira *et al.* (2017) afirma ser 9:1. Segundo a literatura, o gênero feminino é mais afetado que o gênero masculino em uma proporção de aproximadamente 3:1, no entanto, um aumento no numerador dessa proporção pode estar associado a maior frequência com que as mulheres buscam os serviços de saúde em detrimento do sexo masculino que está menos presente em serviços como a atenção básica de saúde.

Augusto (2013) defende que a preponderância do gênero feminino nas DAIs estar relacionada à ação hormonal. As mulheres têm níveis mais altos de imunoglobulinas, quando comparadas com os homens devido à ação do hormônio sexual estrogênio, enquanto que os androgênios e a progesterona diminuem esta ação. Os linfócitos B apresentam receptores apenas para o estrogênio e androgênio, no entanto o estrogênio diminui a morte celular programada desses linfócitos, desta forma permitindo a seleção de réplicas de células

autoreativas, com isso, aumentando a produção de imunoglobulinas e, conseqüentemente, contribuindo para a maior susceptibilidade desse gênero à DAI. Apesar desta ação, a patogênese da AR é menos influenciada pelo fator hormonal do que outras DAIs, como o LES.

Bezerra (2017) afirma que além da maior predisposição ao desenvolvimento da AR, as mulheres tendem a apresentar sinais e sintomas mais graves, devido as suas próprias condições corporais, no que se refere tanto a taxa hormonal quanto a ter um sistema músculo-esquelético mais frágil que o do homem, evidenciado pela menor quantidade de massa muscular o que facilitaria a ocorrência de sintomas mais intensos.

Este resultado é semelhante ao estudo de Nagayoshi *et al.* (2018) sobre o perfil de pacientes e a sobrecarga de cuidadores atendidos no Ambulatório de Reumatologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto em São Paulo, nessa pesquisa a amostra foi de 41 pacientes com AR, com idade entre 27 e 81 anos, sendo a média de idade de 64,4 anos ($\pm 12,9$). Apesar da diferença regional os achados são similares, indicando certo padrão no perfil de pacientes com AR.

De acordo com o a tabela 1, A maior parcela 21 (50,0%) dos entrevistados declarou-se parda; 20 (47,6%) eram casados; 24 (57,1%) tinham entre um a três filhos; 22 (52,4%) deles afirmaram terem estudado apenas o ensino fundamental incompleto. Quanto à naturalidade foram entrevistadas pessoas de 16 cidades tanto do estado da Paraíba 38 (90,5%) quanto do Ceará 4 (9,5%). Da Paraíba, a maioria 21 (55,2) fazia parte do município de Cajazeiras, seguida de São José de Piranhas com seis (15,8%). Em relação à religião, a maioria 33 (78,6%) declarou ser católicos. Quanto à ocupação 24 (57,1%) deles afirmaram trabalhar e o restante 18 (42,9%) não estavam trabalhando no momento, sendo que destes 13 (72,2%) possuíam renda por meio da aposentadoria. A maioria dos participantes do estudo, 21 (50,0%), tinha renda *per capita* de um a dois salários mínimos. Nesta pesquisa a maioria dos indivíduos se autodeclararam pardos, em concordância com os achados de Lima *et al.* (2015). Em controvérsia ao estudo de Goes *et al.* (2017), sobre a qualidade de sono de pacientes com AR, na qual 78,5% dos participantes autodeclararam-se caucasianos. Também houve uma concordância desses dados com o estudo de Peres (2016). Com relação aos dados sociodemográficos de indivíduos com AR há menos informações sobre a origem étnica dos pacientes, do que sobre a idade e o gênero. Pois, na maioria dos estudos o seu desenvolvimento ocorre em indivíduos independentemente de sua raça ou país de origem.

Quanto ao estado civil, não foi encontrado na literatura relatos sobre a sua relação com a prevalência da doença. Contudo, houve concordância deste estudo com a pesquisa de Lima *et al.* (2015), em que há o predomínio de indivíduos casados (60%).

Em relação à naturalidade, foram realizadas entrevistas com indivíduos do estado da Paraíba e do Ceará, sendo a maioria 90,5% da Paraíba, visto ser a localização da pesquisa. Estudos na Paraíba sobre os dados sociodemográficos da AR são escassos, sendo encontrado apenas um estudo, de Rosa *et al.* (2017) desenvolvido no ambulatório de reumatologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, que verifica esses dados no estado da Paraíba.

No que se refere à ocupação, a maioria dos participantes afirmou não estar trabalhando (42,9%), no entanto 30,9% mantinham renda através da aposentadoria e a maioria possuía de um a dois salários mínimos. Nesta conjuntura, Oliveira (2015) afirma que a AR influencia diretamente na qualidade de vida dos pacientes, reduzindo a funcionalidade dos mesmos fazendo com que o paciente sintasse limitado pessoal e profissionalmente. Em concordância Mota *et al.* (2012) afirmam que há perda da produtividade pessoal, aumento no absenteísmo e consequentemente no índice de desemprego e de aposentadorias por invalidez. Com relação aos gastos o mesmo ratifica quanto aos custos elevados de alguns medicamentos e despesas com serviços médicos e hospitalares.

De acordo com a revisão de meta-análise desenvolvido por Rudan *et al.* (2015), há uma maior necessidade de investimento em estudos de prevalência e incidência da AR entre países em desenvolvimento, em suspeita do baixo índice de AR estar relacionada a falta de notificação, fato este que dificultaria a compressão epidemiológica da AR nesses países. A falta de diagnóstico e consequentemente a carência da notificação implica numa série de questões a respeito da responsabilidade das políticas públicas de saúde, fazendo-se necessário rever o funcionamento das instâncias de saúde incubadas pelo atendimento de reumatologia e buscar melhorias para este sistema, tendo em vista a cronicidade da AR e seu caráter negativo na qualidade de vida.

5.2. ASPECTOS CLÍNICOS

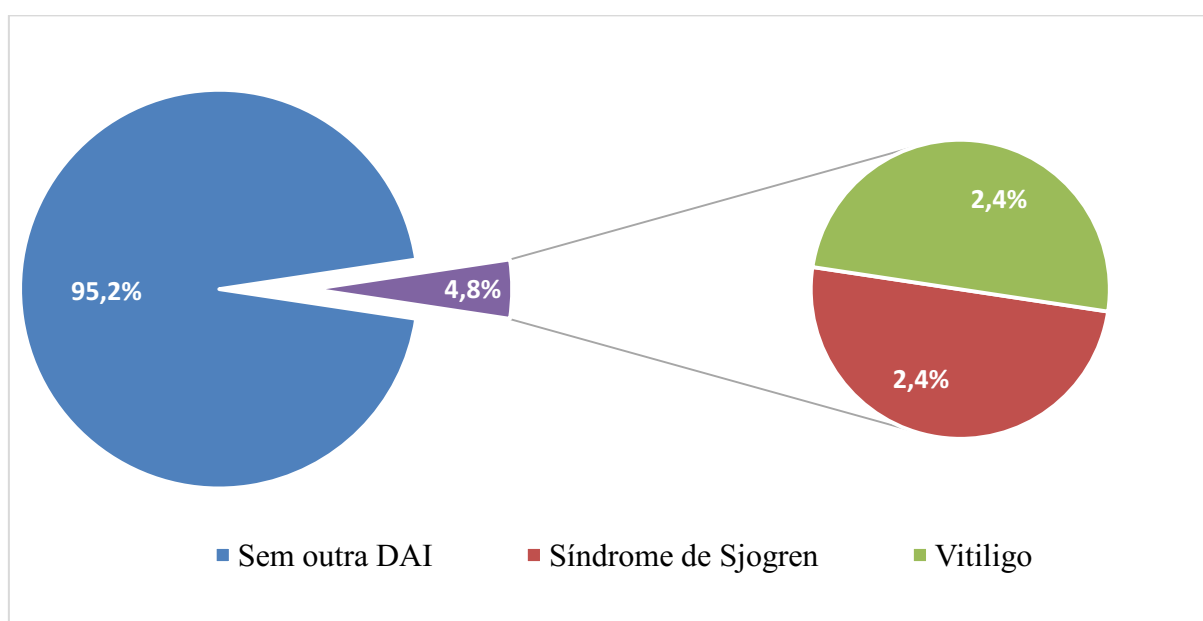
Quanto às variáveis clínicas estas foram organizadas em dados gerais, na qual as perguntas consistiam em saber se o participante possuía alguma outra doença autoimune ou qualquer outra enfermidade; em sinais/sintomas, que se referiam à dor articular, hipertrofia

óssea, rigidez matinal, presença de crepitação no joelho e outros sintomas que o participante relatasse; e nos aspectos envolvendo o diagnóstico e tratamento da AR.

5.2.1. DOENÇAS AUTOIMUNES E OUTRAS COMORBIDADES EM PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE.

No Gráfico 1, pode ser verificado que dois (4,8%) dos participantes afirmaram ter outra doença autoimune, sendo elas a Síndrome de Sjogren (SS) e o Vitiligo.

Gráfico 1- Outras DAIs apresentadas pelos pacientes com AR. Cajazeiras/PB 2018.



Fonte: A autoria própria. Cajazeiras/PB, 2019.

A simultaneidade de DAIs não é incomum, de acordo com a reumatologista Lícia Maria Henrique da Mota, coordenadora da Comissão de AR da Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR) (2012), na AR é possível o surgimento de outras DAIs, devido ao mecanismo da própria doença na alteração no sistema imunológico de pacientes que já possuem a patologia, estando esses mais propensos a desenvolver do que indivíduos sem AR, desta forma as principais doenças são Diabetes mellitus tipo 1, vitiligo, esclerose múltipla (EM) e hepatite autoimune (HAI). Diante disso, podemos correlacionar ambos os estudos no que diz respeito ao vitiligo.

O vitiligo em pacientes com AR é relatada em alguns estudos, no entanto Carvalho e Ortigosa (2014) discutiram sobre a hipótese de que o próprio tratamento da AR com o fármaco infliximabe poderia causar o desenvolvimento da doença, pois o uso do

mesmo está associado a complicações autoimunes sendo uma delas o LES. Segundo eles a relação entre o fármaco e o vitiligo foi pouco comentada na literatura, no entanto em seu relato de caso há fortes ligações entre eles, o infliximabe é anticorpo inibidor do TNF- α , a paciente deste estudo de caso apresentou expressão aumentada dessa citocina na pele desmielanizada, o que levou ao entendimento que este medicamento estaria induzindo a apoptose dos melanócitos. No presente estudo, a paciente que relatou ter vitiligo afirmou ter feito uso apenas dos fármacos leflunomida, alguns AINEs e metotrexato. Apesar do próprio mecanismo da AR contribuir para o desenvolvimento de outras DAIs, o fármaco em pauta utilizado em sua terapêutica pode contribuir com a instalação de outras doenças, desta forma a compreensão de tal medicamento é essencial para a identificação de possíveis DAIs e intervenções que culminem com o bom prognóstico do paciente.

Outra DAI associada a AR relatada nesta pesquisa foi a SS. Segundo Rasmussen *et al.* (2016) a SS possui duas classificações, a forma primária de ocorrência isolada, e a secundária quando a doença ocorre concomitante com outras DAIs como a AR em 5% dos casos ou LES, desta forma a associação entre essas doenças é algo relacionado a própria característica da SS ou seu surgimento é uma manifestação extra-articular da AR.

O termo poliautoimunidade ainda é pouco debatido na literatura, mas que está implicitamente nos artigos sobre DAIs. Este termo descreve a coexistência de uma ou mais DAIs em único indivíduo. Poliautoimunidade é um quadro clínico que consiste de várias doenças imunomediadas simultâneas num mesmo indivíduo (Horimoto; Silveira; Costa, 2016). De fato o conhecimento de tal expressão é essencial no acompanhamento dos pacientes com DAIs, o profissional deve estar sempre atento as queixas e aos sinais demonstrados pelos pacientes, apesar da evolução clínica da AR e dos efeitos adversos dos fármacos, sintomas não habituais não podem ser negligenciados.

Sobre outras doenças de origem não autoimune foram relatadas 21 tipos de enfermidades, dentre essas as mais frequentes foram osteoporose, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus tipo II e artrose. Em relação às enfermidades apresentadas pelos pacientes com AR, a HAS (28,6%) foi a mais mencionada, apresentando em pacientes com média de idade aproximada de 63 anos num intervalo de 46 a 78 anos. Peres (2016) corrobora com esse achado ao expor em sua dissertação que a HAS foi a comorbidade mais relatada por pacientes com AR; de acordo com esse autor, a HAS foi relatada por 40,7% dos participantes com AR, predominando na faixa etária acima de 60 anos. Segundo dados do Ministério da saúde (MS) e do IBGE (2013), 57,4 milhões de brasileiros possuem pelo menos

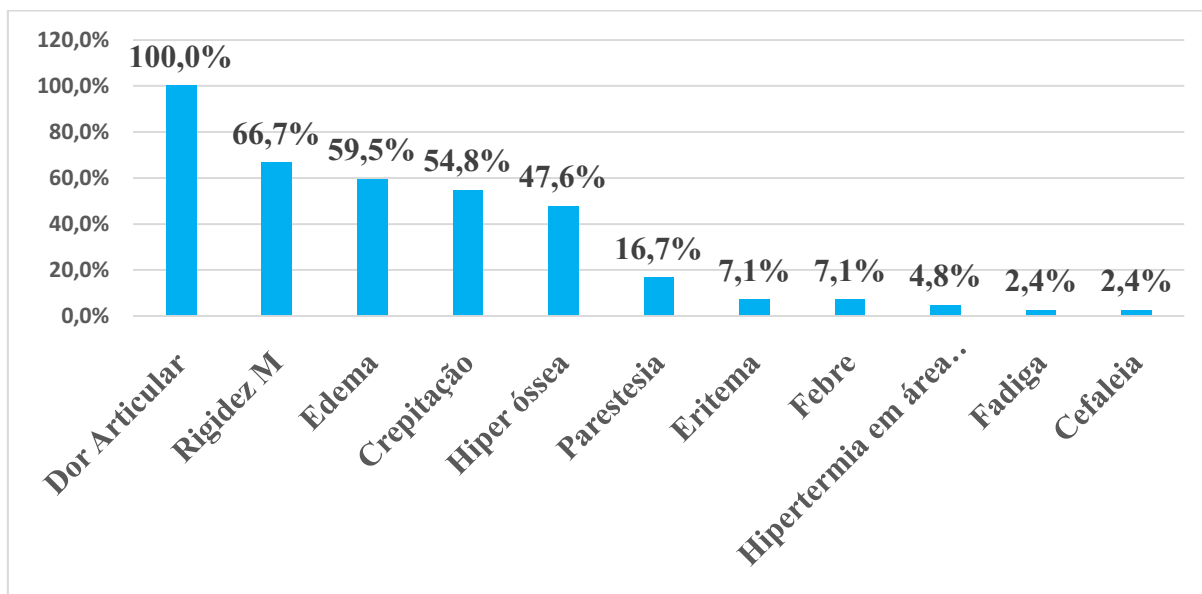
uma doença crônica, sendo elencadas a HAS, diabetes, colesterol alto e problemas na coluna. A HAS encontra-se em primeiro lugar neste ranking acometendo 31,3 milhões de pessoas acima de 18 anos. Apesar de ambas as pesquisas concordarem quanto a prevalência da HAS ter sido a comorbidade que foi mais prevalente em pacientes com AR, tal dado não é suficiente para evidenciar uma relação estreita entre ambas as doenças visto que a HAS é a patologia mais comum entre os indivíduos brasileiros.

Outra patologia que merece destaque não somente pela prevalência citada acima, mas também por sua relação com AR é a osteoporose, pois ambas dividem certas características como maior prevalência em mulheres, principalmente nas de idade avançada e aumento da fragilidade óssea e articular. A osteoporose está associada a outras DAIs como EM, espondilite anquilosante (EA) e LES; a sua ocorrência nessas doenças são diversas e estariam relacionadas a ação da vitamina D que tem ação imunorreguladora e hipercalcemiante. NA AR o tecido ósseo é gradativamente destruído pelo desequilíbrio na ativação de osteoclastos, linfócitos T e produção exacerbada de citocinas como IL-1, IL-6, TNF- α e fator transformador de crescimento-beta (TGF- β), que regulam a expressão de mediadores fundamentais da remodelação óssea, por meio de efeitos osteoclastogênicos que aumenta a degradação e diminuem a renovação da matriz óssea, desta forma contribuindo para o desenvolvimento da osteoporose (BELLAN; PIRISI; SAINAGHI, 2015; PEREIRA *et al.*, 2012).

5.2.2. SINAIS E SINTOMAS

De acordo com os sinais e sintomas apresentados pelos pacientes com AR, o sintoma dor articular foi 5relatado por todos os pacientes, seguido da rigidez matinal 27 (66,7%), na qual os participantes relataram diversos intervalos de tempo diferente sendo o menor deles de cinco minutos e o maior intervalo foi considerado praticamente o dia todo; o edema foi um sinal declarado por 24 (59,5%) participantes; 22 (54,8%) mencionaram a crepitação quando sinal em articulação do joelho; 19 (47,6%) citaram a hipertrofia óssea, sendo as mãos o membro mais acometido. Além desses os participantes citaram numa menor frequência os seguintes sinais e sintomas parestesia, eritema, febre, crepitação nos dedos das mãos, cefaleia, febre, fadiga e hipertermia em áreas afetadas, conforme demonstrado no Gráfico 2.

Gráfico 2- Distribuição das frequências dos sinais/sintomas autoreferidos pelos pacientes com AR. Cajazeiras/PB. 2018.



Fonte: Autoria própria. Cajazeiras/PB, 2019.

A AR é caracterizada pelo acometimento de diversas articulações, rigidez matinal, edema e outros sinais e sintomas que cursam com severos danos as estruturas articulares podendo causar impotência funcional. Nesta pesquisa a dor nas articulações foi o único sintoma relatado por todos os participantes. De acordo com Pereira *et al.* (2017), a artralgia foi o sintoma presente em 100% dos casos; Miranda, Araújo e Faleiros-Castro (2012) corroboram com esses dados ao concluir que dor artrítica foi o diagnóstico de enfermagem elencado para todos os pacientes da amostra (n=31). Ambos os estudos apresentam frequência de sinais e sintomas semelhantes com o desta pesquisa no que diz respeito à dor, edema e rigidez matinal, sendo os mais referidos pelos pacientes.

Não foi encontrado na literatura artigos que apresentassem um maior número de descrição de sinais e sintomas relatados por pacientes com AR, a maioria deles descrevem o edema, em alguns casos diferenciando as articulações nas quais este sinal acontece, além da rigidez matinal, nódulos reumatoides e a fadiga. Este último é um dado bastante subjetivo e foi pouco mencionado pelos participantes da pesquisa, diferentemente do que foi averiguado por Diniz *et al.* (2017) e Novaes *et al.* (2011), na qual a fadiga foi um sintoma frequente (mais de 70%) nas amostras estudadas. Em ambos, esta manifestação era o próprio alvo do estudo dessemelhante ao que foi feito nesta pesquisa, na qual a fadiga seria mencionada pelos participantes sem a necessidade de indagar sobre ela.

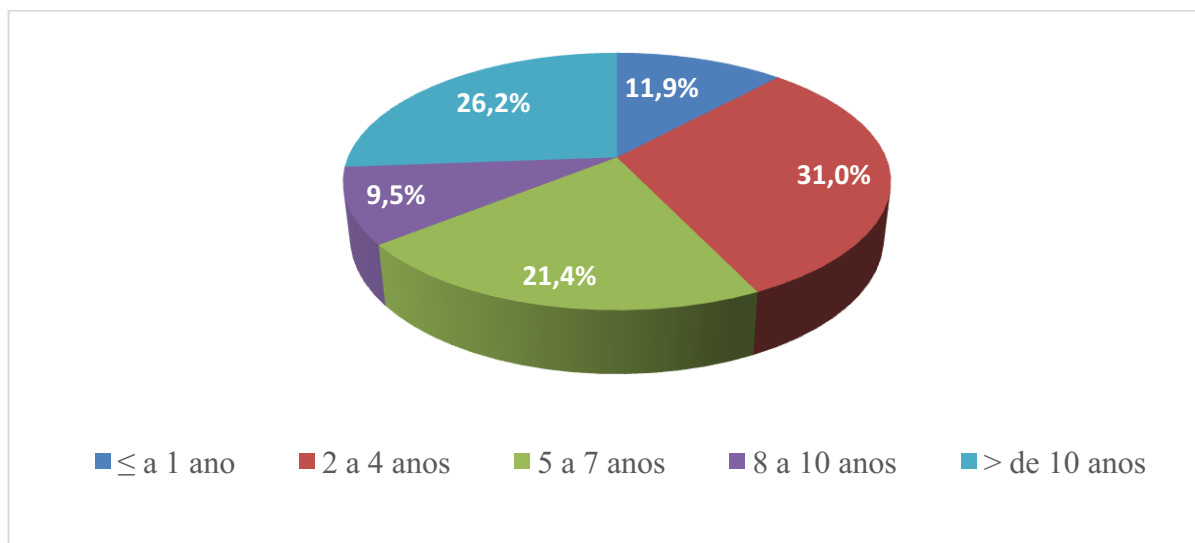
A crepitação é um sinal que acontece comumente a articulação do joelho, mas que também pode acometer outras articulações, ela é caracterizada por ruídos em decorrência do atrito entre os ossos que ocorrem devido ao desgaste da articulação no local. Na literatura, a crepitação é, na maioria das vezes, citada no passo a passo do exame físico, desta forma sendo mencionada apenas em artigos de estudo de caso. A ausência de pesquisas encontradas sobre a frequência de crepitação nos pacientes com AR impossibilita a comparação sobre este dado.

Outro sinal com grande frequência entre os participantes desta pesquisa foi a hipertrofia óssea (47,6%). Na AR este termo é pouquíssimo utilizado, pois o mesmo é uma característica da Osteoartrite; contudo, este foi escolhido para fazer referência ao *pannus* de uma maneira que facilite a compreensão deste sinal por parte dos participantes. O *pannus* é uma característica de uma das três fases de evolução da AR, que são: a exsudação, fase em que há a inflamação da membrana sinovial; proliferação, responsável pela formação do *pannus* (tecido inflamatório hiperplásico e hipertrófico proveniente do líquido sinovial, com presença de células como fibroblasto, macrófagos, células dendríticas, osteoclastos e outros, citocinas e enzimas ativas) e a anquilose fibrosa e óssea, nesta fase acontece a substituição de cartilagem e tecido ósseo que foi destruído no processo inflamatório por fibrina, e depois esta evolui provocando o enrijecimento da articulação por meio da junção dos componentes osteocartilaginosos da articulação, desta forma evidenciando a anquilose óssea (FELLET; SCOTTON, 2004).

5.3. DIAGNÓSTICO

Além de conhecer a frequência com que os sinais e sintomas apresentam entre os participantes, a situação diagnóstica também é objetivo desse estudo. Sobre este item foram feitas perguntas acerca do tempo, método e tipos de exames utilizados para o diagnóstico. Em relação ao tempo de diagnóstico da doença, a maioria 13 (31,0%) dos participantes respondeu o intervalo de dois a quatro anos (Gráfico 3).

Gráfico 3- Distribuição das frequências sobre o tempo (anos) de diagnóstico da AR. Cajazeiras/PB. 2018.



Fonte: Autoria própria. Cajazeiras/PB, 2019.

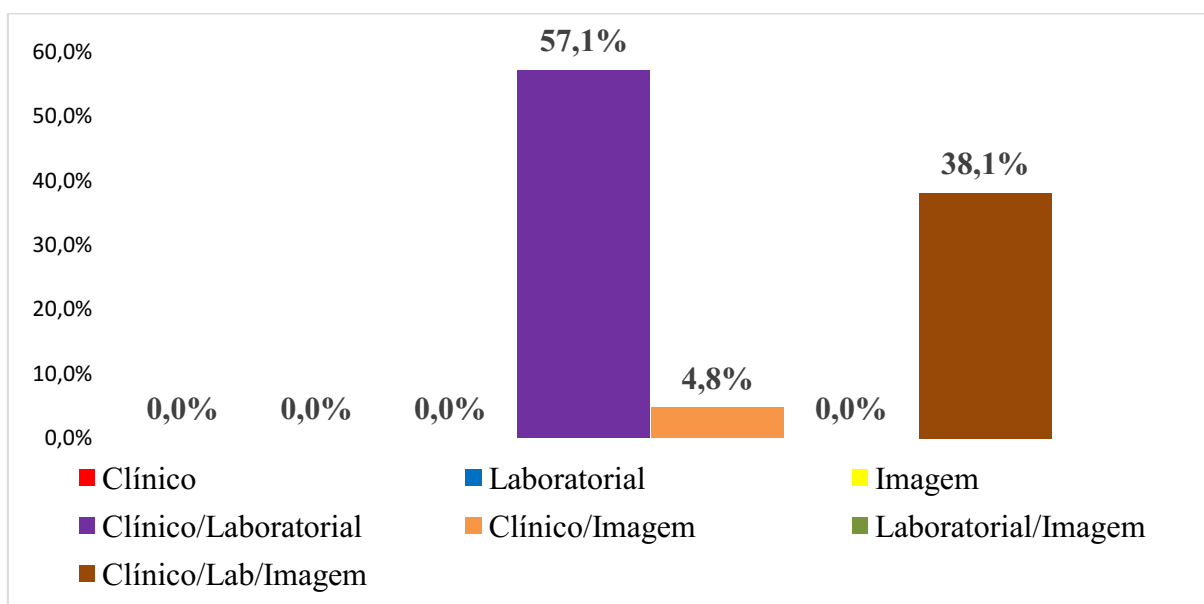
Conhecer o tempo de diagnóstico do paciente é essencial para o acompanhamento e situação prognóstica do mesmo, visto que a AR possui caráter progressivo, desta forma sinais e sintomas mais graves podem ser vistos em pacientes que convivem com a doença há mais tempo.

Considerando a média de idade dessa amostra de 56 anos de idade, próxima aos estudos de Gomes *et al.* (2017) 56,6 anos; Horimoto e Costa (2016), 50,94 anos e Oliveira *et al.* (2016), 55,5 anos, sendo respectivamente o tempo de diagnóstico de 11,3 anos; entre cinco e 10 anos e 11,2 anos, diferente do que foi encontrado nesta pesquisa na qual a maioria dos participantes responderam que obtiveram o diagnóstico da AR num intervalo de dois a quatro anos atrás. Apesar da idade dessas amostras serem semelhantes, o tempo de diagnóstico é diferente; no entanto, com valores aproximados de uma média de 10 anos, semelhante ao segundo maior tempo de diagnóstico obtido nesta pesquisa onde 26,6% dos participantes responderam que descobriram a doença há mais de 10 anos. Avaliar o tempo de diagnóstico da AR em uma determinada população é relativo, pois diversas são as variáveis implicadas nessa situação, a presença de comorbidades e principalmente a forma pela qual os sinais e sintomas se manifestam podem dificultar um diagnóstico precoce (GOELDNER *et al.*, 2011).

Quanto ao método de diagnóstico, as informações foram descritas em sete categorias: pacientes que obtiveram diagnóstico apenas por meio do método clínico; somente laboratorial; apenas de imagem; aqueles que foram diagnosticados por meio dos métodos clínico e laboratorial; clínico e de imagem; laboratorial e de imagem e os que foram

diagnosticados através da conjunção dos três métodos. A maioria deles 18 (42,9%) relataram que os métodos clínico e laboratorial foram necessários para chegar a identificação da AR; outros 15 (35,7%) participantes referiram os três métodos terem sido utilizados, como observado no Gráfico 4.

Gráfico 4- Distribuição dos métodos de exames utilizados no diagnóstico dos pacientes com AR. Cajazeiras/PB. 2018.

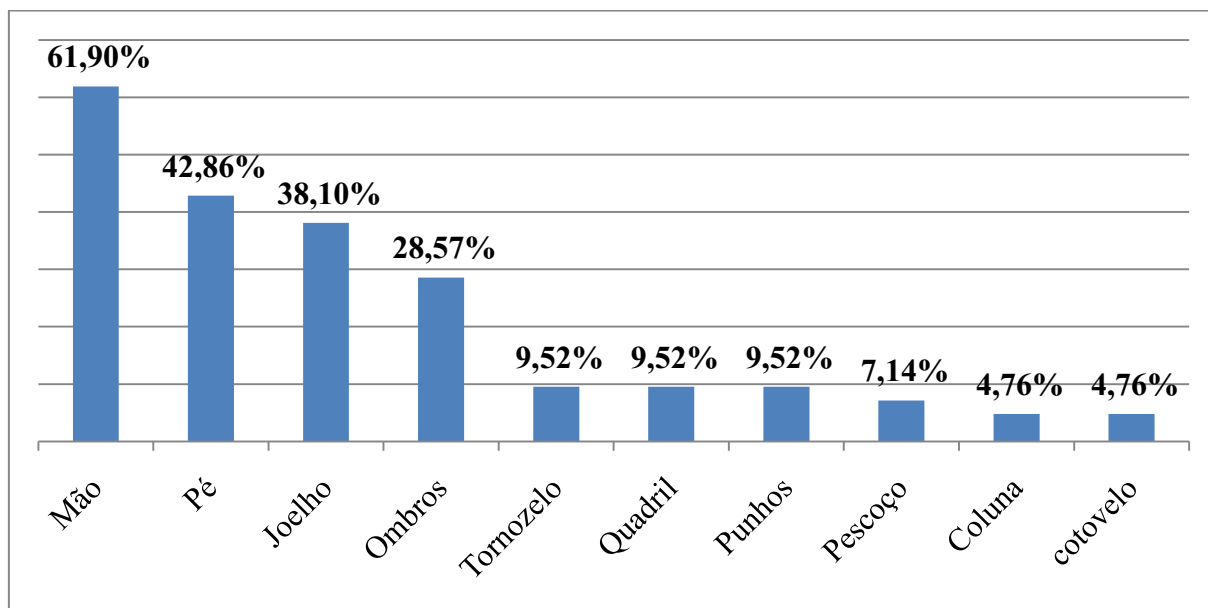


Fonte: Autoria própria. Cajazeiras/PB, 2019.

O diagnóstico da doença é feito com base numa série de critérios incluídos na avaliação dos sinais e sintomas, e exames complementares como os laboratoriais e de imagens. É importante destacar que se faz necessário à associação do método clínico à algum método laboratorial ou de imagem, visto que nenhum teste complementar isolado pode confirmar a presença da AR. Os exames laboratoriais são utilizados para estabelecer o diagnóstico e acompanhar os níveis de autoanticorpos que, por sua vez, são necessários para a avaliação prognóstica; no entanto, em alguns pacientes tais anticorpos não são detectados laboratorialmente; desta forma, esses pacientes tem como diagnóstico a AR soronegativa representada pelo CID 10 M06.0 (BRASIL, 2019).

No que se refere ao diagnóstico clínico, Segundo Araújo (2016), o exame físico identifica as manifestações clínicas como artralgia, rigidez matinal, sinovite nas articulações e em casos mais avançados deformidades das articulações. O envolvimento articular (localização e número) é utilizado como um dos critérios (ACR-EULAR) classificatórios da doença. Neste estudo, os pacientes foram indagados sobre a localização articular da dor (Gráfico 5), manifestação clínica mais frequente entre os participantes.

Gráfico 5- Distribuição da localização articular da dor nos pacientes com AR. Cajazeiras/PB. 2018.



Fonte: Autoria própria. Cajazeiras/PB, 2019.

Neste Gráfico, é possível observar que houve envolvimento tanto de grandes (joelho, tornozelo, ombros e quadril) quanto de pequenas articulações (localizadas nas mãos, pés e punhos), sendo as mais frequentes localizadas nas mãos (61,90%) e pés (42,86%) e o joelho foi a grande articulação mais citada (38,10%).

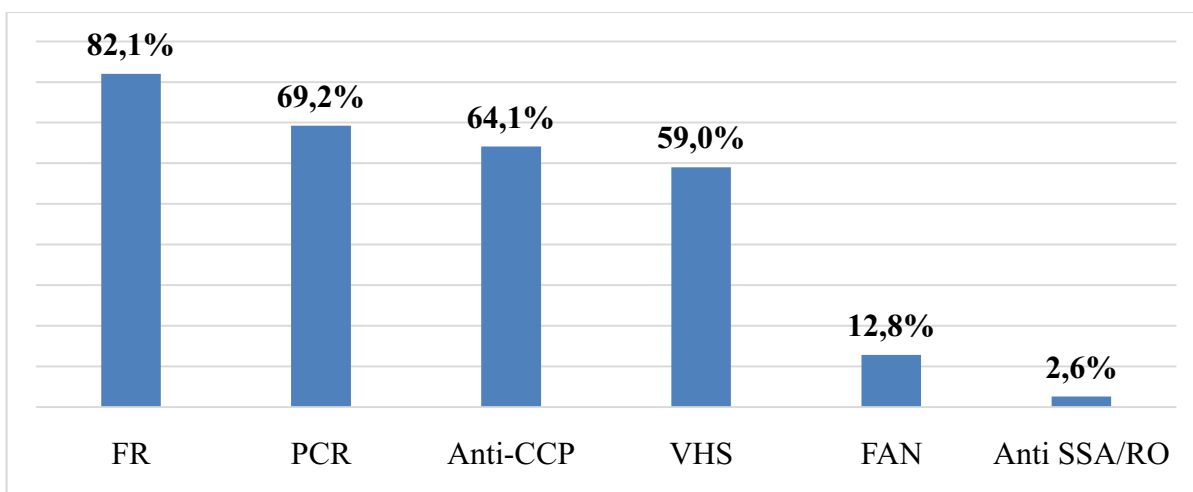
Antes de se estabelecer o diagnóstico da AR os pacientes são investigados quanto a presença de alguns parâmetros que o classifica como tendo a doença. De acordo com Fuller (2010) os critérios da ACR-EULAR descrevem alguns parâmetros que dizem respeito ao envolvimento articular, sorologia e provas de atividade que orientam o profissional clínico a um diagnóstico. Segundo o mesmo pacientes que apresentam um envolvimento articular de pequenas articulações apresentam maior pontuação para a classificação do que com o envolvimento de grandes articulações. Além da localização deve se avaliar também o número de articulações envolvidas e a duração dos sintomas da doença, quanto maior a quantidade de articulações comprometidas maior será a pontuação obtida pelo paciente.

Conforme o exposto no Gráfico 5 houve um maior envolvimento de pequenas articulações (localizadas nas mãos e pés), desta forma infere-se que esses pacientes apresentam chances de maior pontuação no quesito envolvimento articular, visto que a quantidade dessas articulações comprometidas não foram quantificadas neste estudo.

Quanto ao método laboratorial, entre os exames complementares laboratoriais realizados pelos 39 participantes, o teste fator reumatoide (FR) foi o mais frequentemente

(82,1%) utilizado no diagnóstico da AR; seguido dos testes Proteína C Reativa (PCR); Anti-Péptido Citrulinado Cíclico (Anti-CCP); Velocidade de Hemossedimentação (VHS), Fator antinuclear (FAN) e Autoanticorpos contra os antígenos SSA/RO, conforme apresentados no Gráfico 6.

Gráfico 6 - Frequência dos exames laboratoriais realizados por pacientes com AR. Cajazeiras/PB. 2018.



Fonte: Autoria própria. Cajazeiras/PB, 2019.

O FR é o teste mais utilizado para detecção da doença e possui sensibilidade agrupada de 69% (variação de 65 a 73) e especificidade de 85% (variação de 82 a 88), apesar do FR positivo ser utilizado como critério para classificação da AR, o resultado negativo não pode ser um fator excludente para a doença (MILLER *et al.*, 2015). Corroborando com essa afirmativa foi verificado, neste estudo, que 14,3% dos participantes com AR tiveram o FR negativo e alguns deles também tiveram o anti-CCP negativo, este também usado como critério classificatório para AR neste caso, a presença de sinovite persistente em pacientes com testes sorológicos negativos não podem ser negligenciados, pois poderia causar um atraso no diagnóstico (FULLER, 2010).

Nesta pesquisa a VHS foi mencionado por 59% dos participantes e o PCR por 62,9% deles. O VHS é um teste utilizado para identificação de processos inflamatórios que consiste na avaliação do grau de sedimentação dos eritrócitos de uma amostra de sangue venoso anticoagulado, durante o processo inflamatório, mediadores do sistema imune estimulam as células hepáticas a produzirem algumas proteínas, como fibrinogênio, PCR, haptoglobina e complemento, a primeira delas neutraliza as cargas negativas do ácido siálico presente nas membranas eritrocitárias; desta forma, permitindo o empilhamento das hemácias, é um teste bastante sensível, no entanto pouco específico (SILVA *et al.*, 2017).

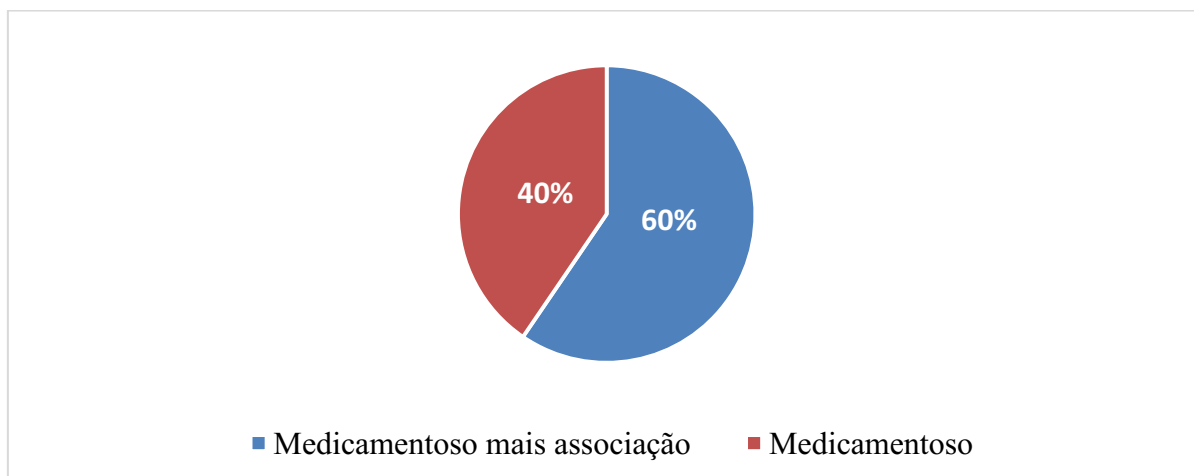
A PCR é uma proteína presente em processos inflamatórios, apesar de apresentar a mesma função do exame VHS existem umas diferenças entre ambas, uma delas é que o resultado de uma prova PCR não é alterada em casos de anemia, policitemia, macrocitose e outras alteração do sistema hematológico como acontece no teste VHS; além disso, há uma disparidade em relação ao tempo dos parâmetros avaliados, nesses testes a PCR se normaliza em geral após nove dias de tratamento adequado, enquanto a VHS se normaliza apenas com 29 dias de tratamento, ambos são usadas para acompanhamento de doenças infecciosas, autoimunes e outras (AGUIAR *et al.*, 2013).

O anti-CCP é o teste sorológico que identifica o anticorpo anti peptídeo citrulinado cíclico, ele não está incluso nos critérios de classificação da doença, pois é indicado em casos de dúvida diagnóstica principalmente quando o FR é negativo. O mesmo possui sensibilidade de 75% e especificidade de 95% e é bastante utilizado na avaliação prognóstica. De acordo com em estudo comparativo da atividade diagnóstica de ambos os testes foi visto que o anti-CCP apresentou maior sensibilidade e especificidade em relação ao FR, e que o anti-CCP pode ser detectado em fases precoces da doença. No entanto, o anti-CCP não foi superior ao teste de FR em todos os parâmetros avaliados no estudo; diante disso, os testes são co-adjuvantes nesse processo e juntos aumentam a taxa de detecção da AR (CHANG *et al.*, 2015).

5.4. TRATAMENTO

Com relação à terapêutica os pacientes foram indagados sobre o tipo de tratamento realizado, os medicamentos utilizados, quanto à presença de alergias as medicações, se houve interrupção do tratamento e as causas relacionadas. Sobre o tipo de tratamento foi indagado como ocorria a terapêutica, se era apenas medicamentosa ou se associavam à outras terapias, como mostra o Gráfico 7.

Gráfico 6- Frequência do tipo de tratamento realizado autorreferido pelos pacientes com AR. Cajazeiras/PB, 2019.



Fonte: Autoria própria. Cajazeiras/PB, 2019.

Neste Gráfico verifica-se que a maioria dos pacientes realizava o tratamento medicamentoso associado ao não medicamentoso. Tal conduta terapêutica pode ser considerada favorável à saúde dos pacientes em razão dos benefícios que podem ser proporcionados pela prática de exercícios físicos, fisioterapia, acompanhamento psicológico, terapia ocupacional e até mesmo cirurgia. Além disso, práticas integrativas complementares como a meditação, acupuntura, relaxamento muscular progressivo, massagens, quiropraxia, podem ser buscadas pelos pacientes, no entanto, devido às poucas evidências científicas sobre os benefícios desse uso, as mesmas devem ser bem recomendadas e acompanhadas pelo profissional responsável (MACFARLANE *et al.*, 2012).

Conforme o PCDT (Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas) da AR (2019), o tratamento da doença é realizado por medicamentos e terapias não medicamentosas. Devendo este ser instalado o mais precocemente com o intuito de prevenir danos estruturais e melhorar a qualidade de vida do paciente. Ambos tratamentos são eficazes sobretudo quando utilizados concomitantemente. Devido ao caráter crônico e sistêmico da AR a abordagem terapêutica deve ser multidisciplinar e multidimensional, na qual os aspectos físicos, social e emocional possam ser englobados.

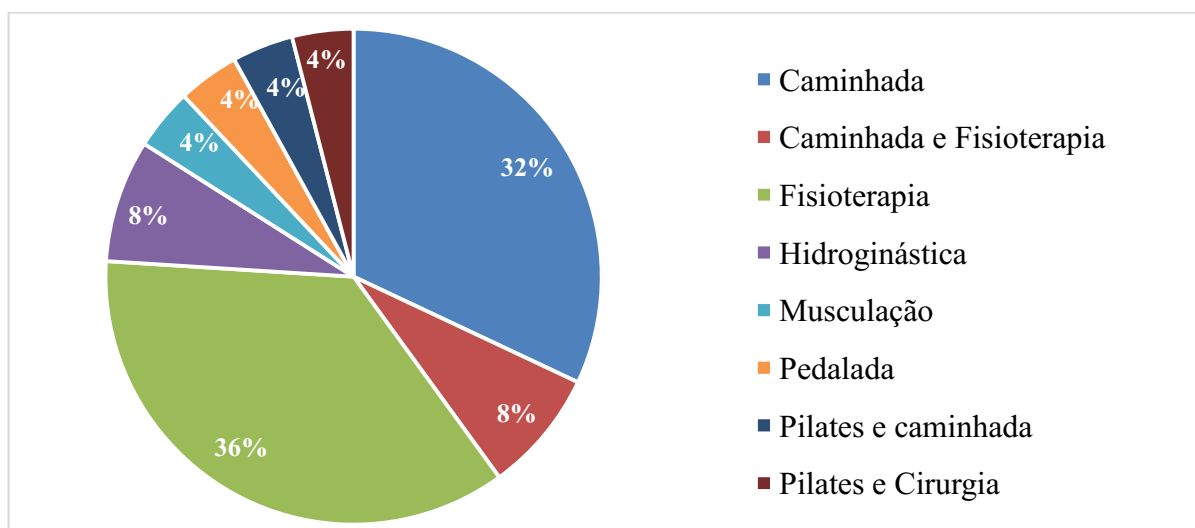
Forestier *et al.* (2009) afirmam que medidas complementares devem ser levadas em conta ao construir um plano de tratamento para pacientes com AR. Tais ações deveriam ser realizadas por uma equipe multidisciplinar e de preferência sob o gerenciamento de um médico especializado em medicina física e reabilitação. Os autores ainda enfatizam ser

necessária a padronização dos programas de educação terapêutica, além da validação dessas intervenções.

Segundo Santana *et al.* (2014), para o tratamento não medicamentoso de pacientes com AR, como no caso do exercício físico é essencial que este esteja presente no protocolo clínico da doença, não apenas citado mas sim com a descrição sobre como o preparador físico deve manejar o tratamento. A última atualização do PCDT inseriu a necessidade do paciente ser acompanhado por equipe multidisciplinar independentemente da fase da doença. Esta atualização foi bastante pertinente, visto que a falta de um protocolo que assegure a prática de exercícios físicos, fisioterapia e a terapia ocupacional em pacientes com AR, pode ser prejudicial tanto ao paciente quanto ao profissional que o acompanha. A conduta de cuidados protocolada direciona o profissional a melhor prestação de cuidados além de lhe assegurar judicialmente em casos de falha na conduta.

Quando perguntados sobre a modalidade de tratamento não medicamentoso que os pacientes fizeram uso, a fisioterapia foi a prática mais citada, como mostra o Gráfico 8.

Gráfico 7- Modalidade de tratamento não medicamentoso realizado por pacientes com AR. Cajazeiras/PB, 2019.



Fonte: Autoria própria. Cajazeiras/PB, 2019.

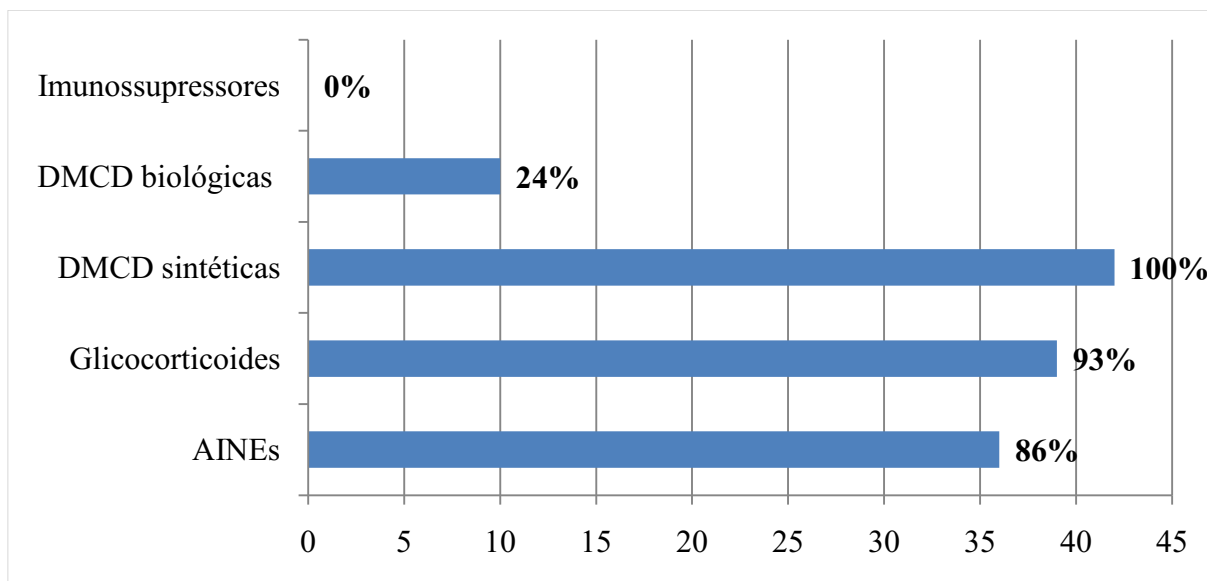
De acordo com Hurkmans *et al.* (2011), a indicação de intervenções fisioterápicas está presente em diversas diretrizes clínicas apresentando índice de forte recomendação, dentre as quais o exercício e educação do paciente foram as atividades mais recomendadas, no entanto tais intervenções necessitam de especificações com relação a sua aplicação.

Conforme Knob *et al.* (2016), em seu estudo de revisão sistemática foi verificado que a fisioterapia apresenta-se como ferramenta eficaz no aumento da qualidade de vida de

pacientes com AR, atuando na diminuição da dor, fadiga e melhora na amplitude de movimentos por meio da técnica de liberação miofascial associada a outros procedimentos; além disso, essa técnica também atua na diminuição da rigidez. Apesar de apresentar os benefícios citados acima, diversos estudos afirmam que práticas complementares para o tratamento desta patologia requerem mais pesquisas para a instalação dessa terapêutica nos protocolos clínicos. Schnornberger, Jorge e Wibelinger (2017), observaram que exercícios fisioterápicos como o alongamento e fortalecimento muscular, equilíbrio e relaxamento proporcionaram diminuição da intensidade da dor em mulheres com AR, contudo não foi percebido piora do quadro clínico naquelas que não apresentaram os benefícios decorrentes da fisioterapia.

Os fármacos preconizados para o tratamento da AR de acordo com o PCDT de 2017, compõe cinco classes farmacêuticas, que estão dispostos no Gráfico abaixo conforme o tratamento dos indivíduos desta pesquisa.

Gráfico 8- Frequência referente à classe farmacológica dos medicamentos utilizados pelos pacientes com AR. Cajazeiras/PB, 2019.



Fonte: Autoria própria. Cajazeiras/PB, 2019.

O uso de fármacos constitui o principal meio de tratamento da AR. Quanto às opções farmacológicas, os AINEs e glicocorticoides são pioneiros e constituem o grupo de medicamentos sintomáticos que atuam no combate a dor e a inflamação. Outro grupo é formado pelas drogas que modificam o curso da doença, rotineiramente conhecidos como DMCD, estas atuam sobre células do sistema imune e substâncias por elas produzidas, desta forma induzem a remissão da doença em médio e longo prazo (PASSOS, 2016). A classe dos

imunossupressores é subdividida em fármacos glicocorticoides, inibidores da calcineurina, agentes antiproliferativos e antimetabólitos, e os anticorpos monoclonais conhecidos por imunobiológicos. Seu mecanismo de ação compreende a inibição da resposta celular e humoral (BRASIL, 2010). Entretanto, no PCDT da AR os imunossupressores são representados pelos fármacos ciclosporina, ciclofosfamida e azatioprina, ou seja, apenas por inibidores da calcineurina e agentes antiproliferativos. Apesar dos glicocorticoides fazerem parte desta classe o protocolo separa os fármacos ciclosporina, ciclofosfamida e azatioprina devido aos seus mecanismos de ação serem mais agressivos, sendo desta forma indicado para apenas em caso de manifestações extra-articulares graves e na artrite reumatoide juvenil (ARJ).

Com base no Gráfico 9, podemos verificar que as DMCD sintéticas foram as mais indicadas para o tratamento da AR, sendo prescrita para todos os pacientes, seguida da classe dos glicocorticoides (93%). Quanto à unanimidade do uso de DMCD sintética neste estudo, tal achado condiz com o estabelecido pelo PCDT da AR (2019), os fármacos desta classe estão na linha de frente do tratamento, principalmente o metotrexato, considerado padrão ouro. Além de ser o primeiro medicamento indicado, o mesmo está presente em quase todo o esquema terapêutico.

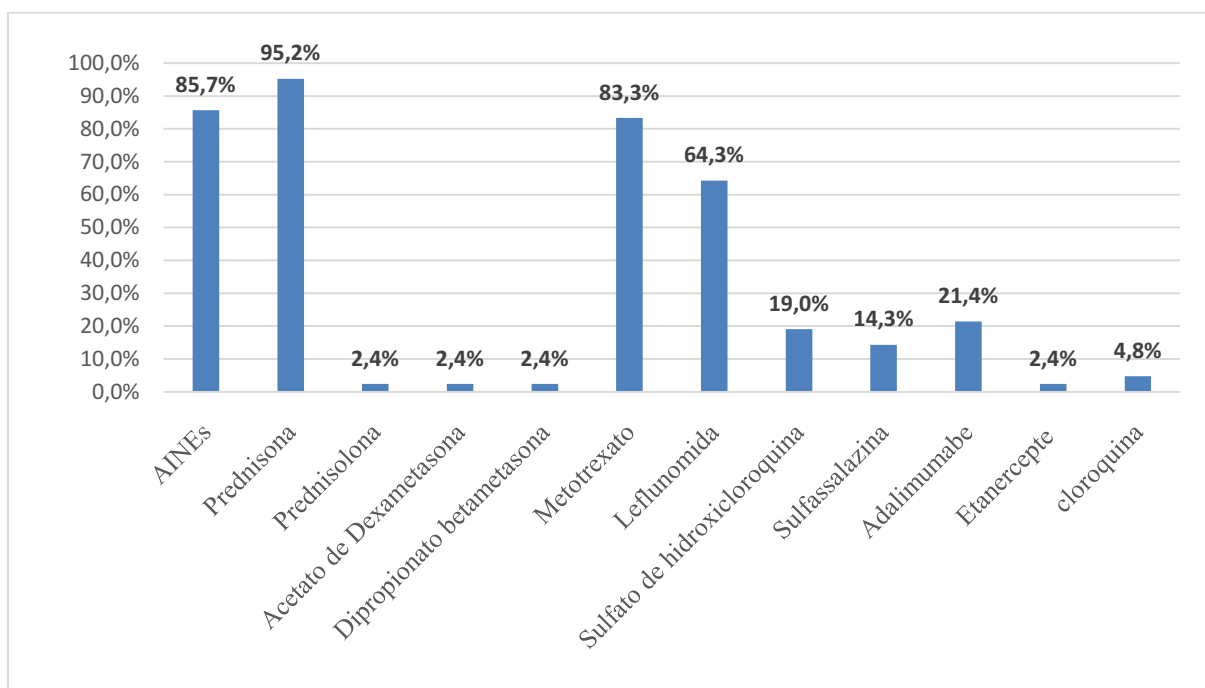
De acordo com Brasil (2019), após o diagnóstico da AR, seja a atividade da doença leve, moderada ou grave, o tratamento deve ser iniciado com DMCD sintéticas. Em casos de eventos adversos ou a não eficácia deste deve-se realizar a troca ou associação a uma outra DMCD sintética. Para falhas nesse esquema iniciar o DMCD sintética a DMCD biológica ou considerar o uso deste último isolado, uma segunda opção seria o uso de um biológico não TNF com ou sem DMCD sintética. Na persistência da ineficácia considerar a aplicação de outro Anti-TNF ou um não TNF, ambos associados ou não a DMCD sintética, outra opção seria a utilização da droga DMCD sintética, porém com alvo específico.

Para todas as fases do tratamento deve-se considerar o uso de glicocorticoide com o intuito de controlar a sintomatologia, principalmente se houver exacerbações da doença. No entanto, é preconizado seu uso em curto prazo, tempo inferior a três meses de tratamento e numa menor dose possível (SINGH *et al.*, 2016).

A frequência de uso elevada dos AINEs e glicocorticoides pode ser justificada devido a importância dessas classes no controle sintomático da AR. Quanto à classe dos imunossupressores esta não foi utilizada por nenhum paciente da amostra, isto se justifica devido a este público não apresentar manifestações extra-articulares severas da AR ou serem portadores da ARJ.

Dentre as classes farmacológicas também foi verificado quais foram os fármacos utilizados pelos participantes da pesquisa, conforme dispostos no Gráfico 10, onde é possível observar uma maior frequência no uso do fármaco prednisona (95,2%), seguida dos AINEs (85,7%), e o metotrexato (83,3%). Apenas os AINEs não tiveram seus fármacos especificados, devido à diversidade de drogas que compõe esta classe terapêutica.

Gráfico 9- Frequência dos medicamentos utilizados pelos pacientes com AR. Cajazeiras/PB, 2019.



Fonte: Autoria própria. Cajazeiras/PB, 2019.

A prednisona juntamente com os AINEs compõe a classe dos fármacos sintomatológicos que atuam na dor, febre e inflamação das articulações afetadas. De acordo com Passos (2016), os fármacos de ação anti-inflamatória dividem-se em hormonais como a prednisona e os não hormonais como a dipirona, paracetamol, ibuprofeno, nimesulida e outros. Os AINEs atuam bloqueando a síntese de prostaglandinas responsáveis pelo processo inflamatório, por sua vez, a prednisona possui efeitos tanto antiinflamatórios quanto imunossupressores, sendo um deles a inibição da migração de leucócitos. Estes efeitos costumam ser imediatos e intensos e tendem a causar diversas alterações como obesidade, acne, diabetes, osteoporose, retenção de sódio, entre outros, bem como infecções oportunistas.

Com relação à prescrição da prednisona algumas observações devem ser feitas, o glicocorticoide quando associado aos AINEs é indicado o uso do inibidor de bomba de próton para proteção gástrica. Se o mesmo for utilizado por mais de três meses faz-se necessário

considerar a suplementação com cálcio e vitamina D para pacientes com fatores de risco para fraturas (BRASIL, 2017). Há dois mecanismos que justificam a suplementação com cálcio e vitamina D em pacientes com AR, um deles é a predisposição que os indivíduos com AR têm de desenvolver a osteoporose. Segundo Bellan, Pirisi e Sainaghi (2015) o mecanismo fisiopatológico da AR causa diversas alterações no sistema imunológico do paciente, sendo elas a ativação de diversas citocinas pró inflamatórias: TNF (Fator de Necrose Tumoral) e interleucinas (IL-1, IL-6 e IL-17) que ocasionam a ativação exacerbada dos osteoclastos, desta forma diminuindo a densidade mineral óssea. A outra causa para o desenvolvimento da osteoporose nesses pacientes pode se dá devido ao uso prolongado e em altas doses de glicocorticoide. Este fármaco causa diminuição da absorção e aumento da excreção renal de cálcio, além da diminuição na ação de osteoblastos, aumentando em 30% o risco para osteoporose (AQUIARA *et al.*, 2018). Nesse caso, ressalta-se a importância da prescrição de cálcio e vitamina D em pacientes com AR e sem osteoporose. Contudo, a consulta individualizada desse paciente será determinante para a escolha dessa terapêutica.

Neste estudo, nove (21,42%) pacientes relataram ter como comorbidade a osteoporose. Dos que referiram não ter osteoporose, cinco (11,90%) realizava suplementação com cálcio e vitamina D de maneira profilática; visto que, a maioria, 38 (90,47%) pacientes, utilizava a prednisona para suprimir a sintomatologia da AR.

Não somente os fatores citados acima afirmam a necessidade desta suplementação, mas também o risco para fraturas. Conforme Alves *et al.* (2017), a ocorrência de quedas e conseqüentemente de fraturas é aumentada em pessoas com idade mais avançada principalmente no público feminino, que está relacionado à maior perda de massa óssea devido à redução de estrógeno, também é mais prevalente em indivíduos com doenças crônicas.

Diante do contexto exposto, sugere que os pacientes desta amostra apresentaram os quesitos necessários para a prescrição de cálcio e vitamina D. Ademais, a maioria, 22 (52,38%) dos pacientes, tinham idade igual ou superior a 60 anos, 37 (88,1%) eram do sexo feminino e possuíam a HAS (40,7%) como doença crônica. Apesar de compor esses critérios, poucos pacientes faziam o uso dessa suplementação como prevenção da osteoporose; sendo importante que o profissional responsável investigue os fatores de riscos para fraturas através de uma consulta detalhada, focada nas reais necessidades do paciente, para que além do controle da doença haja a prevenção de complicações provenientes da mesma.

Outro medicamento bastante utilizado por esses pacientes foi o metotrexato, que, segundo o PCDT da AR, é um fármaco padrão no tratamento da AR e deve ser iniciado assim que estabelecido o diagnóstico; em casos de contraindicação dessa DMCD-sintética, pode ser substituído pela leflunomida ou a sulfassalazina.

Evidenciou-se ao longo desta pesquisa que todos os pacientes que utilizaram o metotrexato o associaram à suplementação com ácido fólico. Conforme Shea *et al.* (2013), o metotrexato é um inibidor do metabolismo do ácido fólico, este por sua vez atua juntamente com outras vitaminas do complexo B na formação de proteínas estruturais e de hemoglobina. Cabe salientar que o uso dessa suplementação pode prevenir efeitos colaterais gastrointestinais, estomatite e o desenvolvimento de doença hepática.

De acordo com o estudo de revisão de Lopez-Olivo *et al.* (2014), o uso do metotrexato no tratamento a curto prazo da AR, apresenta melhora na dor e redução de danos nas articulações. Entretanto, esses pacientes estiveram mais propensos a abandonar o tratamento com este fármaco, apresentando taxa de descontinuidade de 16%, devido ao surgimento de efeitos adversos como toxicidade gastrointestinal e hepática, alopecia, eventos hematológicos, hipertensão, infecção, pneumonite intersticial, entre outros. Esses autores consideraram a taxa de descontinuidade do metotrexato baixa, fato que se assemelha ao encontrado nesta pesquisa, na qual 4,76% dos pacientes entrevistados afirmaram interromper o tratamento devido à reações causadas por este fármaco, sendo uma delas dores no estômago. Além desses medicamentos, os fármacos biológicos também são bastante eficazes na terapêutica da AR.

Neste estudo foram usados pelos pacientes apenas os fármacos adalimumabe e etanercept, apresentando respectivamente as seguintes frequências de uso (21%) e (2%). Resultados diferentes da frequência desses fármacos foram encontrados em Pernambuco por Zanghelini *et al.* (2014), que, dentre os fármacos biológicos utilizados no tratamento da AR, o etanercept (57%) foi o mais frequente, seguido do adalimumabe (37%).

Segundo Guo *et al.* (2018), o adalimumabe, um anticorpo monoclonal humano que inibe o fator de necrose tumoral alfa (anti-TNF- α), é um potente agente antirreumático para a remissão e inibição da progressão radiológica. O mesmo é indicado na segunda etapa do tratamento da AR. Conforme o protocolo atual vigente o adalimumabe faz parte dos fármacos de segunda linha no tratamento da AR, este é introduzindo após falhas nos esquemas metotrexato em monoterapia, outros DMCD sintéticas ou terapia combinada de

metotrexato injetável + leflunomida, por, no mínimo, três meses cada um e na persistência da atividade da doença (BRASIL, 2019).

Sing *et al.* (2016), afirmam que o etanercept em associação ao metotrexato foi mais eficaz que a associação adalimumab e metotrexato, e infliximab mais metotrexato, na diminuição de 50% na contagem de articulações dolorosas e edemaciadas e 50% de melhoria em pelo um dos critérios prognósticos, como avaliação global do paciente, escore de dor, VHS ou PCR negativo. Porém, nesta pesquisa o uso do etanercept foi mínimo, além disso, esse fármaco foi associado à reação de hipersensibilidade por um dos participantes da amostra. De acordo com Machado *et al.* (2016), o uso de adalimumabe e etanercept apresenta um melhor custo benefício para a disponibilização do fármaco pelo sistema único de saúde (SUS) do que o infliximabe. Além disso, apresentou melhor resultado que o infliximabe na diminuição da persistência de sinais e sintomas da doença.

Costa *et al.* (2015), em seu estudo de revisão sobre eficácia e a segurança do uso do infliximabe associado a DMCD sintéticas, verificaram que o infliximabe associado ao metotrexato apresentou melhores resultados em relação ao uso do metotrexato isolado; no entanto, a dose do infliximabe deve ser bem monitorada tendo em vista que doses mais elevadas que (3 mg/kg) estavam relacionados com um aumento na incidência de infecções. Corroborando com esses achados, Giassi *et al.* (2014), afirmam que o infliximabe foi a primeira DMCD biológica padronizada para o tratamento da AR, e está sendo relacionado ao surgimento de infecções oportunistas e infecções por bactérias intracelulares, desta forma evidencia-se que pacientes que fazem tratamento com infliximabe estão mais susceptíveis a terem pneumonia por *Legionella pneumophila*, além do fato de que infecções em pacientes com AR devido ao uso de outras drogas biológicas são muito raras.

É essencial o conhecimento destes dados no tocante a eficácia e segurança do tratamento farmacológico da AR. No que diz respeito à presença de reações adversas aos fármacos e em alguns casos específicos com os cuidados na prescrição das DMCD biológicas, visto sua relação com o aumento da suscetibilidade do paciente a desenvolver doenças oportunistas como tuberculose e outras infecções bacterianas.

Outra variável quantificada entre os participantes foi à ocorrência de Reações de Hipersensibilidade a Fármacos (RHF), na qual a maior parcela dos pacientes (81%) negou a presença dessas reações. Oito eventos de RHF foram relatados, cada um envolvendo um fármaco diferente.

Tabela 3- Frequência de Reações de Hipersensibilidade a Fármacos nos pacientes com AR atendidos em uma clínica do município de Cajazeiras/PB, 2018.

RHF	N	%
Não	34	81,0%
AF	1	2,4%
Sulfassalazina	1	2,4%
AINE	1	2,4%
Etanercepte	1	2,4%
Glicocorticoide	1	2,4%
Sim, mas não sabe informar	1	2,4%
Metotrexato	1	2,4%
Diclofenaco sódico	1	2,4%
	42	100%

Fonte: Autoria própria. Cajazeiras/PB, 2019.

Segundo o estudo de Rocchi *et al.* (2014), os achados de RHF na AR foram relacionadas ao uso de tocilizumabe e de infliximabe, ambos DMCD biológicas. Matucci *et al.* (2013), apresentam evidências que justificam a necessidade da realização de testes cutâneo em pacientes em uso de infliximabe que apresentaram reações a este fármaco. Conforme Yun *et al.* (2016), os fármacos biológicos do tratamento da AR apresentam maior propensão ao desenvolvimento de reações de hipersensibilidade, dentre os quais os de administração intravesona como Infliximab, rituximabe e tocilizumabe estão mais associados ao risco aumentado de RHF.

Apesar das DMCD biológica estarem mais associadas à presença de RHF do que as drogas sintéticas observa-se o oposto na tabela 3, na qual pode se verificar que as DMCD sintéticas sulfassalazina e metotrexato foram mais prevalentes.

Conhecer o protocolo atual da AR é fundamental no acompanhamento do paciente, visto que as diversas ações estabelecidas por ele são embasadas em evidências científicas. Ademais, é necessário avaliar a atividade da doença, a persistência de sinais e sintomas e os desconfortos e reações aos medicamentos, tendo em vista um risco aumentado de abandono pelo paciente.

Com base nisto, pode-se verificar nesta pesquisa as causas mais frequentes de interrupção do tratamento e o tempo na qual esses pacientes estiveram em risco de progressão de maiores danos articulares.

Quadro 1. Frequência das Causas de interrupção do tratamento autorreferida pelos pacientes com AR. Cajazeiras/PB, 2018.

Causas da interrupção do tratamento	n	%
Descuido	2	4,76
Estresse pela rotina das medicações	1	2,38
Melhora do quadro clínico	5	11,90
Falta do medicamento fornecido pelo SUS	4	9,52
Interrupção para procedimentos cirúrgicos	2	4,76
Efeito adverso das medicações	5	11,90
Dificuldades financeiras	2	4,76
Total	21	50,00

Fonte: Autoria própria. Cajazeiras/PB, 2019.

Em relação ao tempo de interrupção foi visto que o maior período foi de 10 anos, devido à problemas financeiros, e o menor deles foi de três a quatro dias por causa do edema em decorrência do uso da prednisona.

Segundo Machado *et al.* (2016), as maiores taxas de interrupção do tratamento da AR se deram devido à presença de efeitos adversos e perda da efetividade do fármaco. Silveira *et al.* (2011) concordam ao afirmarem que as DMCD biológicas estão associadas ao abandono temporário do tratamento devido a ocorrência de reações adversas, além destas a ineficiência ou perda da efetividade da medicação, morte, e outras razões como desistência do tratamento, gravidez e remissão da doença foram verificadas como causa da interrupção da terapêutica medicamentosa.

Foram encontrados poucos artigos científicos que abordassem a causa da interrupção do tratamento. Sendo uma boa parte deles relacionada à descontinuidade do tratamento devido à remissão dos sinais e sintomas da AR. Como é visto no estudo de Moghadam *et al.* (2018), na qual os autores afirmam que descontinuar o uso de fármacos biológicos em razão da remissão dos sintomas configura-se um fator positivo no prognóstico de pacientes com a AR. Esta e outras pesquisas verificam a interrupção do tratamento no que diz respeito à retirada de fármacos biológicos, ou seja, na melhora do quadro clínico e o retorno para apenas uso de fármacos sintéticos associados a fármacos sintomáticos a depender da necessidade do paciente.

Apesar do Sistema único de saúde (SUS) fornecer a medicação, alguns outros fármacos como os AINEs e a prednisona são comprados pelos próprios pacientes, desta forma a dificuldade financeira pode ser um fator crucial para a interrupção do tratamento e piora do

quadro clínico, principalmente devido ao fato do paciente não poder custear as consultas ao reumatologista e exames de acompanhamento e de avaliação prognóstica.

Diante de outras causas que comprometam a continuidade do tratamento como a interrupção da medicação para a realização de procedimentos cirúrgicos e o estresse causado pela rotina de uso das medicações, o profissional de saúde deve estar atento a essas causas durante as consultas, é essencial questionar o paciente quanto aos fatores intervenientes na descontinuidade da terapêutica, Nesta pesquisa foi verificado que a maior parcela dos participantes apresentou características relacionadas à um agravamento da doença, ou seja, de um mau prognóstico da AR, pela maioria ser do sexo feminino, terem início da doença em idade precoce e pela presença de manifestações extra-articulares como síndrome de sjogren e osteoporose. Segundo Mota *et al.* (2011), além desses outros fatores estão relacionados a um prognóstico ruim, sendo eles o tabagismo, baixo nível socioeconômico, FR ou anti-CCP elevados, provas inflamatórias como VHS ou PCR persistentemente elevadas, grande número de articulações edemaciadas e presença precoce de erosão articular. Contudo, a maioria dos participantes (97,62%) afirmou não ter respondido a nenhum questionário que avaliasse a capacidade funcional.

Desta forma, compreende-se que a avaliação prognóstica desses pacientes se dava por meio da avaliação de testes diagnósticos, não fazendo uso de questionários sobre a capacidade funcional desses pacientes, como preconiza o MS, na qual o mesmo também indica o uso do instrumento Health Assessment Questionnaire (HAQ) para acompanhamento prognóstico do comprometimento físico desses pacientes (BRASIL, 2019).

5.5. QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE

Para avaliar o impacto da doença na qualidade de vida dos pacientes deste estudo, realizou-se uma análise descritiva do questionário SF- 36, na qual cada indivíduo obteve um escore num intervalo de 0 (pior estado de saúde) a 100 (melhor estado de saúde) para cada variável/domínio avaliado. Participaram desta avaliação 30 pacientes; os resultados foram organizados através de estimadores estatísticos (tabela 4) e através da frequência do intervalo dos escores (tabela 5), estratificada em: ruim (0-24), regular (25-60), boa (61-83), muito boa (84-99) e excelente (100), conforme o manual de pontuação da versão em espanhol do questionário SF-36, em virtude da falta de literaturas brasileiras sobre a classificação dessa pontuação.

Tabela 4- Estimadores estatísticos dos diferentes domínios do SF-36, de qualidade de vida dos pacientes com AR. Cajazeiras/PB, 2018.

Estimadores	CF	LAF	Dor	EGS	Vit	AS	AE	SM
Média	48,7	35,8	50,5	43,5	54,5	75,4	53,3	61,1
Mediana	50	25	45,5	42	55	87,5	66,7	66,0
Desvio padrão	27,4	35,8	28,8	24,3	22,9	26,4	44,3	25,8
Intervalo	95	100	90	82	95	100	100	96
Mínimo	0	0	10	5	5	0	0	4
Máximo	95	100	100	87	100	100	100	100

Fonte: Autoria própria. Cajazeiras/PB, 2019.

CF, Capacidade Funcional; LAF, limitação por aspectos físicos; EGS, Estado Geral de Saúde; VIT, Vitalidade; AS, Aspectos Sociais; AE, Aspectos Emocionais; SM, Saúde Mental.

De acordo com os dados da tabela acima, exceto pelos domínios “aspectos sociais” e “saúde mental”, todos os demais apresentaram escores inferiores a 60, sendo as menores médias as dos domínios: LAF (35,8), EGS (43,5), CF (48,7) e Dor (50,5), indicando uma influência negativa da AR sobre a qualidade de vida (QV) dos indivíduos estudados. Resultados semelhantes foram verificados por Roma *et al.* (2014), que também utilizaram o SF-36 para avaliação da QV de pacientes com AR, e observaram piores médias nos domínios: dor (50,5), EGS (56,9), Vit. (57,4) e aspectos físicos (57,5), sendo o domínio “dor” apresentando 100% de concordância com os resultados aqui apresentados. Ressalta-se que o domínio “limitação por aspectos físicos” foi a mais afetada pela doença nesta pesquisa, em que obteve o pior escore (35,8), sugerindo uma relevante contribuição na diminuição da QV dos pacientes. Os achados de Campos *et al* (2013), também mostraram que a variável “aspecto físico” foi a que teve pior escore (35,0) dentre todos os domínios do SF-36 afetados, em pacientes com AR.

Conforme os dados acima verifica-se que a LAF foi responsável pela diminuição da QV mais do que o aspecto “dor”. Sobre este domínio, os participantes da pesquisa foram questionados sobre a frequência pela qual sentiam a dor, na qual 60% afirmaram a presença deste sintoma diariamente. Apesar disto, a limitação física causou mais impacto negativo no bem-estar desses indivíduos. Pode se inferir que a dificuldade na realização de algumas tarefas pode afetá-los mais do que a própria dor, devido à diminuição do desempenho no trabalho e nas atividades de vida diária. Do mesmo modo, Schnornberger, Jorge e Wibelinger (2017), em estudo sobre a intervenção fisioterapêutica na dor e na QV em mulheres com AR, confirmam que a LAF causou maior diminuição da QV do que o aspecto dor. Pinto, Spessirits e Caldas (2017) corroboram com esses achados, afirmando que a AR é uma patologia que

compromete a capacidade física do enfermo, causa repercussão negativa no condicionamento físico, e abandono do trabalho em idade precoce.

Com relação à classificação de cada domínio do SF-36, foi verificado que os domínios CF, Dor, EGS, Vit e SM foram considerados regulares pelos pacientes (tabela 5). Os campos de estudo AS e AE apresentaram resultados mais satisfatórios pela maioria dos participantes entrevistados, enquanto que a LAF esteve mais frequentemente relacionada à pior classificação da QV, em que 11 indivíduos (36,7%) classificaram este aspecto como sendo ruim.

Tabela 5- Classificação da pontuação transformada na escala de 0 a 100, obtidas através do questionário SF-36 (Adaptado de URSS, 2000).

Domínios da QV	Frequência n (%)				
	Ruim	Regular	Bom	Muito boa	Excelente
CF	6 (20%)	12 (40%)	10(33,3%)	2 (6,66%)	0 (0%)
LAF	11 (36,7%)	10 (33,3%)	6 (20%)	0 (0%)	3 (10%)
Dor	7 (23,3%)	13 (43,3%)	5 (16,7%)	0 (0%)	5 (16,7%)
EGS	8 (26,7%)	14 (46,7%)	6 (20%)	2 (6,7%)	0 (0%)
Vit	3 (10%)	17 (56,7%)	6 (20%)	3 (10%)	1 (3,3%)
AS	1 (3,3%)	4 (13,3%)	9 (30%)	7 (23,3%)	9 (30%)
AE	10 (33,3%)	4 (13,3%)	4 (13,3%)	0 (0%)	12 (40%)
SM	3 (10%)	10 (33,3%)	8 (26,7%)	8 (26,7%)	1 (3,3%)

Fonte: Autoria própria. Cajazeiras/PB, 2019.

Conforme esta classificação, compreende-se que a AR repercutiu negativamente na QV desses pacientes sobre diversos domínios do SF-36, principalmente naqueles relacionados aos aspectos físico-funcionais. Ademais, observa-se uma concordância entre a LAF ser considerada ruim pela maioria dos participantes e ter obtido a média de pior escore. Sobre o componente físico, Corbacho e Dapuetto (2010) afirmam com base em sua pesquisa sobre a QV de pacientes com AR que houve uma diminuição da QV, principalmente no aspecto físico, sendo os pacientes avaliados por meio de dois instrumentos, o Health Assessment Questionnaire (HAQ) e o SF-12v1, versão reduzida do questionário SF-36v2, na qual ambos chegaram a este mesmo resultado.

Alguns estudos sobre a avaliação da capacidade funcional de pacientes com AR concluíram que os pacientes possuem um risco aumentado para quedas e incapacidade funcional, desta forma fazendo-se necessária monitoração do condicionamento físico, EGS e a implementação de exercícios que contribuam para um melhor prognóstico da doença

(MARQUES *et al.* 2016; OLIVEIRA *et al.* 2015; SANTANA *et al.* 2014; CORBACHO; DAPUETO 2010).

As limitações físicas podem ser cruciais na diminuição do bem-estar desses indivíduos à medida que compromete o desenvolvimento funcional dos mesmos, diante dos estudos citados ficou evidente que os danos no aspecto físico estiveram mais relacionados com uma QV insatisfatória do que os outros parâmetros.

Neste estudo os pacientes também foram questionados sobre a presença de incapacidade física, na qual sete (16,7%) deles confirmaram ter algum tipo de incapacidade. Segundo Malm *et al.* (2013) a dor, o EGS, a lesão articular radiográfica e a duração da doença apresentam-se como fatores preditivos para a incapacidade de pacientes com AR. Os autores intensificam em seu estudo a necessidade de reconhecer esses pacientes que demandam de tratamentos multidisciplinares, uma vez que apenas o tratamento farmacológico não apresenta total eficácia no controle da doença e prevenção de incapacidades físicas.

Segundo Romero-Guzmán *et al.* (2016) as alterações nas mãos do tipo deformidades são características comuns em indivíduos com AR que apresentam maior tempo de doença. Esses autores verificaram que até mesmos os pacientes em remissão dos sintomas apresentavam diminuição dos escores referentes aos domínios dor, desempenho no trabalho, estética e satisfação com relação à funcionalidade de suas mãos, além da diminuição da força de preensão palmar.

De acordo com Almeida *et al.* (2015) as alterações físicas evidenciam a alta atividade da doença que por sua vez dificulta a realização de atividades de vida diárias. Desta forma, afirmam que o estabelecimento do tratamento precoce juntamente com a participação efetiva da equipe multiprofissional é essencial para a diminuição dos problemas físicos que atrapalham na capacidade laboral. Além disso, a instalação de técnicas protetivas por meio de órteses apresenta-se promissora no controle da dor e melhora do desempenho físico. Estes dispositivos auxiliam no suporte e mecânica do membro afetado, de forma a retardar as deformidades quando usadas regularmente (FERRARI *et al.*, 2016; SILVA; MASSA, 2015).

Machin *et al.* (2017) verificaram que os pacientes com AR apresentavam problemas psicológicos tais como ansiedade e depressão como uma resposta a dor causada pela doença, a maioria dos participantes reconheceu o impacto negativo da AR no humor, na qual os mesmos associaram este estado a exacerbação de sinais e sintomas da doença. Em concordância com esses autores, Sontag *et al.* (2017) afirmam que indivíduos com AR tendem a ter alteração no padrão de humor, como raiva e tensão, conforme o aumento da atividade da

doença. Neste contexto, pode-se inferir que a impossibilidade de realizar algumas atividades diárias, principalmente aquelas que trazem prazer e satisfação, pode contribuir para o enfraquecimento da saúde mental desses indivíduos.

Os aspectos relacionados às limitações físicas apresentam grande sensibilidade às alterações da QV. O controle da dor e a prevenção de incapacidade são fundamentais para a QV e servem como medida para redução da atividade da doença. A avaliação da QV é fundamental para conhecer o quadro evolutivo da doença, avaliar o estado funcional dos pacientes, além de ser útil para acompanhar o prognóstico do paciente.

6. CONCLUSÃO

A presente pesquisa proporcionou uma visão geral sobre o perfil clínico, diagnóstico e terapêutico de pacientes com artrite reumatoide acompanhados em uma clínica particular, além de identificar o impacto da doença na qualidade de vida desses indivíduos. A AR acometeu, predominantemente, o gênero feminino da amostra estudada, pessoas pardas e com idades entre 60 a 70 anos, sugerindo que indivíduos com essas características apresentam risco aumentado para o desenvolvimento da doença.

As manifestações clínicas presentes nos pacientes acompanhados na clínica contribuíram para direcionar o tratamento medicamentoso e não medicamentoso da AR, sendo os sinais e sintomas mais frequentes a dor articular, relatada por todos, seguida da rigidez articular matinal; as mãos foi o membro mais acometido na doença. Dentre o perfil clínico, a principal comorbidade foi a HAS, tendo sido baixa a frequência de outras doenças autoimunes.

A maioria dos participantes relatou um tempo de diagnóstico relativamente curto, que variou de dois a quatro anos. A confirmação diagnóstica da AR se deu, na maioria, através da associação dos aspectos clínicos e laboratoriais. Dentre os exames laboratoriais o FR esteve mais presente no diagnóstico.

O tratamento farmacológico foi associado principalmente com a fisioterapia, como método não medicamentoso. Os dados referentes ao tratamento farmacológico demonstraram seguir o protocolo preconizado pelo MS, no qual todos os pacientes fizeram uso de DMCD sintéticas, destacando o metotrexato, seguido da classe dos glicocorticoides, principalmente a prednisona. É importante destacar que, apesar da prescrição da prednisona, um dado observado no manejo do tratamento da AR foi o baixo uso de suplementação de cálcio e vitamina D na prevenção de osteoporose. Desta forma, sugerindo um maior risco de quedas e fraturas nesses pacientes.

Apesar do sintoma dor ter sido mencionada por todos os participantes da pesquisa, foi visto que a dificuldade ou impossibilidade dos pacientes de realizar as atividades diárias e continuar atuando em suas profissões ou serviços foi capaz de prejudicar a qualidade de vida (QV) mais do que a presença desse sintoma, sugerindo que esses pacientes apresentam maior capacidade de suportar ou lidar com essa condição clínica, a dor, do que tolerar a perda da autonomia e/ou a dependência de cuidados.

Assim, em relação à avaliação da QV dos participantes desta pesquisa, destaca-se que a AR causou impacto negativo em diversos domínios da QV, sobretudo no domínio

limitação por aspecto físico (LAF), classificada como ruim pela maioria dos indivíduos. Ressalta-se, portanto, a importância de se avaliar a QV do paciente com AR, pois permite conhecer a capacidade funcional dos mesmos, sendo útil para acompanhar o prognóstico da doença.

Ademais, devido à complexidade e as diversas complicações decorrentes da AR é fundamental um acompanhamento completo do estado de saúde dos pacientes, com intuito de identificar os problemas enfrentados por estes, mediante os sinais e sintomas, tratamento e qualidade de vida.

Neste estudo, algumas limitações ocorreram como falhas ou incompletudes no preenchimento dos questionários devido à lapsos de memória dos participantes, sobretudo pelo caráter autorreferido em que as respostas dependiam quase que exclusivamente do entendimento deles sobre a vivência de sua doença e também devido algumas fichas clínicas não estarem totalmente preenchidas. Além disso, a causas da não prescrição da suplementação de cálcio e vitamina D para pacientes que apresentaram critérios para uso não foram conhecidas.

É imprescindível que mais pesquisas dessa natureza sejam desenvolvidas para beneficiar a compreensão dos aspectos clínicos e qualidade de vida desses indivíduos, uma vez que a AR causa restrições físicas, afeta a capacidade funcional e pode levar ao abandono do trabalho em idade produtiva. É importante uma investigação detalhada sobre tal condição, tendo em vista que o diagnóstico precoce pode favorecer ao paciente, retardando ou até mesmo prevenindo maiores danos à saúde. Estudos nessa área são fundamentais, com foco na diminuição da atividade da doença por meio de técnicas terapêuticas, como a criação de protocolos clínicos que abordem o tratamento não medicamentoso como atividade física e o acompanhamento psicológico. Ademais, sugere-se a possibilidade de se introduzir a avaliação da QV na rotina de avaliação clínica de pacientes com AR, juntamente com a consulta de acompanhamento.

Outrossim, por se tratar de uma região carente de estudos sobre doenças autoimunes reumáticas, espera-se, com os resultados deste trabalho, auxiliar e despertar o interesse de profissionais e acadêmicos da área de saúde na realização de novos estudos abordando essa temática, além da busca por novas estratégias que beneficie os pacientes/sociedade e que portanto melhorem a qualidade de vida de pacientes com AR.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAS, A.K; LICHTMAN, A.H; SHIV, P. **Imunologia básica: funções e distúrbios do sistema imunológico**. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

AGUIAR, F. J. B. *et al* . Proteína C reativa: aplicações clínicas e propostas para utilização racional. **Rev. Assoc. Med. Bras**, São Paulo, SP, v. 59, n. 1, p. 85-92, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000100016>. Acesso em: 24 de abril de 2019.

ALETAHA , D. *et al* . Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. **Ann Rheum Dis**, v. 69, n. 9, p. 1580-1588, set. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20699241>>. Acesso em: 14 de maio de 2019.

ALIVERNINI, S. *et al* . Tapering and discontinuation of TNF- α blockers without disease relapse using ultrasonography as a tool to identify patients with rheumatoid arthritis in clinical and histological remission. **Arthritis research & therapy**, v. 18, n. 39, p. 39-46, fev. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4741059/>> Acesso em: 14 de maio de 2019.

ALMEIDA, M. S. T. M; ALMEIDA, J. V. M; BERTOLO, M. B. Características demográficas e clínicas de pacientes com artrite reumatoide no Piauí, Brasil- avaliação de 98 pacientes. **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo, SP, v. 54, n. 5, p. 360-365, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042014000500360>. Acesso em: 14 de maio de 2018.

ALMEIDA, P. H. T. Q. *et al* . Terapia ocupacional na artrite reumatoide: o que o reumatologista precisa saber?. **Rev. Bras. Reumatol**. São Paulo, SP, v. 55, n. 3, p. 272-280, jun. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v55n3/0482-5004-rbr-55-03-0272.pdf>>. Acesso em: 20 de maio de 2018.

AQUIARA, I. A. *et al* . A AÇÃO DOS GLICOCORTICOIDES NO METABOLISMO ÓSSEO LEVANDO A OSTEOPOROSE. **Revista Científica Fagoc Saúde**, v.3, p. 30-37, 2018. Disponível em: <<http://revista.fagoc.br/index.php/saude/article/view/354>>. Acesso 15 de abril de 2019.

ARAÚJO, V. S. **O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AOS CUIDADOS DO PORTADOR DE ARTRITE REUMATÓIDE**. 2016. 22 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ensino São Lucas, Faculdade São Lucas, Porto Velho, RO, 2016. Disponível em: <<http://repositorio.saolucas.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1915/Viviane%20da%20Silva%20Ara%C3%BAjo%20%20O%20papel%20do%20enfermeiro%20frente%20aos%20cuidados%20do%20portador%20de%20artrite%20reumat%C3%B3ide.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 18 de maio de 2018.

AUGUSTO, R. D. B. **Influência do gênero no desenvolvimento de doenças autoimunes**. 2013. 34 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2013. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71995/2/31103.pdf>>. Acesso em: 04 de maio de 2018.

BASTOS, J. L. D; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-232, out./dez. 2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/%20scientiamedica/article/viewFile/2806/2634>>. Acesso em: 30 de abril de 2019.

BELLAN, M; PIRISI, M; SAINAGHI, P. P. Osteoporose na artrite reumatoide: papel do hormônio D / hormônio paratireoideo. **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo, SP, v. 55, n. 3, p. 256-263, jun. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v55n3/0482-5004-rbr-55-03-0256.pdf>>. Acesso em: 14 de abril de 2019.

BEZERRA, C. D. S. SER MULHER COM ARTRITE REUMATÓIDE: REPRESENTAÇÕES MÉDICO-CIENTÍFICAS & EXPERIÊNCIAS COTIDIANAS. In: V Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades, Sexualidades e relações de gênero: Produção e gestão do conhecimento. 2017, Salvador. **Anais ENLAÇANDO**, v.1, ISSN 2238-9008. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/revistas/enlacando/trabalhos/TRABALHO_EV072_MD1_SA34_ID554_17072017204109.pdf>. Acesso em: 28 de março de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de recomendação Conitec: **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide**. 2019. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2019/Relatrio_PCDT_Artrite_Reumatoide_CP21_2019.pdf>. Acesso em: 11 de maio de 2019.

_____, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, nº 240, p. 59, de 11 e 12 de dez. 2012. Seção. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 02 de junho de 2018.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional: Rename 2010/Ministério da Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf>. Acesso em: <15 de maio de 2019.

_____, Portaria Conjunta nº 15, de 11 de dezembro de 2017. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diário oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, nº 246, p. 33 de 26 dez. 2017. Seção 1. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/04/Portaria-Conjunta-15-PCDT-da-AR-11-12-2017.pdf>>. Acesso em: 05 maio de 2018.

BUIN, L. “Mãos à Obra” – Programa de exercícios domiciliares para as mãos em artrite reumatoide. 2017. 90 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de concentração em Clínica Médica) – Pós-Graduação em Clínica Médica, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/325685/1/Buin_Luciana_M.pdf>. Acesso em: 11 de maio de 2019.

- CAMPOS, A. P. R. *et al.* Depressão e qualidade de vida em indivíduos com artrite reumatoide e indivíduos com saúde estável: um estudo comparativo. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 401-407, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502013000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de junho de 2019.
- CAMPOS, A. P. R. *et al.* Depressão e qualidade de vida em indivíduos com artrite reumatoide e indivíduos com saúde estável: um estudo comparativo. **Fisioter. Pesq**, São Paulo, SP, v. 20, n. 4, p. 401-407, nov. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fp/v20n4/v20n4a16.pdf>>. Acesso em: 08 de junho de 2019.
- CARVALHO, C. L. D. B.; ORTIGOSA, L. C. M. Vitiligo segmentar após uso de infliximabe para artrite reumatoide - Relato de caso. **Rev. Bras. Dermatol**, Rio de Janeiro, RJ, v. 89, n. 1, p. 154-156, fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962014000100154>. Acesso em: 12 de abril de 2019.
- CASTILHO, A. P.; BORGES, N. R. M. (Org.); PEREIRA, V. T. (Org.). Manual de metodologia Científica. 1. ed. Itumbiara: ILES ULBRA, 2014. 148 p. Disponível em: <<http://www.ulbra.br/upload/57c82ea6221906e563c5cf8acba19f84.pdf>> Acesso em: 25 de abril de 2018.
- CICONELLI, R. M. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo, SP, v. 39, n. 3, p. 143–150, 1999. Disponível em: <http://www.ufjf.br/renato_nunes/files/2014/03/Valida%C3%A7%C3%A3o-do-Question%C3%A1rio-de-qualidade-de-Vida-SF-36.pdf>. Acesso em: 02 de junho de 2018.
- CORBACHO, M. I.; DAPUETO, J. J. Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida de pacientes com artrite reumatoide. **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo, SP, v. 50, n. 1, p. 31-43, fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v50n1/v50n1a04.pdf>>. Acesso em: 04 de maio de 2018.
- COSTA, J. O. *et al.* Infliximabe, metotrexato e sua combinação no tratamento da artrite reumatoide: revisão sistemática e metanálise. **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo, v. 55, n. 2, p.146-158, nov. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v55n2/0482-5004-rbr-55-02-0146.pdf>>. Acesso em: 01 de junho de 2019.
- DAVID, J. M. *et al.* Estudo clínico e laboratorial de pacientes com artrite reumatoide diagnosticados em serviços de reumatologia em Cascavel, PR, Brasil. **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo, SP, v. 53, n. 1, p. 61-65, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042013000100006>. Acesso em: 28 de abril de 2018.
- DENNIS, G. *et al.* Synovial phenotypes in rheumatoid arthritis correlate with response to biologic therapeutics. **Arthritis research & therapy**, v. 16, n. 2, p. 90-102, abr. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4060385/>>. Acesso em: 14 de maio de 2019.
- DEUS JÚNIOR, R. S. *et al.* Caracterização de pacientes com artrite reumatoide quanto a fatores de risco para doenças vasculares cardíacas no Mato Grosso do Sul. **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo, SP, v. 55, n. 6, p. 493-500. nov/dez. 2015. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0482500415000686>>. Acesso em: 28 de março de 2019.

DINIZ, L. R. *et al.* Mensuração da fadiga com múltiplos instrumentos em uma coorte brasileira de pacientes com artrite reumatoide em fase inicial. **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo, SP, v. 57, n. 5, p. 431–437, set/out. 2017 Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0482500417301432>>. Acesso em: 17 de abril de 2019.

EUESDEN, J. *et al.* The Relationship Between Mental Health, Disease Severity, and Genetic Risk for Depression in Early Rheumatoid Arthritis. **Psychosom Med**, v. 79, n. 6, p. 638–645, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5638421/>>. Acesso em: 15 de junho de 2019.

FELLET, A. J; SCOTTON, A. S. Artrite reumatoide. **RBM rev. bras. med**, Rio de Janeiro, RJ, v, 61, n. 3, p. 39-48, dez. 2004. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=2854>._Acesso em: 17 de abril de 2019.

FERRARI, A. L. M. **Ortho: Design de Órteses Corretivas para deformidades nos dedos**. 2016. 88 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Design) – Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação, Departamento de Design, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, SP, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/156875/000905289.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 24 de maio de 2019.

FLEURY. Medicina e Saúde. **Doenças autoimunes: um panorama sobre o uso e a interpretação dos novos e dos já consagrados biomarcadores**. São Paulo, 2014. 36 p. Disponível em: <<http://www.fleury.com.br/medicos/educacao-medica/revista-medica/Pages/educacao-6-2014.aspx>>. Acesso em: 04 de maio de 2018.

FORESTIER, R. *et al.* Non-drug treatment (excluding surgery) in rheumatoid arthritis: Clinical practice guidelines. **Joint Bone Spine**, Paris, v. 76, n. 6, p. 691–69, 2009 Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19945896>>. Acesso em: 03 de maio de 2019.

FULLER, R. Editorial Critério de classificação da artrite reumatoide ACR-EULAR 2010. **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo, SP, v. 50, n. 5, p. 481-86, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v50n5/v50n5a01.pdf>>. Acesso em: 21 de abril de 2019.

GIASSI, K. S. *et al.* Relato de caso Pneumonia por Legionella após uso de Infiximabe em paciente com Artrite Reumatoide. **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo, SP, v. 54, n. 5, p. 397–399, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v54n5/0482-5004-rbr-54-05-0397.pdf>>. Acesso em: 01 de junho de 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOELDNER, I. *et al.* Artrite reumatoide: uma visão atual. **J Bras Patol Med Lab**, v. 47, n. 5, p. 495-503, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v47n5/v47n5a02.pdf>>. Acesso em: 15 de junho de 2019.

GOES, A. C. J. *et al.* Artrite Reumatoide e Qualidade do sono. **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo, SP, v. 57, n. 4, p. 294-298. jul/ago. 2017. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0482500416300468>>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

GOMES, R. K. S. *et al.* Prevalência de Doença isquêmica cardíaca e Fatores Associados em patients com artrite reumatoide nenhuma Sul do Brasil. **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo, SP, v. 57, n. 5, p. 412–418. set/out. 2017. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0482500416301711>>. Acesso em: 20 de abril de 2019.

GUDOWSKA, M. *et al.* Independência de isoformas de transferrina deficiente em carboidrato e peptídeos citrulinados cíclicos na artrite reumatoide. **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo, SP, v. 57, n. 3, p. 185-189, mai. 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v57n3/pt_0482-5004-rbr-57-03-0185.pdf>. Acesso em: 28 de abril de 2018.

GUERRA, A. *et al.* A Componente Mental: um aspeto positivo da Qualidade de Vida de uma população. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. spe5, p. 75-80, ago. 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602017000200013>. Acesso em: 12 de junho de 2019.

GUO, Q. *et al.* Rheumatoid arthritis: pathological mechanisms and modern pharmacologic therapies. **Osso Res**, v. 6, n.15, p. 1-14, abr. 2018. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5920070/>>. Acesso em 30 de maio de 2019.

HORIMOTO, A. M. C; COSTA, I. P. Sobreposição de esclerose sistêmica e artrite reumatoide: uma entidade clínica distinta?. **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo, SP, v. 56, n. 4, p. 287-298, jul/ago. 2016. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0482500415000303>>. Acesso em: 20 de abril de 2019.

HORIMOTO, A. M. C; SILVEIRA, A. F. C; COSTA, I. P. Autoimunidade familiar e poliautoimunidade em 60 pacientes portadores de esclerose sistêmica da região Centro- Oeste do Brasil. **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo, SP, v. 56, n. 4, p. 314-322, jul/ago. 2016.

Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0482500415001643>>. Acesso em: 13 de abril de 2019.

HURKMANS, E. J. *et al.* Quality assessment of clinical practice guidelines on the use of physiotherapy in rheumatoid arthritis: a systematic review. **Rheumatology**, Oxford, v. 50, n. 10, p. 1879–1888, out. 2011. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21743086>>. Acesso em: 10 de maio de 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**. Disponível em:

<<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/cajazeiras.html?>>. Acesso em: 19 de maio de 2018.

KHAN, A. H. *et al.* Diagnostic utility of anti-citrullinated protein antibody and its comparison with rheumatoid factor in rheumatoid arthritis. **J Coll Physicians Surg Pak**, v. 22, n. 11, p. 711-715, nov. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23146852>>.

Acesso em: 24 de abril de 2019.

KNOB, B. *et al.* Fisioterapia na qualidade de vida de indivíduos com artrite reumatoide: revisão sistemática. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, SP, v. 15, n. 3, p. 489-494, set. 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92949900018>>. Acesso em: 11 de maio de 2019.

KUMAR, V; ABBAS, A; FAUSTO, N. **Robbins e Cotran – Patologia – Bases Patológicas das Doenças**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

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

LIMA, R. T. Q. *et al.* Perfil do uso de agentes biológicos no tratamento da artrite reumatoide: experiência do Hospital Universitário Walter Cantídio. **Rev Med UFC**, v. 55, n. 2, p. 15-22, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/revistademedicinadaufc/article/view/19792>>. Acesso em: 29 de março de 2018.

LOPEZ - OLIVO, M. A. *et al.* Metotrexato para o tratamento da artrite reumatoide. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 6, p. 1-131, 2014. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000957.pub2/full>>. Acesso em: 30 de maio de 2019.

LOURENÇO, M. A; ROMA, I; ASSIS, M. R. Ocorrência de quedas e sua associação com testes físicos, capacidade funcional e aspectos clínicos e demográficos em pacientes com artrite reumatoide. **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo, SP, v. 57, n. 3, p. 217-223, mai. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v57n3/pt_0482-5004-rbr-57-03-0217.pdf>. Acesso em: 28 de abril de 2018.

MACEDO, R. B. V; KAKEHASI, A. M; ANDRADE, M. V. M. Ação da IL33 na artrite reumatoide: contribuição para a fisiopatologia. **Rev. Bras. Reumatol**, v. 56, n. 5, p. 451-457, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v56n5/pt_0482-5004-rbr-56-05-0451.pdf>. Acesso em: 28 de abril de 2018.

MACFARLANE, G. J. *et al.* A systematic review of evidence for the effectiveness of complementary and alternative therapies based on the professional in the treatment of rheumatic diseases: rheumatoid arthritis. **Rheumatology**, Oxford, v. 51, n. 12, p. 1707–1713, dez. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22923762>>. Acesso em: 03 de maio de 2019.

MACHADO, M. A. A. *et al.* Persistência do tratamento em pacientes com artrite reumatoide e espondilite anquilosante. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 50, n. 50, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102016000100234&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 02 de junho de 2019.

MACHIN, A. *et al.* Improving recognition of anxiety and depression in rheumatoid arthritis: a qualitative study in a community clinic. **British Journal of General Practice**, v. 67, n. 661, p. 531-537, 2017. Disponível em: <<https://bjgp.org/content/67/661/e531/tab-pdf>>. Acesso em: 15 de junho de 2019.

MALM, K. *et al.* Predictors of severe self-reported disability in RA in a long-term follow-up study. **Disabil Rehabil**, v. 37, n. 8, p. 686-691, 2015. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/action/showCitFormats?doi=10.3109%2F09638288.2014.939773>>. Acesso em: 11 de junho de 2019.

MARQUES, W. V. M. *et al.* Influência das comorbidades na capacidade funcional de pacientes com artrite reumatoide. **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo, SP, v. 56, n.1, p. 14–21, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v56n1/0482-5004-rbr-56-01-0014.pdf>>. Acesso em: 09 de junho de 2019.

MASSON, V. A; MONTEIRO, M. I; VEDOVATO, T. G. Qualidade de vida e instrumentos para avaliação de doenças crônicas: revisão de literatura. In: VILARTA, R; GUTIERREZ, G.L; MONTEIRO, M. I (Orgs.). **Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI**. Campinas: Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade, p. 45-54, 2011. Disponível em: <<https://www.fef.unicamp.br/feff/qvaf/qualidade-de-vida-evolucao-dos-conceitos-e-praticas-no-seculo-xxi>>. Acesso em: 20 de maio de 2019.

MATCHAM, F. *et al.* Usefulness of the SF-36 Health Survey in screening for depressive and anxiety disorders in rheumatoid arthritis. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 224, n. 17, p. 1-10, 2016. Disponível em: <<https://bmc-musculoskeletal-disord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-016-1083-y>>. Acesso em: 14 de junho de 2019.

MATUCCI, A. *et al.* Avaliação alérgica in vitro e in vivo de pacientes com reações de hipersensibilidade ao infliximabe. **Alergia Clin Exp**, v. 43, n.1, p. 659-664, 2013. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/cea.12098>>. Acesso em: 02 de junho de 2019.

MELLO, A. P. S. **ARTRITE REUMATÓIDE EM ADULTOS DIAGNÓSTICO, COMPLICAÇÕES E TRATAMENTOS**. 2013. 36. f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Farmácia) – Faculdade de Educação e Meio – Ariquemes, RO, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.faema.edu.br:8000/jspui/handle/123456789/325>>. Acesso em: 14 de maio de 2018.

MILLER, A. *et al.* Estimating the diagnostic accuracy of rheumatoid factor in UK primary care: a study using the Clinical Practice Research Datalink. **Rheumatology**, Oxford, v. 54, e. 10, p. 1882–1889, out. 2015. Disponível em: <<https://academic.oup.com/rheumatology/article/54/10/1882/1790678>>. Acesso em: 22 de abril de 2019.

Ministério da saúde. 57,4 milhões de brasileiros têm pelo menos uma doença crônica. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil, 14 de abr. 2019. Notícias. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/svs/15978-57-4-milhoes-de-brasileiros-tem-pelo-menos-uma-doenca-cronica>>. Acesso em: 14 de abril de 2019.

MIRANDA, A. R. A; ARAÚJO, C. S; FALEIROS-CASTRO, F. S. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA REABILITAÇÃO DE ADULTOS COM ARTRITE REUMATOIDE, SEGUNDO ROY E A CIPE®. **R. Enferm. Cent. O. Min**, Belo Horizonte, MG, v. 2, n. 3, p. 314-325, set/dez. 2012. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/219/346>>. Acesso em: 17 de abril de 2019.

MOGHADAM, M. G. *et al.* Multi-biomarker disease activity score as a predictor of disease recurrence in patients with rheumatoid arthritis discontinuing treatment with TNF inhibitors. **PLoS ONE**, v. 13, n. 5, p. 1-13, 2018. Disponível em:

<<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0192425>>. Acesso em: 01 de junho de 2019.

MOTA, L. M. *et al.* Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da artrite reumatoide. **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo, SP, v. 52, n. 2, p. 135-174, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v52n2/v52n2a02.pdf>>. Acesso em: 06 de abril de 2019.

MOTA, L. M. *et al.* Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia 2011 para o diagnóstico e avaliação inicial da artrite reumatoide. **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo, SP, v. 51, n. 3, p. 207-219, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042011000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 de junho de 2019.

MOTA, L. M. H. Artrite reumatoide pode causar doenças paralelas. Sociedade Brasileira de Reumatologia, São Paulo, 12 abr. 2019. Reumatologia. Disponível em: <<https://www.reumatologia.org.br/pacientes/orientacoes-ao-paciente/artrite-reumatoide-pode-causar-doencas-paralelas/>>. Acesso em: 12 de abril de 2019.

NAGAYOSHI, B. A. *et al.* Artrite reumatoide: perfil de pacientes e sobrecarga de cuidadores. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, RJ, v. 21, n. 1, p. 44-52, fev. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n1/pt_1809-9823-rbgg-21-01-00044.pdf>. Acesso em: 28 de março de 2019.

NOVAES, G. S. *et al.* Correlação de fadiga com dor e incapacidade na artrite reumatoide e na osteoartrite, respectivamente. **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo, SP, v. 51, n. 5, p. 447-455, nov. 2011. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/51667749_Correlation_of_fatigue_with_pain_and_disability_in_rheumatoid_arthritis_and_osteoarthritis_respectively>. Acesso em: 17 de abril de 2019.

OKADA, Y. *et al.* Genetics of rheumatoid arthritis contributes to biology and drug discovery. **Nature**, Londres, v. 506, p. 376-387, fev. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3944098/>>. Acesso em: 14 de maio de 2019.

OLIVEIRA, A. V. **Análise dos gastos do Ministério da Saúde com medicamentos para tratamento da artrite reumatoide no Brasil no período 2010 a 2014**. 2015. 54 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10889/1/2015_AndressaVerasdeOliveira.pdf>. Acesso em: 06 de abril de 2019.

OLIVEIRA, B. M. G. B. Síndrome metabólica em pacientes com diagnóstico de artrite reumatoide acompanhados em um Hospital Universitário do Nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo, SP, v. 56, n. 2, mar/abr. 2016, p. 117-125. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0482500415001011>>. Acesso em: 20 de abril de 2019.

OLIVEIRA, L. M. *et al.* Acompanhamento da capacidade funcional de pacientes com artrite reumatoide por três anos. **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo, SP, v. 55, n. 1, jan/fev. 2015, p. 62-67. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0482500414001776>>. Acesso em: 09 de junho de 2019.

OMS. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med**, v. 41, n. 10, 1995, p. 403-409. Nov. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308>>. Acesso em: 18 de Maio de 2019.

PASSOS, L. F. S. *et al.* Artrite reumatoide: novas opções terapêuticas. Brasília, DF, **OPAS/OMS – Representação Brasil**, v. 1, n. 15, p. 1-7, set. 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1543-artrite-reumatoide-novas-opcoes-terapeuticas-3&category_slug=serie-uso-racional-medicamentos-284&Itemid=965>. Acesso em: 15 de maio de 2019.

PEREIRA, E. F; TEIXEIRA, C. S; TEIXEIRA; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, SP, v. 26, n. 2, p.241-50, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v26n2/07.pdf>>. Acesso em: 20 de Maio de 2019.

PEREIRA, I. A. *et al.* Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia sobre o manejo de comorbidades em pacientes com artrite reumatoide. **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo, SP, v. 52, n. 4, p. 474-495, mai. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v52n4/v52n4a02>>. Acesso em: 17 de abril de 2019.

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**, Araçatuba, SP, v. 6, n. 3, p. 125-128, jun. 2017. Disponível em: <<http://archhealthinvestigation.emnuvens.com.br/ArcHI/article/view/1978/pdf>>. Acesso em: 28 de março de 2019.

PERES, K. C. **Estudo De Utilização de Medicamentos e Caracterização dos Pacientes com Artrite Reumatoide Atendidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica de Florianópolis/Sc.** 2016. 158 f. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/176650/345993.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

PINTO, M. A; SPESSIRITS, E. S; CALDAS, C. A. M. Perda de produtividade no trabalho relacionada ao lúpus eritematoso sistêmico e à artrite reumatoide. **Rev. Soc. Bras. Clin. Med**, São Paulo, SP, v. 15, n. 3, p.161-165, jul/set. 2017. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875435/sbcm_153_161-165.pdf>. Acesso em: 09 de junho de 2019.

PORTO, L. S. S. *et al.* O anti-CCP não é um marcador de gravidade da artrite reumatoide estabelecida: um estudo de ressonância magnética. **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo, SP, v. 57, n. 1, p. 15-22, fev. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v57n1/pt_0482-5004-rbr-57-01-0015.pdf>. Acesso em: 18 de maio de 2019.

PRODANOV, C. C; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico.** 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. 277

p. Disponível em: <<http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>>. Acesso em: 25 de abril de 2018.

RASMUSSEN, A. *et al.* Previous diagnosis of Sjögren's syndrome such as rheumatoid arthritis or systemic lupus erythematosus, **Rheumatology**, Oxford, v. 55, n. 7, p. 1195-1201, jul. 2016. Disponível em: <<https://academic.oup.com/rheumatology/article/55/7/1195/1744486>>. Acesso em: 13 de abril de 2019.

RIBAS, S. A. *et al.* Sensibilidade e especificidade dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida na artrite reumatoide. **Rev. Bras. Reumatol.** São Paulo, SP, v. 56, n 5, p. 406–413, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v56n5/pt_0482-5004-rbr-56-05-0406.pdf>. Acesso em: 29 de abril de 2018.

ROCCHI, V. *et al.* Reações de hipersensibilidade ao tocilizumabe: papel dos testes cutâneos no diagnóstico. **Rheumatology**, Oxford, v. 53, n. 8, agosto de 2014, p. 1527 –1529, 2014. Disponível em: <<https://academic.oup.com/rheumatology/article/53/8/1527/1778093>>. Acesso em: 02 de junho de 2019.

RODRIGUES, A. P. *et al.* Qualidade de vida em pacientes portadores de doenças reumáticas. **Rev. Bra. Edu. Saúde**, Pombal, PB, v. 9, n. 1, p. 06-13, jan/mar. 2019. Disponível em: <<https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/6331>>. Acesso em: 08 de junho de 2019.

ROMA, I. *et al.* Qualidade de vida em pacientes adultos e idosos com artrite reumatoide. **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo, SP, v. 54, n. 4, p. 279-286, ago. 2014. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255502114001205>>. Acesso em: 30 de abril de 2018.

ROMERO-GUZMÁN, A. K. *et al.* Perspectives of patients and physicians on hand function in a cohort of patients with rheumatoid arthritis: the impact of disease activity. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 392, n. 17, p. 1-8, 2016. Disponível em: <<https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-016-1246-x>>. Acesso em: 11 de junho de 2019.

ROSA, L. P. G. S. **ORIENTAÇÃO VACINAL E FREQUÊNCIA DE DOENÇAS INFECCIOSAS EM PORTADORES DE DOENÇAS AUTOIMUNES.** 2017. 18 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, 2017. Disponível em: <<http://www.ccm.ufpb.br/ccm/contents/documentos/biblioteca-1/tccs/tccs-2017/tcc-luiz-paulo-gomes-dos-santos-rosa.pdf>>. Acesso em: 05 de Abril de 2019.

RUDAN, I. *et al.* Prevalence of rheumatoid arthritis in low- and middle-income countries: A systematic review and analysis. **J Glob Health**, Edimburgo, v. 5, n. 1, p. 1-10, jun. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4416333/>>. Acesso em: 06 de abril de 2019.

SANTANA, F. S. *et al.* Avaliação da capacidade funcional em pacientes com artrite reumatoide: implicações para a recomendação de exercícios físicos. **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo, SP, v. 54, n. 5, p. 378-385, out. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S048250042014000500378&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 de maio de 2019.

SCHNORNBERGER, C. M.; JORGE, M. S. G.; WIBELINGER, L. M. Intervenção fisioterapêutica na dor e na qualidade de vida em mulheres com artrite reumatoide. Relato de casos. **Rev. dor**, São Paulo, SP, v. 18, n. 4, p. 365-369, out/dez. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132017000400365&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 11 de maio de 2019.

SHEA, B. *et al.* Folic acid and folinic acid for reducing side effects in patients receiving methotrexate for rheumatoid arthritis (Review), **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 5, p. 1-66, 2013. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000951.pub2/full#CD000951-secl-0006>>. Acesso em: 21 de maio de 2019.

SILVA, L. S. *et al.* Velocidade de hemossedimentação (VHS) como marcador laboratorial de resposta terapêutica na osteomielite aguda. **Rev Ped SOPERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 28-33, out, 2017. Disponível em: <http://www.revistadepediatricsoperj.org.br/Novo/revista/detalhe_artigo.asp?id=1026>. Acesso em: 24 de abril de 2019.

SILVA, T. S. S.; MASSA, L. D. B. A utilização de órteses de membro superior em pacientes com artrite reumatoide: uma revisão de literatura no campo da terapia ocupacional. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, SP, v. 23, n. 3, p. 647-659, 2015. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1073/647>>. Acesso em: 12 de junho de 2019.

SINGH, J. A. *et al.* American College of Rheumatology guideline for the treatment of rheumatoid arthritis. **Arthritis & rheumatology**, v. 68, n. 1, p. 1-26, nov. 2016. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/art.39480>>. Acesso em: 10 de Maio de 2019.

SIOUTI, E; ANDREAKOS, E. The many facets of macrophages in rheumatoid arthritis. **Biochemical pharmacology**, Kansas, v. 42, p. 222-234, jul. 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30910693>>. Acesso em: 14 de maio de 2019.

SMOLEN, J.S; ALETAHA, D; MCINNES, I.B. Rheumatoid arthritis. **The Lancet**, Amsterdã, v. 388, p. 2023-2038, out. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27156434>>. Acesso em: 14 de maio de 2019.

SONTAG, I. *et al.* Estado de humor na Artrite Reumatoide. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, SP, v. 16, n. 3, p. 327-334, 2017. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/929/92953906003.pdf>>. Acesso em: 15 de junho de 2019.

UNITAT DE RECERCA EN SERVEIS SANITARIS (URSS). **Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36**. Barcelona, 2000. 76 p. Disponível em: <http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF36_CUESTIONARIOpdf.pdf>. Acesso em: 08 de junho de 2019.

YUN, H. *et al.* Risk of Hypersensitivity to Biological Agents Among Medicare Patients With Rheumatoid Arthritis, **Arthritis research & therapy**, v. 69, e. 10, p. 1526-1534, out. 2017.

Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/acr.23141>>. Acesso em: 02 de junho de 2019.

ZANGHELINI, F. *et al.* Perfil de pacientes com artrite reumatoide em uso de inibidores do Fator de Necrose Tumoral alfa (TNF- α), cadastrados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica de Pernambuco, Brasil. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**, v, 35, n, 2, p. 251-256, 2014. Disponível em: <http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/view/2779/2779>. Acesso em: 31 de maio de 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: FORMULÁRIO

Iniciais do Paciente: _____ Data: _____ Ficha Nº _____

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade: _____ Sexo: () M () F

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

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

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

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

Nível de instrução: () Nunca estudou Ensino fundamental: () incompleto () Completo

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

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

2. VARIÁVEIS RELACIONADAS À CLÍNICA

2.1 Dados Gerais

- Além da AR você tem alguma outra doença autoimune? () Sim () Não

- Se sim, qual doença autoimune?

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

() Tireoidite de Hashimoto () Outra: _____

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

2.2 Dados sobre os sinais/sintomas

- Quais sinais/sintomas apresenta?

() Dor articular. Se sim, quais articulações acometidas? _____

() Hipertrofia óssea na articulação. Se sim, quais acometidas? _____

() Presença de rigidez matinal. Se sim, descreva a duração _____

() Presença de crepitação, quando sintoma em articulação de joelho.

() Outros sinais e sintomas. Quais? _____

2.3 Dados sobre o diagnóstico

- A quanto tempo se deu o diagnóstico da AR:

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

- Quais foram os métodos diagnósticos:

Clínico laboratorial Exames de imagem

- Se laboratorial, quais?

Fator Reumatoide Anticorpos Anti Peptídeos Citrulinado Cíclico (anti-CCP)

Proteína C reativa (PCR) Outro, qual: _____

- Foi feita alguma avaliação da capacidade funcional?

Sim Não

- Se sim, por meio de qual instrumento? _____

2.4 Dados sobre o tratamento

- Realiza ou já realizou tratamento medicamentoso e o não medicamentoso associado:

Sim Não

- Qual(is) modalidades de tratamento não medicamentoso você já fez ou ainda faz uso:

Terapia ocupacional Fisioterapia Cirurgia Outro: _____

- Qual(is) modalidades de tratamento não medicamentoso você já fez ou ainda faz uso:

Terapia ocupacional Fisioterapia Cirurgia Outro: _____

- Qual(is) modalidades de tratamento medicamentoso você já fez uso ou ainda faz:

Anti-inflamatórios não esteroides (AINE) Glicocorticoides

Medicamentos modificadores do curso da doença (MMCD) sintéticos

(MMCD) biológicos Imunossupressores

Outros _____

- Apresentou hipersensibilidade a algum medicamento? Sim Não

Se sim, qual (is)? _____

- Houve mudança no tratamento? Sim Não

Se sim, qual (is)? _____

E por qual motivo (s)? _____

- Houve preferência por algum fármaco? Sim Não

Se sim, quais? _____

E por qual motivo (s)? _____

- Houve abandono no tratamento? Sim Não

Se sim, por qual motivo? _____

E quanto tempo durou? _____

- Houve alguma dificuldade em seguir o tratamento? () Sim () Não

Se sim, quais? _____

E por qual motivo (s)? _____

2.5 Dados sobre a qualidade de vida

- Apresenta incapacidades físicas? () Não () Sim, Qual(is)? _____

- Sente dificuldade em realizar alguma atividade diária?

() Não () Sim, Qual(is)? _____

- Realiza alguma (s) atividade (s) física? () Não () Sim, Qual(is)? _____

- Ao final da jornada diária sente cansaço físico?

() Nunca () Raramente () Semanalmente () Diariamente

- Você sente dor? () Nunca () Raramente () Semanalmente () Diariamente

Consegue localizar e dizer a intensidade da dor? Local _____

Intensidade: () leve () moderada () intensa/ forte

- Mantém boas relações sociais? () Sim () Não.

- Como está sua autoimagem? _____

- Sente ou já sentiu depressão proveniente de algum sinal e sintoma da AR? () Sim () Não.

APÊNDICE B

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a), como voluntário (a), à participar da pesquisa intitulada “*ASPECTOS CLÍNICOS, DIAGNÓSTICO, TERAPÊUTICO E QUALIDADE DEVIDA DE PACIENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE*”, coordenado pela professora LUCIANA MOURA DE ASSIS, docente da UAENF/CFP/UFCG.

OBJETIVOS, JUSTIFICATIVA E PROCEDIMENTOS: O motivo que nos leva a estudar essa temática é a importância de caracterizar o perfil clínico, diagnóstico e tratamento adotadas em indivíduos com artrite reumatoide e o impacto na qualidade de vida de pacientes acompanhados em Clínica Particulares de Cajazeiras, Paraíba. A pesquisa se justifica pelo fato de se tratar de uma doença autoimune que não tem cura, nessa perspectiva se torna cada vez mais necessário buscar a compreensão da Artrite Reumatoide e repensar estratégias que favoreçam uma melhor qualidade de vida para esses indivíduos, dessa forma ampliando-se os conhecimentos sobre a temática e servindo de subsídio para próximos estudos. A coleta de dados será realizada no período de agosto a novembro de 2018, por meio de um formulário semiestruturado e um questionário sobre qualidade de vida que será aplicado durante as visitas na clínica/consultório de reumatologia e em domicílio, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cajazeiras – PB.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: A pesquisa pode causar um desconforto e risco mínimo relacionadas ao questionário sobre a artrite reumatoide que o (a) Sr.(a) se submeter a responder, sendo que se justifica pelo benefício que essa pesquisa trará a comunidade acadêmica e a sociedade, ao compreender melhor a doença.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: A participação do Sr.(a) nessa pesquisa não implica necessidade de novo acompanhamento e/ou outro tipo de assistência, pois tal pesquisa visa apenas conhecer alguns aspectos sobre a doença, desta forma não interferirá no seu tratamento e acompanhamento médico.

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 assistência médica. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser utilizados apenas para a publicação dessa pesquisa. O Sr. (a) não terá seu nome ou qualquer outro meio que possa o identificar, citado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento esclarecido, assinada pelo Sr. (a) ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável e outra lhe será fornecida.

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 Luciana Moura de Assis 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 contata-lá por meio do telefone: (83)9. 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 Pesquisa	_____ Data
---------------	---	---------------

_____ Nome	_____ Assinatura do Pesquisador	_____ Data
---------------	------------------------------------	---------------

ANEXOS

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP-UFCG)

UFCG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE

Pesquisador: Luciana Moura de Assis

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 89920518.7.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.712.427

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE, 89920518.7.0000.5575 e sob responsabilidade de Luciana Moura de Assis trata de uma pesquisa sobre ASPECTOS CLÍNICOS, DIAGNÓSTICO, TERAPÊUTICO E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE tem por objetivo principal identificar o perfil clínico, os critérios de diagnóstico e terapêutico adotadas em indivíduos com artrite reumatoide e o impacto na qualidade de vida desses pacientes

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 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE é importante por contribuir com futuras pesquisas no campo clínico, diagnóstico e de tratamento desse público, além de possibilitar a promoção de benefícios ao ser humano/sociedade, através da busca por novas estratégias que melhorem a qualidade de

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

**UFCG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE**



Continuação do Parecer: 2.712.427

vida desses pacientes com artrite reumatóide. 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 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE, número 89920518.7.0000.5575 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_1139668.pdf	18/05/2018 15:18:08		Aceito
Outros	TermoDeAnuencia.pdf	18/05/2018 15:16:42	Luciana Moura de Assis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/05/2018 15:15:12	Luciana Moura de Assis	Aceito
Outros	TermoDivulgacao.pdf	18/05/2018 15:15:02	Luciana Moura de Assis	Aceito
Outros	TermocompromissoPESQUISADOR.jpg	18/05/2018 15:13:48	Luciana Moura de Assis	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoAREumatoideLuciana.pdf	18/05/2018 15:09:40	Luciana Moura de Assis	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	18/05/2018 15:04:45	Luciana Moura de Assis	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoAssinada.pdf	18/05/2018 15:03:46	Luciana Moura de Assis	Aceito

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

UFCG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE



Continuação do Parecer: 2.712.427

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAJAZEIRAS, 14 de Junho de 2018

Assinado por:

**Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)**

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

ANEXO B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: QUESTIONÁRIO QUALIDADE DE VIDA

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada á um ano atrás, como você classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como **você** se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, marque uma resposta que mais se aproxime com a maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito Nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6

e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO C

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA

CLÍNICA ESPAÇO SAÚDE
CONSULTÓRIO REUMATOLÓGICO
CAJAZEIRAS-PARAÍBA

TERMO DE ANUÊNCIA

Concedo a anuência para a realização da coleta de dados, nas fichas dos pacientes com artrite reumatoide acompanhados no consultório de Reumatologia, do projeto de pesquisa intitulado "**Aspectos Clínicos, Diagnóstico, Terapêutico e Qualidade de Vida de Pacientes com Artrite Reumatoide**", da Prof.ª Dr.ª Luciana Moura de Assis da Unidade Acadêmica de Enfermagem – UAENF/CFP/UFCG.

Cajazeiras, 10 de maio de 2018

Cláudia Sarmiento Gadelha
Dr.ª Cláudia Sarmiento Gadelha
CRM: 5816
Reumatologista