

LUANA COELHO BENEVIDES

RAYSSA OSÓRIO MENEZES

**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DE PACIENTES
COM ARTRITE REUMATÓIDE DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE
VITÓRIA – ESTUDO LONGITUDINAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola Superior de
Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM,
como requisito parcial para obtenção
do grau de médico.

Orientadora: Érica Vieira Serrano

VITÓRIA

2013

LUANA COELHO BENEVIDES

RAYSSA OSÓRIO MENEZES

**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DE PACIENTES
COM ARTRITE REUMATÓIDE DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE
VITÓRIA – ESTUDO LONGITUDINAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Aprovado em 27 de novembro de 2013

COMISSÃO EXAMINADORA

Érica Vieira Serrano

Profa. Érica Vieira Serrano
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientadora

Maria das Graças Silva Mattede

Profa. Maria das Graças Silva Mattede
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Regina Célia Tonini

Profa. Regina Célia Tonini
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Aos meus pais Jacy Mendes e Jocenir Coelho, ao meus avós Irineu e Conceição Benevides pelo amor e compreensão.

Luana C Benevides

Aos meus amados pais, Judite Osório e Pedro Rito de Menezes, pelo incentivo e paciência.

Rayssa Osório

A nossa amizade, sentimento nobre que nos fez superar desafios e realizar proezas, sem amizade, paciência e compreensão não teríamos chegado a lugar algum.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, que nos iluminou e capacitou até este momento.

A professora Érica Serrano, nossa orientadora, e a Dra. Raquel Altoé que são exemplos de profissionalismo e competência, sem perder a doçura e o zelo pela vida humana.

A nossas colegas e colaboradoras, Camila Oliveira e Lívia Câmara pelo auxílio e disponibilidade.

A toda equipe do Hospital Santa Casa: laboratório (Dra. Neuza, Fátima e Penha), recepção (Jane e Rose), equipe do arquivo, pela competência e disponibilidade.

Aos pacientes pela paciência e pela confiança em nós.

RESUMO

O sucesso no tratamento da Artrite reumatóide (AR) requer a avaliação periódica da atividade da doença em busca da remissão e melhoria na qualidade de vida. Esse estudo descreveu as características demográficas e clínicas de uma amostra de pacientes com AR, bem como a evolução da atividade da doença, da capacidade funcional e da qualidade de vida durante oito meses de seguimento. Trata-se de um estudo descritivo longitudinal com pacientes com AR em acompanhamento no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Espírito Santo. Os indivíduos do estudo foram avaliados por meio de entrevistas, coleta de dados do prontuário e coleta de exames laboratoriais em três momentos: na inclusão, com 16 e 32 semanas. Como critério de inclusão considerou-se: Preencher os critérios do *American College of Rheumatology (ACR)* para diagnóstico de AR, ter mais de 18 anos de idade e concordar em participar do estudo. Foram excluídos pacientes com uma segunda doença reumática auto-imune associada, exceto Síndrome de Sjogren. Utilizou-se os seguintes instrumentos: Escala Visual Analógica para dor (EVA dor), Disease Activity Score (DAS 28), *Simplified Disease Activity Index (SDAI)*, Health Assessment Questionnaire (HAQ) e *Medical Outcomes Study 36- Item short-form health survey (SF-36)*. Na análise estatística, utilizou-se medidas de tendência central, teste t e coeficientes de correlação de Spearman, Friedman, Mac Nemar e ANOVA ($p \leq 0,05$, IC= 95%). Foram incluídos no estudo 41 pacientes, dos quais 92,7% eram mulheres, com média de idade 50,3 anos e tempo médio de sintomas de 8,5 anos. Quanto às variáveis clínicas, 41,5% tinham fator reumatóide positivo e 24,4% tinham anti-CCP positivo. Na inclusão, a amostra apresentou moderada atividade da doença com EVA dor $5,3 \pm 2,5$, EVA global do médico de 40 ± 25 , rigidez matinal de $37,9 \pm 39,3$, DAS 28 de $4,3 \pm 1,4$ e SDAI de $22,9 \pm 12,1$. A capacidade funcional da amostra na inclusão apresentou uma média de HAQ de $1,3 \pm 0,8$ e a qualidade de vida estava reduzida, com SF-36 de $90,3 \pm 7,3$. Na 32ª semana, 12,1% dos pacientes estavam em remissão, houve menores valores de DAS 28 ($p=0,023$) e SDAI ($p=0,003$), HAQ ($p=0,004$) e melhora da qualidade de vida nos domínios dor ($p=0,016$) e aspectos sociais ($p=0,006$) em relação ao momento de inclusão. As correlações do HAQ foram: fraca com a rigidez matinal (0,330; $p=0,035$) e moderadas com EVA dor (0,575; $p=0,000$), DAS 28 (0,519; $p=0,001$) e SDAI (0,410; $p=0,008$). HAQII correlacionou-se com todos os domínios do SF-36 ($p=0,005$) e a maior força foi detectada entre o HAQII e a capacidade funcional (-0,846). Atividade da doença por DAS 28 e SDAI correlacionaram-se inversamente com SF-36, e só não houve correlação estatística significativa com os domínios: limitação por aspectos emocionais e saúde mental. EVA global do médico correlacionou-se fortemente com DAS 28 (0,809; $p=0,000$) e com SDAI (0,802; $P=0,000$), em todos os momentos. Concluiu-se que mesmo não atingindo remissão completa da amostra, a redução da atividade da doença proporcionou melhora da qualidade de vida. Escores de atividade de doença correlacionaram-se com capacidade funcional, qualidade de vida e opinião do médico, e devem ser avaliados rigorosamente a cada consulta.

Palavras-chave: Artrite Reumatoide. Epidemiologia. Qualidade de vida.

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1- Características sócio-demográficas em 41 pacientes com AR em Vitória, 2013..... | 29 |
| Tabela 2- Frequência de critérios diagnósticos da doença e manifestações extra-articulares em 41 pacientes com AR em Vitória, 2013..... | 30 |
| Tabela 3- Frequência de comorbidades em 41 pacientes com AR em Vitória, 2013..... | 30 |
| Tabela 4- Frequência de esquemas terapêuticos na primeira avaliação em 41 pacientes com AR em Vitória, 2013..... | 31 |
| Tabela 5- Classe funcional ACR em 41 pacientes com AR nos três tempos em Vitória, 2013..... | 32 |
| Tabela 6- Medidas de tendência central e dispersão dos índices e instrumentos de avaliação de 41 pacientes com AR nos três tempos de seguimento em Vitória, 2013..... | 33 |
| Tabela 7- Frequência de categorias de atividade da doença de acordo com os instrumentos e de acordo com avaliação do médico em 41 pacientes com AR em Vitória, 2013..... | 34 |
| Tabela 8- Correlações das variáveis sócio-demográficas qualitativas com o DAS 28 e SDAI em 41 pacientes com AR em Vitória, 2013..... | 35 |
| Tabela 9- Correlações das variáveis sócio-demográficas quantitativas e tempo de doença com DAS28 e SDAI em 41 pacientes com AR em Vitória, 2013..... | 36 |
| Tabela 10- Correlação do HAQ II com as variáveis de atividade da doença nos três tempos em 41 pacientes com AR em Vitória em 2013..... | 36 |
| Tabela 11- Correlação do SF36 com DAS28 e SDAI na avaliação inicial de 41 pacientes com AR em Vitória, 2013..... | 37 |
| Tabela 12- Correlação do SF36 com HAQII nos três tempos em 41 pacientes com AR em Vitória, 2013..... | 37 |
| Tabela 13- Correlação do EVA global do paciente e do médico com instrumentos de atividade DAS28 e SDAI nos três tempos em 41 pacientes com AR em Vitória, 2013..... | 38 |
| Tabela 14- Correlação entre avaliação da atividade da doença pelo médico especialista e o DAS28 em 41 pacientes com AR em Vitória, 2013..... | 38 |
| Tabela 15 - Avaliação longitudinal comparativa da atividade da doença e HAQ nos três momentos do estudo em 41 pacientes com AR em Vitória, 2013..... | 39 |

Tabela 16- Avaliação longitudinal comparativa dos domínios do SF-36 nos três tempos em 41 pacientes com AR em Vitória, 2013.....40

Tabela 17- Avaliação longitudinal comparativa das classes do ACR funcional nos três tempos em 41 pacientes com AR em Vitória, 2013.....40

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1- Representação do DAS-28 para avaliação da atividade da doença.....21
- Figura 2- Seleção de pacientes com AR no ambulatório geral de reumatologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, 2013.....25
- Figura 3- Esquemas terapêuticos após 32 semanas de acompanhamento em 41 pacientes com AR em Vitória, 2013.....32

LISTA DE SIGLAS

| | |
|----------|--|
| AR | Artrite Reumatóide |
| HLA-DR4 | Antígeno de Leucócitos Humanos- DR4 |
| TNF-ALFA | Fator de necrose tumoral- ALFA |
| RANK | Receptor Ativador de Fator Nuclear |
| NF-KB | Fator Nuclear Kappa B |
| VHS | Velocidade de Hemossedimentação |
| PCR | Proteína C Reativa |
| Anti-CCP | Anticorpo anti-peptídeo citrulinado Cíclico |
| ACR | Colégio Americano de Reumatologia |
| DMCD | Droga Modificadora do Curso da Doença |
| FINRACO | Finnish Rheumatoid Arthritis Combination Therapy |
| TICORA | Tight Control of Rheumatoid Arthritis Improves Outcomes |
| QV | Qualidade de Vida |
| SF-36 | Medical Outcomes Study36- Item Short-Form Health Survey |
| HAQ II | Health Assessment Questionnaire |
| Anti-DNA | Anti- acido desoxirribonucleico |
| PhGA | Physician Global Assessment |
| PaGA | Patient Global Assessment |
| EVA dor | Escala Visual Analógica para dor |
| DAS-28 | Disease Activity Score |
| SDAI | Simplified Disease Activity Index |
| VAS | Avaliação Global pelo paciente |
| ANOVA | Análise de Variância |
| QUEST-RA | Quantitative Clinical Assessment of Patients with Arthritis seen in Standart Reumathology Care in 15 Countries |

SUMÁRIO

| | |
|---------------------------------|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 JUSTIFICATIVA..... | 22 |
| 3 OBJETIVOS..... | 23 |
| 3.1 Objetivos específicos..... | 23 |
| 4 METODOLOGIA..... | 24 |
| 4.1 Instrumentos de medida..... | 25 |
| 4.2 Análise estatística..... | 27 |
| 5 RESULTADOS..... | 29 |
| 6 DISCUSSÃO..... | 41 |
| 7 CONCLUSÃO..... | 49 |
| REFEÊNCIAS..... | 50 |
| 8 APÊNDICES..... | 56 |
| 9 ANEXOS..... | 66 |

1 INTRODUÇÃO

A Artrite reumatóide (AR) é uma doença auto-imune inflamatória sistêmica caracterizada por comprometimento da membrana sinovial, principalmente das articulações de mãos e punhos de forma persistente e simétrica, e que pode levar a deformidades e incapacidade funcional. (CARVALHO; MOREIRA, 2001; SATO, 2004)

É a doença reumática auto-imune mais prevalente, acomete cerca de 0,5% a 1% da população mundial adulta, e já foi descrita em todos os grupos étnicos, com predomínio em mulheres e maior incidência na faixa etária de 30 a 50 anos (ALAMANOS; DROSOS, 2006). Estudo multicêntrico brasileiro encontrou prevalência de até 1% da população adulta. (MARQUES NETO et al., 1993)

A AR possui patogênese complexa e multifatorial, com a participação de fatores genéticos, ambientais e hormonais (FERNANDES et al., 2008). Os gatilhos importantes para o aparecimento da doença articular são desconhecidos, mas podem incluir fatores biomecânicos, interações neuroimunológicas e alteração da função microvascular articular (MCINNES; SCHET, 2007). Quanto aos fatores genéticos, sabe-se que diversos loci genéticos têm sido estudados por sua associação com a susceptibilidade e gravidade da AR, como os alelos HLA-DR4 (que contém o epítipo compartilhado). Bactérias e vírus têm sido implicados, entre eles o vírus Epstein-Barr, Micoplasma, Parvovírus, Mycobacterium, entre outros. O tabagismo é um importante fator de risco ambiental para o desenvolvimento da doença, principalmente em indivíduos HLA-DR4 positivo. (MCINNES; SCHET, 2007). Dentre os fatores hormonais, há um discutível papel do estrogênio como promotor do processo inflamatório e dos andrógenos como imunomodulador. (CARVALHO; MOREIRA, 2008)

O sítio do processo patológico é a sinóvia, com acometimento das articulações sinoviais e bainhas tendíneas. A sinovite compreende três fases: na primeira fase há predomínio de edema e congestão, na segunda fase, um infiltrado de linfócitos T, e na fase crônica há hiperplasia da membrana sinovial com formação de tecido de

granulação (*pannus*). É importante destacar que o *pannus* é um tecido de substituição rico em enzimas proteolíticas que atuam no processo de erosão óssea. O *Tumor Necrosis Factor* (TNF)-alfa, produzido pelo tecido inflamado, estimula os fibroblastos a produzirem colagenases e gera um desequilíbrio entre o ligante do RANK (receptor ativador do fator nuclear NF- κ B) e a osteoprotegerina. O ligante do RANK se liga aos receptores de osteoclastos, tornando-os ativos para atuarem no processo de degradação óssea. (CARVALHO; MOREIRA, 2001)

As manifestações clínicas da AR podem ser divididas em articulares e extra-articulares. A principal queixa clínica é a dor, que pode ser seguida de edema e limitação dos movimentos das articulações acometidas. Ao exame físico, observa-se presença de dor à palpação articular, aumento de volume das articulações, derrame intra-articular, calor e, eventualmente, rubor (ALETAHA et al., 2010). As manifestações extra-articulares englobam: esclerite, episclerite, ceratite, síndrome de Sjogren, doença pulmonar intersticial, derrame pleural, nódulos pulmonares, pneumonite, bronquiopatia, vasculite cutânea reumatóide, neuropatia periférica, mononeurite múltipla, pericardite, miocardite, doenças valvares, distúrbios de condução e amiloidose. (SCOTT; WOLFE e HUIZINGA, 2010)

Os marcadores laboratoriais mais utilizados para avaliar a atividade da AR são: a velocidade de hemossedimentação (VHS) e a dosagem da proteína C reativa (PCR). O primeiro é aferido pelo método de Westergren (mm/primeira hora), e a PCR por método quantitativo, com medidas em mg/dL ou mg/L. (ALETAHA et al., 2010)

O fator reumatóide (FR) é um anticorpo dirigido contra a porção Fc da imunoglobulina G e é encontrado em cerca de 70% dos pacientes com AR (ALETAHA et al., 2010). O anticorpo anti-peptídeo citrulinado cíclico (anti-CCP) possui sensibilidade semelhante ao FR, porém com especificidade elevada de 98%. Sabe-se que na AR inicial, o FR pode ser negativo (49% a 75%), assim como o anti-CCP (71% a 76%). Pacientes com anti-CCP positivo possuem maior risco de dano articular e de diminuição das chances de remissão da doença. O FR em alto título também é um marcador de mau prognóstico. (SCOTT; WOLFE ; HUIZINGA, 2010)

Os critérios de classificação para o diagnóstico de AR de 1987 preconizam: 1) rigidez matinal com duração de pelo menos 1 hora antes da melhora máxima; 2)

edema de tecido mole (artrite) de 3 ou mais articulações observadas por um médico; 3) edema (artrite) das interfalangeanas proximais e metacarpofalangeanas ou do punho; 4) edema de articulações simétricas (artrite); 5) nódulos reumatóides; 6) presença de fator reumatóide; 7) alterações radiográficas e/ou osteopenia periarticular na mão e/ou articulações do punho. Os critérios de 1 a 4 devem estar presentes por pelo menos 6 semanas, sendo que o diagnóstico de AR deve ser considerado pela presença de 4 ou mais desses critérios. (ARNETT et al., 1988)

Os novos critérios para o diagnóstico de AR do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) em 2010 enfocam o diagnóstico precoce trazendo conceito de AR inicial, com menos de um ano de evolução. É classificado como "AR definitiva" o paciente que apresenta sinovite clínica (sem outra causa que a justifique) com pontuação determinada de acordo com os seguintes critérios: número de articulações envolvidas, sorologia para FR e anti-CCP, duração dos sintomas e alteração das provas de atividade inflamatória VHS e PCR (ANEXO C). Cada um desses itens é pontuado e a soma final deve ser maior que 6 para que o paciente seja classificado como AR. (ALETAHA et al., 2010)

A presença de erosões justa-articulares diagnosticadas por radiografia de mãos e pés são frequentemente irreversíveis, duas erosões típicas são suficientes para o diagnóstico. Danos extensos vistos em radiografia sugerem AR com controle inadequado e destruição progressiva indica tratamento intensivo (SCOTT; WOLFE ; HUIZINGA, 2010). A ultrassonografia e a ressonância magnética possuem melhor sensibilidade para detecção de dano estrutural precoce, como sinovite subclínica, derrame articular pequeno e edema ósseo. Esses métodos foram recentemente considerados como método auxiliar ao exame físico na avaliação de sinovite nos critérios de 2010. (ALETAHA et al., 2010)

Em longo prazo, o prognóstico da AR é ruim, porque 80% dos pacientes terão alguma forma de incapacitação após 20 anos e sua expectativa de vida é reduzida em média de 3 a 18 anos. Assim, a importância de identificar variáveis que possam selecionar pacientes de pior prognóstico, candidatos a um regime terapêutico mais agressivo, vem sendo amplamente discutida na literatura. (ALBANI ; CARSON, 1997)

O espectro da doença engloba tanto pacientes que apresentam doença grave, com evolução rápida e destruição articular importante, quanto pacientes com doença mais branda, com pequeno grau de comprometimento funcional e de destruição radiológica e, eventualmente, até remissão espontânea. Guidelines de tratamento recomendam classificar os pacientes de acordo com a gravidade, através da identificação de marcadores de mau prognóstico para evolução de AR: sexo feminino, tabagismo, baixo nível sócio-econômico, início da doença em idade precoce, manifestações extra-articulares, grande número de articulações edemaciadas ao diagnóstico, altos títulos de fator reumatóide (FR) e anti-CCP, VHS ou PCR persistentemente elevados, presença de nódulos reumatóides, epítipo compartilhado e início precoce de erosões ósseas. (MOTA et al.,2012; FURST, 1994; LAURINDO et al.,2002)

O tratamento apenas com analgésicos e anti-inflamatórios simples não é aceitável. Os anti-inflamatórios não hormonais são úteis para diminuir o processo inflamatório e a dor, principalmente no início da doença e nas reagudizações, quando as Drogas Modificadoras do Curso da Doença (DMCD) não tem ação imediata. Por sua vez, os glicocorticóides podem ser utilizados no tratamento da AR por curto período de tempo e podem diminuir a progressão radiográfica do dano estrutural, principalmente na artrite inicial. Melhores resultados foram obtidos quando eles eram associados às DMCD's (VOLLENHOVEN, 2010). A maioria dos estudos sugere a utilização da prednisona ou prednisolona em doses baixas (≤ 15 mg/dia) e seu tempo de uso deve ser abreviado em até três meses. (MOTA et al., 2012)

Terapia farmacológica imunomoduladora com DMCD deve ser instituída para induzir a remissão da doença, melhorar a qualidade de vida e prevenir dano estrutural e funcional de tecidos. São medicações que atuam inibindo células do sistema imune, como linfócitos B e T, neutrófilos e células fagocíticas. O metotrexate é considerado o fármaco padrão no tratamento da AR, e tem a capacidade de reduzir sinais e sintomas de atividade da AR e melhorar o estado funcional do paciente, além de reduzir a progressão das lesões radiográficas. Outras drogas DMCD, como a sulfassalazina e o leflunomide, podem ser acrescentadas à monoterapia inicial com o metotrexate. Antimaláricos (difosfato de cloroquina e sulfato de hidroxicloroquina)

são medicamentos seguros e eficazes, sobretudo para formas iniciais e leves de AR e tem sido associado a outros DMCD's. (MOTA et al., 2012)

O tratamento de AR evoluiu positivamente de forma rápida nas últimas duas décadas, alimentadas, em grande medida, pelo advento da biotecnologia, com a possibilidade de atingir moléculas e células que desempenham um papel chave no processo inflamatório autoimune específico por meio de medicações ditas biológicas (VOLLENHOVEN, 2010). Essa classe de drogas é direcionada contra uma citocina ou uma célula do sistema imune que tenha importância na fisiopatogenia da doença. Há diversas classes de DMCD's biológicas disponíveis: anti-TNF (adalimumabe, infliximabe, certolizumabe, etanercepte, e golimumabe); depletor de linfócito B (rituximabe); bloqueador da co-estimulação do linfócito T (abatacepte) e bloqueador do receptor de interleucina-6 (tocilizumabe). São indicadas para os pacientes que persistem com atividade da doença, apesar do tratamento com pelo menos dois esquemas de DMCD's sintéticas. Podem ser utilizadas associadas a uma DMCD não-biológica e devem ser prescritas mais precocemente no curso da doença, sobretudo nos pacientes com sinais de pior prognóstico. (MOTA et al., 2012).

Em uma coorte de 5 anos de acompanhamento, os anti-TNF (adalimumabe, etanercepte e infliximabe) não aumentaram o risco de neoplasia sólida em pacientes com AR sem história prévia deste tipo de neoplasia (MERCER et al., 2011). Os anti-TNF aumentam o risco de tuberculose, devendo ser realizada, antes do início da terapia, pesquisa de infecção ativa ou de tuberculose latente, para o tratamento apropriado. Além disso, outras possíveis complicações do uso de anti-TNF são disfunção cardíaca, doenças desmielinizantes, fenômenos auto-imunes (produção de autoanticorpos), vasculites, doença pulmonar intersticial e possível aumento do risco de linfoma. (BRASIL, 2013)

O uso dos imunossupressores azatioprina, ciclofosfamida e ciclosporina está restrito às formas mais severas e às manifestações extra-articulares da AR, já que a maioria dessas drogas apresentam considerável toxicidade (mielossupressão grave, aumento da ocorrência de infecções, esterilidade, toxicidade vesical e aumento da ocorrência de neoplasias). (CICONELLI et.al., 1999)

Um certo número de ensaios clínicos têm investigado as estratégias ideais para o tratamento de AR. O ensaio AR FINRACO demonstrou que a estratégia de terapia de combinação farmacológica inicial e ajuste do tratamento a cada 3 meses foi superior à monoterapia. O estudo TICORA demonstrou que a combinação de visita mensais ao reumatologista, a utilização de injeções de prednisolona 7,5 mg/dia e o ajuste frequente do tratamento conduziu a resultados superiores em comparação com uma abordagem mais convencional. (HALLERT, HUSBERG; SKOGH, 2011)

A Organização Mundial da Saúde define qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito multidimensional, envolvendo diferentes enfoques: físico, psicológico, ocupacional, social e outros. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998)

Na área da saúde, o interesse pelo conceito de QV (qualidade de vida) é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos. Assim, saúde e doença configuram processos compreendidos como um *continuo*, relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilos de vida. Consoante a essa mudança de paradigma, a melhoria da QV passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o setor nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças (SCHUTTINGA, 1995). Assim, informações sobre QV têm sido incluídas tanto como indicadores para avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos para grupos de portadores de agravos diversos, quanto na comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde. (KAPLAN, 1995)

Outro interesse está diretamente ligado às práticas assistenciais cotidianas dos serviços de saúde, e refere-se à QV como um indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas. Trata-se da avaliação do impacto físico e psicossocial que as enfermidades, disfunções ou incapacidades podem acarretar para as pessoas acometidas, permitindo um melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação à

condição. Nesses casos, a compreensão sobre a QV do paciente incorpora-se ao trabalho do dia-a-dia dos serviços, influenciando decisões e condutas terapêuticas das equipes de saúde. (MORRIS;PEREZ; MCNOE,1998)

No Brasil, igualmente, vem crescendo o interesse pelo tema qualidade de vida no campo da saúde. Alguns trabalhos publicados no Brasil foram considerados, tendo em vista a sua contribuição para o avanço das pesquisas sobre QV no país e por sua consonância com as tendências históricas observadas no contexto internacional (SEIDL; ZANNON, 2004).

Por ser a artrite reumatóide uma doença crônica e incapacitante, grande ênfase tem sido dada ao estudo da qualidade de vida desses pacientes. O uso de questionários genéricos para avaliação da qualidade de vida tem sua importância, por permitir a comparação de patologias entre si (CICONELLI et al., 1999). Um trabalho pioneiro disponibilizou um instrumento genérico de avaliação da QV, o *Medical Outcomes Study36- Item Short-Form Health Survey (SF-36)*, que foi traduzido e validado no Brasil em uma amostra de cinquenta pacientes com artrite reumatóide e permitiu evidenciar a utilidade de medidas gerais para a investigação de impacto da doença crônica sobre a vida das pessoas acometidas (CICONELLI et al., 1999). Medidas genéricas, como o SF-36, capturam os efeitos da AR na saúde geral e qualidade de vida dos pacientes (SCOTT; WOLFE; HUIZINGA, 2010).

O SF-36 é um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida que contém 36 itens englobados em 8 subescalas: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Varia de 0 a 100 e quanto maior o seu valor, melhor o estado de saúde (CICONELLI et al., 1999) (ANEXO A).

AR é uma das principais causas de incapacidade em longo prazo, de absenteísmo ao trabalho e de incapacidade permanente, com custos elevados para a sociedade. A maioria dos pacientes com AR terá sua independência afetada em graus variáveis, incluindo limitações nas atividades sociais, de lazer e profissionais (EMERY et al., 2012). O índice de afastamento do trabalho pode chegar a mais de 60% após 15 anos de doença (SOKKA, 2003; VAN VOLLENHOVEN, 2010).

As consequências da doença incluem: deficiências, incapacidades e dificuldades. Deficiência é definida como: “diminuição ou anormalidade psicológica, fisiológica ou de estrutura anatômica ou de função”. Incapacidade é definida com “alguma restrição ou perda da habilidade para realizar uma função no trabalho considerado para uma escolha humana.” Finalmente dificuldade é definida como “uma desvantagem pessoal, resultando em deficiência e incapacidade que limita ou impede a realização de um papel individual normal (HOCHBERG et al., 1992).

A capacidade funcional de indivíduos com AR pode ser avaliada através do instrumento conhecido como *Health Assessment Questionnaire* (HAQ II). Já o estado funcional em que o paciente encontra-se obedece a classificação determinada pelos critérios do *American College of Rheumatology* (ACR).

O HAQ é um dos primeiros instrumentos de estado funcional e tornou-se o questionário mais utilizado para mensurar o estado funcional dos pacientes em ensaios clínicos e estudos epidemiológicos. O HAQ consiste em vinte perguntas que avaliam oito categorias de atividades diárias funcionais do paciente tais como vestir-se, levantar, abaixar, andar, alimentar-se, higiene corporal, carregar e abrir objetos, e manusear objetos no dia-a-dia. É perguntado: “Com que dificuldade você é capaz de realizar determinada tarefa?”. Quatro respostas são possíveis a cada pergunta: com nenhuma dificuldade (escore 0), com alguma dificuldade (escore 1), com muita dificuldade (escore 2) e incapaz de realizar (escore 3) (FRIES, KRAINES, 1980). Inclui também, um questionário sobre o uso de dispositivos de ajuda ou de suporte a terceiros para as atividades. A pontuação de cada categoria aparece no número mais alto de qualquer um dos seus itens. A pontuação final do HAQ é a média das pontuações das oito categorias. (BRUCE; FRIES, 2003) (ANEXO B)

O critério de classificação do estado funcional global da AR pelo ACR de 1991 foram revisados e validados em 1992 em 325 pacientes, com boa validade de critério e discriminante. Ele descreve as consequências funcionais da AR por nível de capacidade do indivíduo para tarefas da vida diária. Divide os pacientes em quatro grupos: Classe I: Capacidade completa para realizar atividades comuns da vida diária (cuidados pessoais, ocupacionais e não-ocupacionais); Classe II: capacidade para realizar atividades de cuidado pessoal e ocupacional, mas limitado a atividades não ocupacionais; Classe III: Capaz de realizar cuidados pessoais usuais, mas

limitado a atividades não ocupacionais; Classe IV: Limitado para atividades pessoais, ocupacionais e não ocupacionais. Atividades de autocuidado pessoais usuais incluem: vestir, alimentação, banho, higiene e asseio. As propriedades da classificação do ACR de 1991 foram superiores aos dos critérios de classificação funcional de Steinbrocker de 1949. (HOCHBERG et al., 1992) (ANEXO C)

Na evolução do curso clínico da AR, assim como em outras afecções auto-imunes sistêmicas, há períodos em que os sintomas e sinais característicos da doença aparecem ou pioram, fase essa compreendida como “fase ativa da doença”, “ativação da doença” ou “*flare*”. A fase ativa deve abranger manifestações e aspectos da doença que são potencialmente reversíveis e os quais se têm a intenção de tratar. Deve ser claramente diferenciada de dano, que é um processo irreversível (ASMUSSEN, 2001; LIANG, 2006). Esse período de atividade pode ser abrupto ou iniciar-se de forma insidiosa, com período de duração muito variável. Entretanto, deve haver sempre a possibilidade de voltar a zero, caracterizando a reversibilidade do processo. O período em que a atividade da doença é zero ou muito próxima do zero é chamado de período de remissão. (SYMMONS et al., 1995)

As medidas de atividade de doença autoimune sistêmica representam uma tentativa de quantificar o processo inflamatório, o que pode ser feito pela dosagem de marcadores bioquímicos da via da inflamação, como citocinas próinflamatórias e reagentes de fase aguda da inflamação como a VHS, a PCR e o fibrinogênio (SOLOMAN et al., 2005; SYMMONS et al., 1995). Alternativamente, podem ser avaliadas pela presença de sinais clínicos como edema e calor articular, de forma que deve-se buscar em cada doença quais são os aspectos que definem melhor a atividade da mesma. (VAN DER HEIJDE et al., 1990; GUILLEMIN, 2003; PINCUS; SOKKA, 2005)

Na maioria das doenças autoimunes sistêmicas, a atividade da doença é um aspecto multidimensional e, portanto, este conceito deve ser medido em várias dimensões que contemplem informações sobre sinais e sintomas da doença, testes laboratoriais e até exames de imagem. Os exames complementares associados aos parâmetros clínicos permitem ampliar a captação de dados e tentam compensar os possíveis vieses nos instrumentos (LIANG, 2006). Algumas dessas doenças podem ter manifestações específicas de atividade, como o *rash* malar e o anti-DNA no

Lúpus Sistêmico. Outras podem ter fatores de atividade comum às outras doenças, como dor, edema articular, medidas laboratoriais de inflamação e medidas de avaliação global da doença (SYMMONS et al., 1995; PINCUS; SOKKA, 2005).

As medidas de avaliação global da doença são usadas amplamente na reumatologia como uma forma de reunir vários critérios de atividade em uma única resposta. É a impressão que se tem da doença de uma forma global ou sob todos os seus aspectos, e pode ser avaliada do ponto de vista do médico, com o instrumento *Physician Global Assessment* (PhGA) ou, segundo o paciente, com o *Patient Global Assessment* (PaGA). (HUSKISSON, 1982; SOKKA, 2005)

A avaliação global do médico com o PhGA é a forma mais simples de índice composto. O médico toma nota de todas as informações clínicas e complementares disponíveis (laboratoriais, de imagem) sobre o paciente e faz um julgamento global da atividade da doença. Isso pode ser estimado quantitativamente em uma escala visual analógica que varia de zero a dez, em que quanto mais próximo do valor dez, maior será a atividade da doença. (PINCUS; SOKKA, 2005)

Para a avaliação da atividade da doença dos pacientes com AR e para medir a resposta aos diversos tratamentos, existem indicadores clínicos e instrumentos de medida. Alguns desses são: a Escala Visual Analógica para dor (EVA dor), o *Disease Activity Score* (DAS-28) e o *Simplified Disease Activity Index* (Índice Simplificado de Atividade de Doença - SDAI).

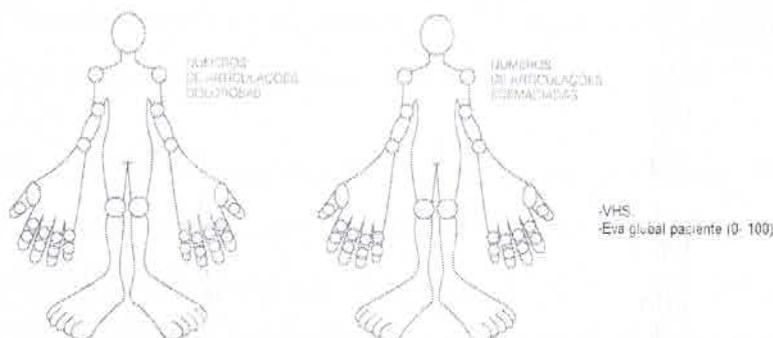
A Escala Visual Analógica de avaliação da dor (EVA dor) informa a autopercepção do paciente de sua dor na última semana. É graduada em uma escala de 0 a 10 mm e quanto mais próximo de 10, pior é a intensidade da dor. (BIRD, DICKSON, 2001)

O *Disease Activity Score* (DAS-28) é o índice de atividade de doença baseado na contagem de 28 articulações dolorosas e edemaciadas (ombros, cotovelos, punhos, metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais e joelhos, bilateralmente). Utiliza-se o número de articulações dolorosas sem ponderar a intensidade da dor, considera-se que seja dolorosa uma articulação que apresente algum grau de desconforto, não necessariamente dor intensa, quando avaliada por dígito pressão de sua interlinha ou por sua mobilização passiva. O DAS é também composto pela

avaliação global da doença pelo paciente (PaGA), obtida por uma EVA que varia de 0 a 100 , e pela medida do VHS em mm/hora. Quanto maior o valor do DAS, maior a atividade da doença (PINHEIRO, 2007) (FIGURA 1).

Figura 1- Representação do DAS- 28 para avaliação da atividade da doença

AVALIAÇÃO DE ATIVIDADE DA DOENÇA - DAS 28:



Fonte: Elaboração das autoras

O Índice Simplificado de Atividade de Doença (SDAI) é a soma numérica de cinco parâmetros: contagem de articulações dolorosas e edemaciadas (com base numa avaliação conjunta de 28), avaliação da atividade global da doença pelo médico, avaliação da atividade global da doença pelo paciente através de escala analógica visual de atividade (EVA de 0-10 cm) e nível de proteína C-reativa em mg/dl (normal:<1 mg/dl) (SMOLEN et al., 2003) (ANEXO D).

2 JUSTIFICATIVA

A Artrite Reumatoide é uma doença que afeta diretamente a qualidade de vida do paciente, pois, se trata de uma doença incapacitante resultando em dor articular e rigidez, interferindo nas atividades diárias do paciente. Além disso, as manifestações sistêmicas como febre, mialgia e adinamia levarão à perda de dias úteis no trabalho e, mais tarde, à progressão da doença que pode resultar em aposentadoria precoce e invalidez. Geralmente, os pacientes com AR deixam de trabalhar 20 anos antes do que se espera na sua idade (CORBACHO; DAPUETO, 2010).

Dessa forma, com a progressão da AR, os pacientes desenvolvem incapacidades para a realização das suas atividades diárias e profissionais, com impacto econômico significativo para os mesmos, para sua família e a sociedade. As incapacidades aumentam a utilização dos recursos de saúde e o número de dias perdidos de trabalho, já durante o primeiro ano da doença (HALLERT; HUSBERG ; SKOGH, 2011).

Os estudos epidemiológicos que descrevem as características dos pacientes portadores da doença nos diferentes países e suas regiões são importantes, pois contribuem para melhor entendimento do comportamento da AR em diferentes populações. Além disso, permitem otimizar a abordagem desses pacientes em uma região ou uma instituição, mediante a identificação do perfil dos pacientes atendidos e de sua resposta terapêutica através de instrumentos de medida de qualidade de vida, de dor, de capacidade física e funcional

3 OBJETIVOS

Traçar o perfil epidemiológico e clínico dos pacientes portadores de artrite reumatoide em acompanhamento no ambulatório de reumatologia em um Hospital filantrópico de Vitória em um período de oito meses.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as variáveis demográficas dos pacientes;
- Descrever as variáveis clínicas dos pacientes;
- Descrever a atividade da artrite reumatóide nesses pacientes;
- Descrever a capacidade funcional nesses pacientes;
- Descrever a qualidade de vida nesses pacientes;
- Descrever a evolução longitudinal da atividade da doença, estado funcional e qualidade de vida nos três tempos: T1 (avaliação inicial), T16 (16 semanas) e T32 (32 semanas).
- Correlacionar a atividade da doença com a qualidade de vida, a avaliação geral da dor e a capacidade funcional nesses pacientes.
- Correlacionar medidas de atividade da doença com opinião do especialista.

4 METODOLOGIA

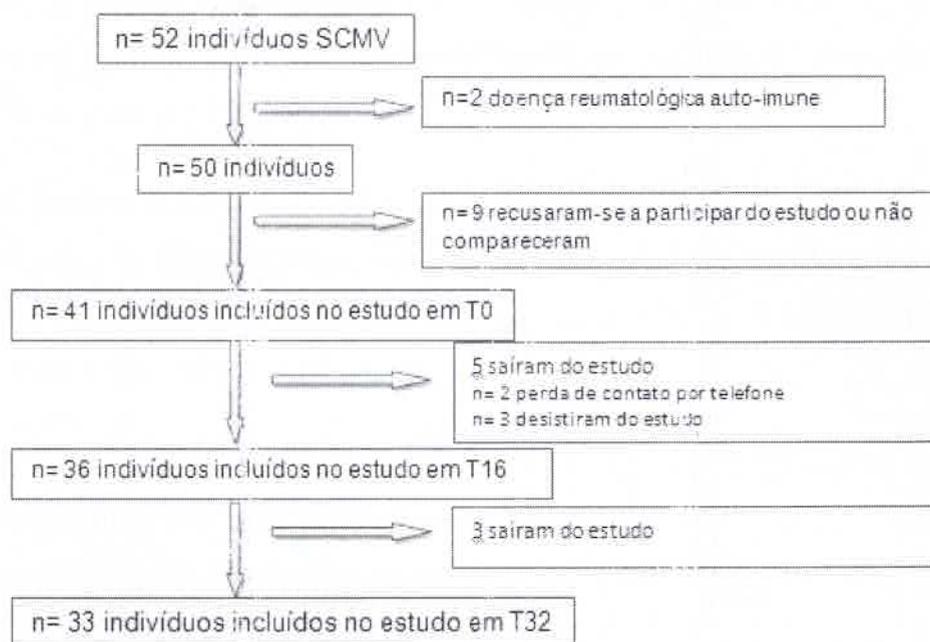
Trata-se de um estudo descritivo longitudinal desenvolvido no ambulatório de reumatologia geral do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Espírito Santo, no período de agosto de 2012 a maio de 2013.

A população do estudo foi constituída por indivíduos com AR acompanhados regularmente nesse serviço durante 32 semanas. Para a amostra, foram pré-selecionados pacientes que preenchem os seguintes critérios de inclusão: a) Preencher os critérios do ACR de 1978 para classificação diagnóstica de AR estabelecida e os critérios do ACR de 2010 para AR inicial; b) Ter idade igual ou maior que 18 anos; c) Concordar em participar do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Como critérios de exclusão consideraram-se: a) Diagnóstico de AR inconclusivo ou duvidoso; b) Presença de outra doença reumatológica auto-imune associada à artrite reumatóide, exceto Síndrome de Sjogren.

Dos 52 pacientes selecionados, 11 foram excluídos do estudo pelos seguintes motivos: nove não compareceram ou recusaram-se a participar e dois tinham outra doença reumatológica autoimune concomitante. Ao final do processo de seleção, a amostra foi composta por 41 indivíduos que foram avaliados em três momentos: na inclusão da pesquisa (T1), com 16 semanas (T16) e com 32 semanas (T32). Houve perda de seguimento de 5 pacientes na avaliação com 16 semanas e de mais 3 na avaliação de 32 semanas (FIGURA 1). A perda de seguimento foi atribuída à desistência na participação do estudo e/ou à impossibilidade de contato. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de ética e pesquisa com seres humanos (número de protocolo 64690) da instituição e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (APÊNDICE A)

Figura 2 - Seleção de pacientes com AR no ambulatório geral de reumatologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, 2013



Fonte: Elaboração das autoras

Foi realizada coleta de dados do paciente a partir de fichas aplicadas por um entrevistador em cada um dos três momentos (T1, T16 e T32), com coleta de sangue nos dias das avaliações para dosagem laboratorial de PCR e VHS e aplicação dos instrumentos de medida.

As fichas continham dados demográficos, critérios diagnósticos e clínicos de AR, comorbidades, medicamentos de uso atual e prévio, exames complementares, um homúnculo para marcar as articulações doloridas e edemaciadas, índices de avaliação global da doença pelo médico e pelo paciente e escala de dor. (APÊNDICE 2).

4.1 INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Como instrumentos de avaliação de impacto da AR nos indivíduos, foram utilizadas as versões traduzidas e validadas para a língua portuguesa dos questionários: HAQ para capacidade funcional e SF-36 para qualidade de vida. Também foram utilizados os índices: Escala visual analógica de dor (EVA dor), DAS 28 e SDAI para avaliar atividade da doença. Para determinar a classe funcional, utilizou-se o critério do ACR.

O SF-36 apresenta um escore final de 0 a 100, no qual zero indica o pior estado geral de saúde e 100: o melhor estado de saúde (CICONELLI et al., 1999). Recomendaram-se também as análises individuais dos domínios do SF 36 com as variáveis em estudo, para melhor entendimento de como cada domínio interfere na qualidade de vida (ANEXO A).

O escore total do HAQ foi calculado pela média aritmética dos maiores resultados de cada um dos oito componentes, variando de zero (função excelente) a três (função muito ruim). Quanto maior for o valor do HAQ, pior é a capacidade funcional. (FRIES; KRAINES, 1980) (ANEXO B)

A classe funcional dos pacientes com AR foi determinada mediante aplicação dos critérios revisados em 1992 para classificação funcional do ACR em quatro classes, conforme descrito na introdução deste trabalho. (HOCHBERG et al, 1992) (ANEXO C)

O cálculo do SDAI consiste na soma de: contagem de 28 articulações dolorosas, contagem de 28 articulações edemaciadas, PCR (mg/dL), avaliação global pelo paciente (VAS) de zero a dez, e avaliação global pelo médico de zero a dez. Para as categorias de atividade do SDAI, foi considerada (SMOLEN et al., 2003) (ANEXO D):

- Remissão: menor que 3,3;
- Baixa atividade: entre 3,3 e 11;
- Moderada atividade: entre 11 e 26;
- Alta atividade: maior que 26.

A pontuação da EVA dor foi realizada de forma numérica em uma escala de zero a dez, em que o paciente considerou o valor zero como ausência de dor e o valor dez como máxima dor imaginável (APÊNDICES A e B).

O DAS 28 (medido com VHS) foi pontuado de acordo com: Avaliação global do estado da doença pelo paciente pontuado de zero a cem; valor de VHS (mm/ hora na 1ª hora) e contagem de articulações dolorosas e edemaciadas do paciente. Os indivíduos foram examinados por um único reumatologista experiente em todos os

três momentos da pesquisa para efeito de calibração dos resultados. O cálculo do DAS 28 foi realizado por meio de calculadora própria. De acordo com as categorias de atividade de doença definidas para o DAS 28 (PINHEIRO, 2007; PREVOO et al., 1994), foi considerada como (APÊNDICES A e B):

- Remissão: menor que 2,6;
- Baixa atividade da doença: entre 2,6 e 3,2;
- Moderada atividade da doença: entre 3,2 e 5,1;
- Alta atividade da doença : maior que 5,1.

4.2 ANÁLISE DE DADOS

A tabulação e a análise dos dados, bem como a execução de gráficos e tabelas foram feitas através do programa Microsoft Office Excel 2007 e programa BioEstat 5.3.

Foi realizada a estatística descritiva da amostra, definindo os dados demográficos, as variáveis clínicas, dados de estado de atividade da doença, da classificação funcional, de capacidade funcional, de qualidade de vida e de resposta terapêutica através de frequências absolutas e relativas, bem como medidas de tendência central (média, mediana, valores mínimo e máximo) para variáveis numéricas.

Para testar a normalidade da amostra nas correlações foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk, que é empregado quando se tem uma amostra menor que 50 indivíduos. Foram avaliadas as correlações entre a atividade da doença pelo DAS 28 e SDAI e as seguintes variáveis: variáveis sócio-demográficas, HAQ II, SF 36, ACR funcional, avaliação global paciente e avaliação global médico e avaliação subjetiva qualitativa do médico sobre a atividade da doença. Considerou-se atividade da doença como desfecho (variável dependente) e as outras variáveis como exposições (variáveis independentes).

Na análise subsequente, foram avaliadas as correlações do HAQ II com variáveis isoladas de atividade da doença (rigidez matinal, EVA dor, SDAI, DAS 28, VHS e PCR); com qualidade de vida pelo SF36; e com ACR funcional. DAS 28, SDAI, SF

36, ACR funcional e o HAQ foram comparados longitudinalmente no início e fim do estudo.

Para a correlação das variáveis sócio-demográficas qualitativas com o DAS 28 e SDAI, foram utilizados o teste t, exceto para estado civil em que foi usado ANOVA. Para as variáveis sócio-demográficas quantitativas, o coeficiente de correlação de Spearman.

Na correlação do HAQ com variáveis de atividade e na correlação da avaliação global do paciente e do médico com DAS 28 e SDAI, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman.

Para a correlação do SF-36 com o HAQII, o DAS 28 e o SDAI foram utilizados o coeficiente de correlação de Pearson. Na comparação do ACR com o HAQII e o SDAI foi realizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, e com o DAS 28 foi aplicado a ANOVA. Na correlação do DAS 28 com avaliação da atividade da doença pelo médico, usou-se testes t em T0, e ANOVA em T16 e T32.

Na análise longitudinal dos domínios do SF36, para a comparação nos três momentos da pesquisa dos domínios dor, vitalidade e saúde mental foram utilizados ANOVA, e para os demais domínios, aplicou-se ao teste não-paramétrico de Friedman. Para a comparação longitudinal entre as classes funcionais foi aplicado o teste de McNemar. Na análise longitudinal do DAS 28, SDAI e HAQ foi utilizado o teste não-paramétrico de Friedman.

Foram consideradas estatisticamente significativas as correlações com $p \leq 0,05$ (nível de significância de 5%). O coeficiente de correlação foi avaliado qualitativamente segundo Callegari-Jacques(2003), que considera as categorias abaixo de acordo com o valor do coeficiente p :

- Entre 0,00 e 0,30: fraca correlação;
- Entre 0,30 e 0,60: moderada correlação;
- Entre 0,60 e 0,90: forte correlação;
- Entre 0,90 e 1,00: correlação muito forte (CALLEGARI-JACQUES, 2003)

5 RESULTADOS

A amostra foi constituída por 41 pacientes com diagnóstico de AR, com predomínio de mulheres, estado civil casado, raça parda e média de idade de 50,3 anos \pm 10,6. Outras características sócio-demográficas como escolaridade, renda familiar e hábitos de vida estão demonstradas na Tabela 1. O tempo médio de diagnóstico da doença no grupo estudado foi de 8,5 anos \pm 9,5 e a média do intervalo entre início dos sintomas e diagnóstico de 3,2 anos \pm 5,7.

Tabela 1- Características sócio-demográficas em 41 pacientes com AR em Vitória, 2013

| Variável | n | % | Média \pm DP* |
|---|----|-------|-----------------|
| IDADE (anos) | - | - | 50,3 \pm 10,6 |
| SEXO | | | |
| feminino | 38 | 92,6 | |
| masculino | 3 | 7,3 | |
| RAÇA | | | |
| parda | 22 | 53,6 | |
| branco | 12 | 29,2 | |
| preto | 7 | 17,0 | |
| ESTADO CIVIL | | | |
| casado | 17 | 41,4 | |
| viúvo | 11 | 26,8 | |
| solteiro | 10 | 24,3 | |
| divorciado | 3 | 7,3 | |
| ANOS DE ESTUDO | | | |
| sem instrução e < 1 ano | 4 | 9,7 | |
| 1 a 3 | 7 | 17,0 | |
| 4 a 7 | 17 | 41,4 | |
| 8 a 10 | 7 | 17,0 | |
| 11 ou mais | 6 | 14,6 | |
| RENDA FAMILIAR | | | |
| até 2 sm | 32 | 78,0 | |
| de 2 a 4 sm | 9 | 21,9 | |
| POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA | | | |
| sim | 27 | 65,8 | |
| não | 14 | 34,1 | |
| TABAGISMO | | | |
| sim | 14 | 34,1 | |
| não | 27 | 65,8 | |
| SEDENTARISMO | | | |
| sim | 37 | 90,24 | |
| não | 4 | 9,75 | |
| TEMPO DE DIAGNÓSTICO (anos) | - | - | 8,5 \pm 9,5 |
| INTERVALO ENTRE SINTOMAS E O DIAGNÓSTICO(anos) | - | - | 3,2 \pm 5,7 |

DP*: Desvio-Padrão.

Fonte: Elaboração das autoras

Em relação aos critérios diagnósticos da doença e manifestações clínicas, observou-se que dos 41 indivíduos estudados, 17 (41,5%) tinham FR positivo e 10 (24,4%) tinham anti-CCP positivo. A artrite de mãos constituiu o principal achado clínico da amostra, presente em 97,5% dos indivíduos, e os nódulos reumatóides foram encontrados em apenas um paciente. Entre os pacientes com alterações radiográficas, observou-se que 48,7% tinham osteopenia periarticular e 26,8% erosões. As manifestações extra-articulares ocorreram em 17% dos pacientes, conforme a Tabela 2.

Tabela 2 - Frequência de critérios diagnósticos da doença e manifestações extra-articulares em 41 pacientes com AR em Vitória, 2013

| Crítérios diagnósticos | n | % |
|---|----------|-----------|
| Rigidez matinal maior que uma hora | 34 | 82,9 |
| Artrite de 3 ou mais áreas | 31 | 75,6 |
| Artrite das mãos | 40 | 97,5 |
| Simetria | 35 | 85,3 |
| Nódulo reumatóide | 1 | 2,4 |
| Fator reumatóide positivo | 17 | 41,4 |
| Alterações radiográficas | 32 | 78 |
| Anti-CCP* positivo | 10 | 24,3 |
| Manifestações extra- articulares | 7 | 17 |
| Síndrome de Sjogren | 4 | 9,7 |
| Doença Pulmonar | 3 | 7,3 |

* Anti-CCP: anticorpos anti-peptídeo citrulinado cíclico.

Fonte: Elaboração das autoras

A hipertensão arterial (48,7%), a osteoartrite (26,8%) e a dislipidemia (22%) foram as principais comorbidades associadas a AR, de acordo com a Tabela 3.

Tabela 3-Frequência de comorbidades em 41 pacientes com AR em Vitória, 2013

| Comorbidades | n | % |
|--------------------------------|----------|----------|
| Hipertensão arterial crônica | 20 | 48,7 |
| Osteoartrite | 11 | 26,8 |
| Dislipidemia | 9 | 22,0 |
| Diabetes | 7 | 17,0 |
| Doença psiquiátrica/ Depressão | 7 | 17,0 |
| Osteoporose/ Osteopenia | 6 | 14,6 |
| Fibromialgia | 5 | 12,1 |
| Outros* | 36 | 87,8 |

*Outros: Catarata (n=4); Úlcera gástrica (n=3); Tendinite (n=3); Cardiopatia (n=2); Asma (n=2); Bursite (n=2); Nódulo Tireoidiano (n=2); Hanseníase (n=1); Hipotireoidismo (n=2); Hepatite (n=1); Glaucoma (n=1); Tuberculose ganglionar (n=1); Epilepsia (n=1); Rinite alérgica (n=1); Prolapso de válvula mitral (n=1); Câncer de lábio (n=1); Retocolite ulcerativa (n=1); Anemia ferropriva (n=1); Gota (n=1); infecção urinária de repetição (n=1).

Fonte: Elaboração das autoras

Os esquemas terapêuticos utilizados pelos pacientes durante a primeira avaliação estão explicitados na Tabela 4. Na amostra, houve predomínio de pacientes em uso de esquema terapêutico com duas drogas modificadoras do curso da doença (DMCD) sintéticas (58,5%), sendo que a associação mais frequente foi de metotrexate com leflunomide (36,6%).

Observou-se que 11 pacientes (26,8%) faziam uso de apenas uma DMCD sintética, com franco predomínio de metotrexate isolado 10 (24,4%), e 6 (14,6%) estavam em uso de associação tripla de metotrexate, leflunomide e hidroxiclороquina. O uso de biológicos e corticóides representou 19,5% da amostra.

Tabela 4- Frequência de esquemas terapêuticos na primeira avaliação em 41 pacientes com AR em Vitória, 2013

| ESQUEMAS TERAPÊUTICOS | n | % |
|-------------------------------------|-----------|-------------|
| APENAS 1 DMCD* SINTÉTICO: | 11 | 26,8 |
| METROTREXATE | 10 | 24,4 |
| LEFLUNOMIDE | 0 | 0 |
| HIDROXICLOROQUINA | 1 | 2,4 |
| SULFASSALAZINA | 0 | 0 |
| APENAS 2 DMCDs SINTÉTICOS: | 24 | 58,5 |
| MTX ⁺ + LEFLUNOMIDE | 15 | 36,6 |
| MTX ⁺ + HIDROCLOROQUINA | 4 | 9,7 |
| MTX ⁺ + SULFASSALAZINA | 2 | 4,8 |
| HCQ ^{**} + LEFLUNOMIDE | 1 | 2,4 |
| HCQ ^{**} + SULFASSALAZINA | 1 | 2,4 |
| SULFA [§] + LEFLUNOMIDE | 1 | 2,4 |
| ASSOCIAÇÃO DE 3 DMCDs: | | |
| MTX+ LEFLUNOMIDE+ HCQ ^{**} | 6 | 14,6 |
| BIOLÓGICOS: | 8 | 19,5 |
| INFLIXIMABE | 4 | 9,7 |
| ADALIMUMABE | 4 | 9,7 |
| CORTICÓIDES: | 8 | 19,5 |

*DMCD: Droga modificadora do Curso da Doença. **HCQ: Hidroxiclороquina. ⁺MTX: Metotrexate. [§] SULFA: Sulfassalazina.
Fonte: Elaboração das autoras

Na avaliação final dos indivíduos, observou-se mudanças dos esquemas terapêuticos em 51,4% da amostra, sendo que a principal delas foi a introdução de leflunomide (n=12), seguida da introdução dos DMCDs biológicos (n=2) (Figura 3).

Figura 3- Esquemas terapêuticos após 32 semanas de acompanhamento em 41 pacientes com AR em Vitória, 2013

| | |
|--|---|
| metotrexate, leflunomide (n=7) | Pacientes que continuaram com o mesmo esquema terapêutico (n= 16) 48,4% |
| metotrexate, leflunomide, adalimumabe (n=3) | |
| metotrexate (n=2) | |
| metotrexate, sulfassalazina(n=2) | |
| metotrexate, infliximabe (n=2) | |
| metotrexate, leflunomide (n=7) | Pacientes que modificaram o esquema terapêutico (n=15) 45,4% |
| metotrexate, hidroxiclороquina, leflunomide (n=2) | |
| hidroxiclороquina, leflunomide (n=2) | |
| metotrexate, hidroxiclороquina (n=2) | |
| leflunomide, sulfassalazina (n=1) | |
| metotrexate, hidroxiclороquina, leflunomide (n=1) | |
| metotrexate, hidroxiclороquina, leflunomide, infliximabe (n=1) | Pacientes que iniciaram biológicos durante o estudo (n=2) 6,0% |
| metotrexate, leflunomide, infliximabe (n=1) | |



Fonte: Elaboração das autoras

Na Tabela 5, observa-se a distribuição da classe funcional dos pacientes, com predomínio das classes I e II nos três tempos de avaliação da pesquisa, ou seja, pacientes com pouca a moderada limitação funcional.

Tabela 5- Classe funcional ACR em 41 pacientes com AR nos três tempos em Vitória, 2013

| Classes | T0 ^a | | T16 ^{**} | | T32 ^{***} | |
|------------|-----------------|------|-------------------|------|--------------------|------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Classe I | 17 | 41,5 | 16 | 44,4 | 16 | 48,5 |
| Classe II | 14 | 34,1 | 12 | 33,4 | 12 | 36,4 |
| Classe III | 8 | 19,5 | 6 | 16,7 | 4 | 12,1 |
| Classe IV | 2 | 4,9 | 2 | 5,5 | 1 | 3,0 |

^aT0: Avaliação inicial; T16: Avaliação com 16 semanas; T32: Avaliação com 32 semanas. ^{*}Em T0: n= 41 pacientes; ^{**} Em T16: n= 36 pacientes; ^{***} Em T32: n= 33 pacientes.

Fonte: Elaboração das autoras

Quanto à avaliação de atividade da doença pelos instrumentos de medida e índices compostos, na inclusão do estudo, a amostra apresentou moderada atividade da doença com média de EVA dor de $5,3 \pm 2,5$, EVA global do médico de $4,0 \pm 2,5$, rigidez matinal de $37,9 \text{ min} \pm 39,3$, DAS 28 de $4,3 \pm 1,4$ e SDAI de $22,9 \pm 12,1$. O HAQ obteve uma média de $1,3 \pm 0,8$, demonstrando limitação da capacidade funcional leve à moderada destes pacientes. A média da amostra quanto ao instrumento qualidade de vida SF-36 foi de $90,3 \pm 7,3$ (Tabela 6).

Tabela 6- Medidas de tendência central e dispersão dos índices e instrumentos de avaliação de 41 pacientes com AR nos três tempos de seguimento em Vitória, 2013¹

| Variáveis | Valores Mínimos | Valores Máximos | Mediana | Média \pm DP* |
|----------------------------------|-----------------|-----------------|---------|-----------------|
| Avaliação global paciente | | | | |
| T0 | 0 | 100 | 50 | $51,7 \pm 22,7$ |
| T16 | 0 | 80 | 50 | $40,5 \pm 22,8$ |
| T32 | 0 | 90 | 40 | $40,3 \pm 24,9$ |
| Avaliação global médico | | | | |
| T0 | 0 | 9 | 4 | $4,0 \pm 2,5$ |
| T16 | 0 | 8 | 3 | $3,4 \pm 2,4$ |
| T32 | 0 | 9 | 2 | $2,6 \pm 2,6$ |
| EVA dor | | | | |
| T0 | 0 | 10 | 5 | $5,3 \pm 2,5$ |
| T16 | 0 | 10 | 5 | $4,9 \pm 2,4$ |
| T32 | 0 | 9 | 5 | $4,5 \pm 2,4$ |
| Rigidez matinal | | | | |
| T0 | 0 | 120 | 30 | $37,9 \pm 39,3$ |
| T16 | 0 | 120 | 0 | $19,5 \pm 32,5$ |
| T32 | 0 | 180 | 6 | $22,9 \pm 37,8$ |
| VHS* | | | | |
| T0 | 1 | 95 | 26 | $30,9 \pm 22,6$ |
| T16 | 10 | 110 | 30 | $35,0 \pm 17,9$ |
| T32 | 7 | 115 | 30 | $38 \pm 25,9$ |
| PCR** | | | | |
| T0 | 0,2 | 40,1 | 2,4 | $5,3 \pm 7,2$ |
| T16 | 0,7 | 27,7 | 3,75 | $3,7 \pm 4,7$ |
| T32 | 0,5 | 25,1 | 1,9 | $5,0 \pm 6,7$ |
| DAS 28[#] | | | | |
| T0 | 1,21 | 7,17 | 4,52 | $4,3 \pm 1,4$ |
| T16 | 2,25 | 6,48 | 4,00 | $4,1 \pm 1,0$ |
| T32 | 2,17 | 6,11 | 3,86 | $3,8 \pm 1,0$ |
| SDAI[§] | | | | |
| T0 | 3,2 | 53,7 | 21,9 | $22,9 \pm 12,1$ |
| T16 | 3,4 | 52,7 | 12 | $16,8 \pm 11,6$ |
| T32 | 0,5 | 49,1 | 13,6 | $15,3 \pm 11,6$ |
| SF-36⁺ | | | | |
| T0 | 79 | 110 | 90 | $90,3 \pm 7,3$ |
| T16 | 79 | 113 | 89,5 | $92,2 \pm 8,7$ |
| T32 | 80 | 104 | 92 | $91,8 \pm 6,5$ |
| HAQ-II⁺⁺ | | | | |
| T0 | 0 | 2,75 | 1,25 | $1,3 \pm 0,8$ |
| T16 | 0 | 2,5 | 1,81 | $1,1 \pm 0,8$ |
| T32 | 0 | 2,6 | 0,87 | $0,9 \pm 0,7$ |

DP: Desvio-Padrão; VHS: Valor de Hemossedimentação; PCR**: Proteína C Reativa; DAS28#: Índice de atividade da doença com 28 articulações; SDAI#: Índice Simplificado de Atividade de Doença; SF-36#: Estudo de 36 itens resultado médico de inquérito de saúde de forma curta; HAQII#: Avaliação de questionário de saúde. *T0: Avaliação inicial; T16: Avaliação com 16 semanas; T32: Avaliação com 32 semanas. *Em T0: n= 41 pacientes; ** Em T16: n= 36 pacientes; *** Em T32: n= 33 pacientes. Fonte: Elaboração das autoras

Na avaliação da atividade da doença pelos instrumentos DAS 28 e SDAI no seguimento da amostra, observou-se predomínio das categorias moderada e alta atividade na avaliação inicial, e das categorias baixa e moderada atividade ao final do estudo. Isso sugere que ao final dos três tempos de avaliação, houve melhora das condições clínicas da amostra com redução da atividade da doença, uma vez que se observou um aumento do número de indivíduos nas categorias de remissão e baixa atividade. (Tabela 7).

Tabela 7-Freqüência de categorias de atividade da doença de acordo com os instrumentos e de acordo com avaliação do médico em 41 pacientes com AR em Vitória, 2013

| Variáveis | Categorias de atividade da doença | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------------------|------|-----------------|------|--------------------|------|----------------|------|
| | Remissão | | Baixa atividade | | Moderada atividade | | Alta atividade | |
| DAS 28* | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| T0 | 8 | 19,5 | 2 | 4,8 | 18 | 43,9 | 13 | 31,8 |
| T16 | 1 | 2,8 | 6 | 16,6 | 23 | 64 | 6 | 16,6 |
| T32 | 4 | 12,2 | 7 | 21,2 | 18 | 54,5 | 4 | 12,2 |
| SDAI** | Remissão | | Baixa atividade | | Moderada atividade | | Alta atividade | |
| T0 | 1 | 2,5 | 7 | 17,2 | 22 | 52,8 | 11 | 27 |
| T16 | 0 | 0 | 12 | 33,4 | 18 | 50 | 6 | 16,6 |
| T32 | 5 | 15,2 | 8 | 24,2 | 14 | 42,4 | 6 | 18,2 |
| Avaliação pelo médico | Doença inativa | | Baixa atividade | | Moderada atividade | | Alta atividade | |
| T0 | 2 | 4,9 | 14 | 34,1 | 16 | 39,0 | 9 | 22 |
| T16 | 6 | 16,7 | 18 | 50 | 7 | 19,4 | 5 | 13,9 |
| T32 | 9 | 27,3 | 14 | 42,4 | 6 | 18,2 | 4 | 12,1 |

DAS28#: Índice de atividade da doença com 28 articulações; SDAI#: Índice Simplificado de Atividade de Doença; *T0: Avaliação inicial; T16: Avaliação com 16 semanas; T32: Avaliação com 32 semanas. *Em T0: n= 41 pacientes; ** Em T16: n= 36 pacientes; *** Em T32: n= 33 pacientes.

Fonte: Elaboração das autoras

Na avaliação da atividade pelo médico, houve predomínio de moderada a baixa atividade na avaliação inicial e ao final do estudo, e houve maior proporção de indivíduos com remissão e baixa atividade, sugerindo que a utilização de índices compostos como o DAS 28 e SDAI são mais rigorosos quanto à classificação da atividade da doença comparado à avaliação do médico isoladamente, sem instrumentos de avaliação (Tabela 7).

Na análise de correlação das variáveis sócio-demográficas com o DAS28 e o SDAI, não houve correlação estatisticamente significativa (p valores foram $> 0,05$), de forma que fatores como raça, estado civil, tabagismo não influenciaram ou não tiveram correlação na atividade da doença nesta amostra (Tabela 8).

Tabela 8- Correlações das variáveis sócio-demográficas qualitativas com o DAS 28 e SDAI em 41 pacientes com AR em Vitória, 2013

| Variáveis | n | DAS 28 ⁺ | | SDAI ⁺⁺ | |
|-----------------------|----|-----------------------------|---------|-----------------------------|---------|
| | | Média \pm DP [#] | p-valor | Média \pm DP [#] | p-valor |
| Raça/Cor* | | | | | |
| Branco | 12 | 4,3 \pm 1,0 | 0,887 | 19,1 \pm 8,9 | 0,207 |
| Negro/Pardo | 29 | 4,3 \pm 1,6 | | 24,4 \pm 13,0 | |
| Estado civil** | | | | | |
| Casado | 17 | 4,0 \pm 1,4 | 0,174 | 21,2 \pm 11,3 | 0,643 |
| Solteiro | 10 | 4,8 \pm 1,6 | | 25,7 \pm 12,2 | |
| Viúvo | 11 | 4,9 \pm 1,0 | | 22,8 \pm 12,9 | |
| Tabagismo* | | | | | |
| Sim | 14 | 4,2 \pm 1,5 | 0,840 | 21,1 \pm 9,4 | 0,513 |
| Não | 27 | 4,3 \pm 1,5 | | 23,8 \pm 13,4 | |
| Trabalho* | | | | | |
| Sim | 17 | 4,3 \pm 1,7 | 0,913 | 22,6 \pm 12,3 | 0,914 |
| Não | 24 | 4,3 \pm 1,2 | | 23,0 \pm 12,3 | |

Teste t para médias*; ANOVA**. DP[#]= Desvio Padrão. DAS28⁺: Índice de atividade da doença com 28 articulações; SDAI⁺⁺: Índice Simplificado de Atividade de Doença.

A Tabela 9 abaixo mostra os valores dos coeficientes de correlação entre o DAS28 e SDAI com as variáveis: idade, tempo de diagnóstico da doença e intervalo entre início da doença e diagnóstico na primeira avaliação. Não se observaram correlações estatisticamente significativas entre as variáveis descritas e a atividade da doença.

Tabela 9- Correlações de variáveis sócio-demográficas quantitativas e tempo de doença com DAS28 e SDAI em 41 pacientes com AR em Vitória, 2013

| Variáveis | DAS 28 ⁺ | | SDAI ⁺⁺ | |
|--|-----------------------------|---------|-----------------------------|---------|
| | Coefficiente de correlação* | p-valor | Coefficiente de correlação* | p-valor |
| Idade | 0,032 | 0,844 | 0,116 | 0,470 |
| Tempo de diagnóstico da doença | -0,015 | 0,926 | -0,143 | 0,372 |
| Intervalo entre sintomas e diagnóstico | -0,035 | 0,829 | -0,049 | 0,759 |

*Coeficiente de correlação Spearman. DAS28⁺: Índice de atividade da doença com 28 articulações; SDAI⁺⁺: Índice Simplificado de Atividade de Doença.

Fonte: Elaboração das autoras

Na análise de correlações entre o HAQ e as variáveis: Rigidez matinal, EVA dor, DAS28, SDAI, VHS e PCR foi encontrada moderada correlação do HAQII com a rigidez matinal, Eva dor, DAS28 e SDAI nos três momentos da pesquisa ($p < 0,05$). Correlação do HAQ com VHS foi observada somente no momento T16, com moderada correlação (0,403; $p = 0,015$). Não se observou correlação do HAQ II com o PCR em nenhum dos três momentos da pesquisa (Tabela 10).

Tabela 10- Correlação do HAQ II com as variáveis de atividade da doença nos três tempos em 41 pacientes com AR em Vitória, 2013

| Variáveis | HAQ T0* | | HAQ T16** | | HAQ T32** | |
|----------------------|---|---------|---|---------|---|---------|
| | Coefficiente de correlação ⁺ | p-valor | Coefficiente de correlação ⁺ | p-valor | Coefficiente de correlação ⁺ | p-valor |
| Rigidez Matinal | 0,330 | 0,035 | 0,418 | 0,011 | 0,471 | 0,006 |
| EVA dor [#] | 0,575 | 0,000 | 0,604 | 0,000 | 0,513 | 0,002 |
| DAS 28 ⁺ | 0,519 | 0,001 | 0,455 | 0,005 | 0,562 | 0,001 |
| SDAI ⁵ | 0,410 | 0,008 | 0,477 | 0,006 | 0,551 | 0,001 |
| VHS ⁵⁵ | 0,297 | 0,059 | 0,403 | 0,015 | 0,060 | 0,741 |
| PCR | -0,041 | 0,800 | 0,071 | 0,681 | 0,095 | 0,599 |

* Coeficiente de correlação Spearman. EVA dor[#]: Eva Global de dor; DAS28⁺: Índice de atividade da doença com 28 articulações; SDAI⁵: Índice Simplificado de Atividade de Doença; VHS⁵⁵: Velocidade de Hemossedimentação; PCR: Proteína C Reativa. HAQII: Avaliação de questionário de saúde. *T0: Avaliação inicial; T16: Avaliação com 16 semanas; T32: Avaliação com 32 semanas. *Em T0: n= 41 pacientes; ** Em T16: n= 36 pacientes; *** Em T32: n= 33 pacientes.

Fonte: Elaboração das autoras

Na correlação dos domínios do SF36 com DAS28 e SDAI na avaliação inicial, apenas os domínios limitação por aspectos emocionais ($p=0,102$) e saúde mental ($p=0,074$) não obtiveram resultados estatisticamente significativos (Tabela 11).

Tabela 11- Correlação do SF36 com DAS28 e SDAI na avaliação inicial de 41 pacientes com AR em Vitória, 2013

| SF36 ⁺ | Coeficiente de correlação** (p-valor) | |
|-----------------------------------|--|-------------------|
| | DAS28 [#] | SDAI [§] |
| Capacidade funcional | -0,477* (0,002) | -0,400* (0,009) |
| Limitação por aspectos físicos | -0,325* (0,038) | -0,512* (0,001) |
| Dor | -0,345* (0,027) | -0,504* (0,001) |
| Estado geral de saúde | -0,317* (0,044) | -0,329* (0,036) |
| Vitalidade | -0,382* (0,014) | -0,407* (0,008) |
| Aspectos sociais | -0,408* (0,008) | -0,433* (0,005) |
| Limitação por aspectos emocionais | -0,259 (0,102) | -0,122 (0,449) |
| Saúde mental | -0,282 (0,074) | -0,074 (0,645) |

*Estatisticamente significativo Coeficiente de Pearson**. DAS28[#]: Índice de atividade da doença com 28 articulações; SF-36⁺: Estudo de 36 itens resultado médico de inquérito de saúde de forma curta; SDAI[§]: Índice Simplificado de Atividade de Doença; Fonte: Elaboração das autoras

No estudo de correlação entre os domínios do SF-36 com a variável HAQII foi encontrada correlação estatisticamente significativa do HAQII com todos os domínios do SF-36 nos três tempos da pesquisa (Tabela 12).

Tabela 12- Correlação do SF36 com HAQII nos três tempos em 41 pacientes com AR em Vitória, 2013

| SF36 ⁺ | Coeficiente de Correlação** (p valor) | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------|-----------------|
| | HAQ II [#] | | |
| | T0 | T16 | T32 |
| Capacidade funcional | -0,846* (0,000) | -0,916* (0,000) | -0,817* (0,000) |
| Limitação por aspectos físicos | -0,620* (0,000) | -0,684* (0,000) | -0,765* (0,000) |
| Dor | -0,516* (0,001) | -0,699* (0,000) | -0,496* (0,003) |
| Estado geral de saúde | -0,432* (0,005) | -0,573* (0,000) | -0,541* (0,001) |
| Vitalidade | -0,675* (0,000) | -0,535* (0,001) | -0,469* (0,006) |
| Aspectos sociais | -0,687* (0,000) | -0,676* (0,000) | -0,464* (0,007) |
| Limitação por aspectos emocionais | -0,502* (0,000) | -0,638* (0,000) | -0,438* (0,011) |
| Saúde mental | -0,520* (0,000) | -0,513* (0,000) | -0,475* (0,005) |

*Estatisticamente significativo Coeficiente de Pearson**. HAQII[#]: Avaliação de questionário de saúde. ; SF-36⁺: Estudo de 36 itens resultado médico de inquérito de saúde de forma curta* T0: Avaliação inicial; T16: Avaliação com 16 semanas; T32: Avaliação com 32 semanas. *Em T0: n= 41 pacientes; ** Em T16: n= 36 pacientes; *** Em T32: n= 33 pacientes.

Fonte: Elaboração das autoras

Quando se comparou a percepção de atividade da doença pelo médico e pelo paciente com os índices de atividade, resultados encontrados mostraram que a EVA global paciente e a EVA global médico apresentaram correlações moderadas a fortes com DAS28 e SDAI ($p < 0,05$), sendo que as correlações do EVA global médico foram mais fortes, ou seja, com valores mais elevados, do que o EVA global paciente (Tabela 13).

Tabela 13- Correlação do EVA global do paciente e do médico com instrumentos de atividade DAS28 e SDAI nos três tempos em 41 pacientes com AR em Vitória, 2013

| EVA global [#] | Coeficiente de correlação (p-valor)** | | | | | |
|-------------------------|---------------------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|
| | T0 | | T16 | | T32 | |
| | DAS28 ^{&} | SDAI [§] | DAS28 ^{&} | SDAI [§] | DAS28 ^{&} | SDAI [§] |
| Paciente | 0,596* (0,000) | 0,443* (0,004) | 0,702* (0,000) | 0,609* (0,000) | 0,676* (0,000) | 0,732* (0,000) |
| Médico | 0,809* (0,000) | 0,802* (0,000) | 0,813* (0,000) | 0,894* (0,000) | 0,804* (0,000) | 0,783* (0,000) |

*Estatisticamente significativo. Coeficiente de correlação de Spearman**. Eva Global[#]; DAS28[&]: Índice de atividade da doença com 28 articulações; SDAI[§]: Índice Simplificado de Atividade de Doença. *T0: Avaliação inicial; T16: Avaliação com 16 semanas; T32: Avaliação com 32 semanas. *Em T0: n= 41 pacientes; ** Em T16: n= 36 pacientes; *** Em T32: n= 33 pacientes. Fonte: Elaboração das autoras

A avaliação qualitativa da atividade da doença pelo médico especialista através da percepção clínica foi comparada como DAS28 nos três tempos. Foram encontradas correlações estatisticamente significantes em todos os momentos ($p=0,000$), demonstrando que o DAS é um índice que se aproxima da prática do especialista (Tabela 14).

Tabela 14- Correlação entre avaliação da atividade da doença pelo médico especialista e o DAS28 em 41 pacientes com AR em Vitória, 2013

| Momentos | Avaliação pelo médico | n | Mediana | Média | Desvio-Padrão | p-valor |
|------------------------------|---------------------------|----|---------|-------|---------------|---------|
| DAS 28 ^{&} T0* | Baixa atividade | 14 | 3,2 | 3,3 | 1,2 | 0,000 |
| | Média / Alta atividade | 24 | 5,2 | 5,1 | 1,1 | |
| DAS28 ^{&} T16** | Doença inativa / Remissão | 6 | 2,9 | 2,9 | 0,4 | 0,000 |
| | Baixa atividade | 17 | 3,8 | 3,8 | 0,5 | |
| | Média / Alta atividade | 13 | 4,7 | 5,0 | 1,0 | |
| DAS28 ^{&} T32** | Doença inativa / Remissão | 9 | 2,8 | 2,8 | 0,5 | 0,000 |
| | Baixa atividade | 14 | 3,9 | 3,7 | 0,9 | |
| | Média / Alta atividade | 10 | 4,9 | 4,9 | 0,7 | |

* Teste t para médias ;** ANOVA. DAS28⁶: Índice de atividade da doença com 28 articulações; *T0: Avaliação inicial; T16: Avaliação com 16 semanas; T32: Avaliação com 32 semanas. *Em T0: n= 38 pacientes(3 pacientes foram excluídos por motivo de cálculo estatístico);**Em T16: n= 36 pacientes;*** Em T32: n= 33 pacientes.

Fonte: Elaboração das autoras

Na avaliação longitudinal da amostra para a atividade da doença com DAS 28 e SDAI e estado funcional com HAQ nos três tempos da pesquisa, foram encontradas diferenças estatisticamente significantes. Ao final do estudo, com 32 semanas, os valores de DAS 28, SDAI e HAQ foram menores comparados ao momento de inclusão, sugerindo que houve melhora da atividade da doença e melhora funcional na amostra (Tabela 15).

Tabela 15- Avaliação longitudinal comparativa da atividade da doença e HAQ nos três momentos do estudo em 41 pacientes com AR em Vitória, 2013

| Variável | Momentos | Mediana | Média | Desvio-Padrão | p-valor |
|----------|----------|---------|-------|---------------|---------|
| DAS28* | T0 | 4,6 | 4,5 | 1,4 | 0,023 |
| | T16 | 4,2 | 4,2 | 1,0 | |
| | T32 | 3,8 | 3,8 | 1,1 | |
| SDAI** | T0 | 22,1 | 24,4 | 12,4 | 0,003 |
| | T16 | 13,6 | 17,6 | 11,6 | |
| | T32 | 13,6 | 15,3 | 11,6 | |
| HAQ** | T0 | 1,38 | 1,36 | 0,82 | 0,004 |
| | T16 | 1,13 | 1,17 | 0,81 | |
| | T32 | 0,88 | 0,95 | 0,66 | |

* ANOVA para medidas repetidas, letras diferentes denotam p-valor < 0,050 pelo teste de Bonferroni.** Teste de Friedman. DAS28: Índice de atividade da doença com 28 articulações; SDAI: Índice Simplificado de Atividade de Doença; HAQII: Avaliação de questionário de saúde. T0: Avaliação inicial; T16: Avaliação com 16 semanas; T32: Avaliação com 32 semanas. Em T0: n= 41 pacientes; Em T16: n= 36 pacientes; Em T32: n= 33 pacientes.

Fonte: Elaboração das autoras

A Tabela 16 a seguir mostra os valores descritivos dos componentes do SF-36 e comparara-os estatisticamente entre os três tempos. Foram encontradas diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,05$) nos domínios dor e aspectos sociais do SF-36 com a evolução do tempo. Observa-se que no acompanhamento dessa amostra, a dor e os aspectos sociais sofreram mudanças positivas do início para o término da pesquisa.

Tabela 16- Avaliação longitudinal comparativa dos domínios do SF-36 nos três tempos em 41 pacientes com AR em Vitória, 2013

| Variável | Momentos | Mediana | Média | Desvio-Padrão | p-valor |
|-------------------------------------|----------|---------|-------|---------------|--------------|
| Capacidade funcional** | T0 | 35,00 | 40,8 | 29,5 | 0,157 |
| | T16 | 45,00 | 46,0 | 30,3 | |
| | T32 | 55,00 | 51,0 | 27,8 | |
| Limitação por aspectos físicos** | T0 | 0,00 | 31,0 | 38,5 | 0,057 |
| | T16 | 50,00 | 44,7 | 41,3 | |
| | T32 | 50,00 | 49,2 | 42,1 | |
| Dor* | T0 | 41,00 | 39,2 | 21,7 | 0,016 |
| | T16 | 42,00 | 48,6 | 24,6 | |
| | T32 | 51,00 | 52,8 | 21,8 | |
| Estado geral de saúde** | T0 | 45,00 | 49,2 | 25,5 | 0,499 |
| | T16 | 42,00 | 45,5 | 24,4 | |
| | T32 | 45,00 | 50,2 | 29,0 | |
| Vitalidade* | T0 | 50,00 | 46,8 | 22,7 | 0,160 |
| | T16 | 50,00 | 52,7 | 23,6 | |
| | T32 | 50,00 | 55,4 | 23,2 | |
| Aspectos sociais** | T0 | 50,00 | 58,7 | 33,6 | 0,006 |
| | T16 | 75,00 | 64,0 | 30,1 | |
| | T32 | 75,00 | 75,4 | 25,5 | |
| Limitação por aspectos emocionais** | T0 | 33,33 | 51,5 | 45,7 | 0,656 |
| | T16 | 66,67 | 55,5 | 46,9 | |
| | T32 | 66,67 | 54,5 | 47,0 | |
| Saúde mental* | T0 | 56,00 | 57,3 | 23,1 | 0,447 |
| | T16 | 60,00 | 59,0 | 22,3 | |
| | T32 | 64,00 | 61,3 | 18,9 | |

* ANOVA para medidas repetidas, letras diferentes denotam p-valor < 0,050 pelo teste de Bonferroni** Teste de Friedman. T0: Avaliação inicial; T16: Avaliação com 16 semanas; T32: Avaliação com 32 semanas. Em T0: n= 41 pacientes; Em T16: n= 36 pacientes; Em T32: n= 33 pacientes. Fonte: Elaboração das autoras

A tabela 17 avalia as categorias de classe funcional ACR da amostra no início e fim do estudo e compara-as estatisticamente. Não houve diferença estatisticamente significativa, ou seja, os percentuais não diferem entre os momentos revelando que a classe funcional dos indivíduos da amostra não se modificou de forma relevante durante o estudo.

Tabela 17- Avaliação longitudinal comparativa das classes ACR funcional nos três tempos em 41 pacientes com AR em Vitória, 2013

| Classe funcional | Comparações* | p-valor |
|------------------|--------------|---------|
| Classe I | T0 x T2 | 0,80 |
| Classe II | T0 x T2 | 0,99 |
| Classe III / IV | T0 x T2 | 0,54 |

* teste não paramétrico de McNemar. Fonte: Elaboração das autoras

6 DISCUSSÃO

As características demográficas e clínicas da AR variam de acordo com a população acometida (SOKKA, 2010). A maior parte das informações disponíveis provém da Europa e Estados Unidos (SAAG,2008; SMOLEN,2010) e há poucos estudos realizados na população brasileira (MOTA, 2010; LOUZADA JUNIOR,2007).

Em nosso estudo houve predomínio do sexo feminino (92,7%), dado semelhante ao encontrado na maioria dos estudos, dentre eles o estudo de coorte de Motta et al (90%), o estudo de Louzada et al (86%) e o estudo multicêntrico QUEST-RA (Quantitative clinical Assessment of Patients with Arthritis Seen in Standart Reumathology Care in 15 countries) em que a amostra foi composta por 78% de mulheres. Há um aumento da prevalência de AR com a idade, a qual é maior em mulheres acima de 65 anos, sugerindo que fatores hormonais podem ter um papel patogênico (SCOTT; WOLFE e HUIZINGA, 2010). O estudo BARFOT study group analisou a influência do sexo na AR e verificou que as mulheres pontuam valores maiores de DAS28 e HAQ e menor frequência de remissão quando em tratamento (TENGSTRAND; AHLMÉN;HAFSTOM, 2004), assinalando que o sexo feminino influencia no prognóstico da doença.

A idade média encontrada foi de 50,3 anos, com predomínio da raça parda (53,6%). No estudo QUEST-RA, 90% eram brancos, com idade média de 57 anos (SOKKA,2007). Enquanto que no de LOUZADA et al., a maioria dos pacientes era de origem caucasóide (70%), estava entre a quarta e a quinta década de vida (55%),compreendendo uma idade media de 53,7 anos (LOUZADA JR et al.,2007). Devido à elevada miscigenação racial existente no Brasil, com 47,7% de população brasileira de cor branca, segundo Censo demográfico de 2010, o percentual de brancos da amostra foi relativamente mais baixa do que a encontrada em outros estudos (INSTITUTO BRASILEIRA DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

O tempo médio de diagnóstico da doença no grupo estudado foi 8,5 anos e tempo entre início da doença e diagnóstico foi de 3,2 anos, comparado ao estudo QUEST-RA, BIOBADABRASIL e Louzada et al, que variaram tempo médio de diagnóstico de doença, respectivamente, de 11,5; 10 e 7,2 anos. Sabe-se que quanto maior tempo de sintomas e demora no diagnóstico, maior a chance de danos articulares e

seqüelas, e que há vários fatores causais envolvidos, dentre eles destaca-se a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e ao especialista. A observação de que quanto menor o tempo de diagnóstico menor a prevalência de estados funcionais incapacitantes, mostra que o diagnóstico precoce associado à terapia DMCD é a melhor forma de impedir a ocorrência de incapacidade física nos pacientes com AR. (LOUZADA et al., 2007; SOKKA et al., 2007; TITTON et al., 2013).

O nível de escolaridade da população foi baixa com 41,5% da amostra tinha entre 4 a 7 anos de estudo, comparado com o estudo QUEST-RA, em que o nível de escolaridade foi em torno de 11 anos de estudo. Nas populações sueca e dinamarquesa, observou-se associação entre melhor nível sócio-econômico e educacional e menor risco para a ocorrência de AR, sugerindo que fatores ambientais ou o estilo de vida possam influenciar a fisiopatogênese da doença (PEDERSEN et al., 2006; JACOBSEN et al., 2006; BENGTSSON et al., 2005).

No estudo brasileiro em pacientes com AR, 24,5% dos pacientes apresentavam ensino fundamental incompleto, ou seja estudaram menos de 7 anos. Isso gera um ciclo vicioso, quanto menor grau de escolaridade, maior a chance de trabalho braçal ou manual, quanto piores as condições de trabalho, maiores as chances de progressão da doença, resultando em incapacidade para o trabalho e desemprego (CORBACHO E DAPUERTO, 2010). Além disso, sabe-se que o fator sócio-econômico é um fator de mau prognóstico na evolução da doença, o Consenso Brasileiro de 2011 de diagnóstico e avaliação inicial de AR determina o baixo nível sócio-econômico como um fator de mau prognóstico (MOTA et al., 2011).

Indivíduos com nível educacional mais elevado têm menor probabilidade de exposição a fatores de risco para doenças e de se submeter a condições de trabalho inadequadas. A educação favorece o acesso à informação, modificação de estilo de vida e busca aos serviços de saúde (ROSS, WU, 1996).

Isso pode influenciar as respostas obtidas no questionário, pois se sabe que as ferramentas de análise funcional e de qualidade de vida podem apresentar inúmeros vieses, desde baixo nível educacional de quem os responde comprometendo o resultado final das respostas por falta de compreensão final dos quesitos, até o desejo inconsciente de agradar à equipe assistente, mostrando-se melhor do que

realmente está, o que ressalta a importância da aplicação correta delas. (WOLFE et al., 2001; LUBETKIN et al., 2005; BADIA et al., 2001).

As doenças reumáticas são doenças prevalentes associados com deficiências graves e elevados custos sociais, pois é uma das principais causas de incapacidade para o trabalho e perda de produtividade do trabalho (ESCORPIZO, et al., 2007). Vários autores sugerem que o custo da perda de produtividade pode ser várias vezes maiores do que os custos médicos diretos (GOETZEL, et al., 2004; LI, GIGNAC, ANIS, 2006).

O efeito da doença sobre a perda de produtividade geralmente é relatado como o tempo fora do trabalho devido a invalidez ou tempo perdido de trabalho por motivos de saúde. Nos últimos anos, tem havido uma atenção crescente dada à redução da produtividade no trabalho. A partir de uma perspectiva econômica de saúde, o impacto sobre a redução da produtividade no custo macro poderia ser enorme, e redução da produtividade pode ser responsável por uma proporção maior de perdas do que o tempo perdido de trabalho por questões de saúde (LI, GIGNAC, ANIS, 2006). De acordo com Goetzel et al., 35% do total das despesas nos EUA para a artrite foi atribuível a redução de produtividade (GOETZEL, et al., 2004).

Quanto aos aspectos clínicos, dos 41 indivíduos estudados, 97,5% tinham sinovite ao exame físico no diagnóstico e 41,5% tinham FR positivo, uma prevalência relativamente baixa comparada aos estudos QUEST-RA, Louzada et al e Motta et al., cujo FR esteve positivo respectivamente, 74%, 71% e 52,2% dos indivíduos (SOKKA et al.; 2007, Louzada et al., 2007 e Motta et al., 2011). Nessa amostra, 10 pacientes (24,4%) tinham anti-CCP positivo e 78% tinham alterações radiográficas na inclusão. Isso revela que muitos pacientes foram diagnosticados pela presença de sinais inflamatórios ao exame físico e alterações radiográficas já estabelecidas, revelando o longo tempo de sintomas do paciente. Outro fator é que muitos dos pacientes já haviam tratado de AR em outros centros, e o uso prévio de corticóide e DMARDS pode ter influenciado na detecção do FR.

No estudo de Louzada et al., foram observadas 353 (23,3%) ocorrências de manifestações extra-articulares. Dentre elas, a síndrome de Sjogren (28%) e envolvimento pulmonar (15%) (LOUZADA-JR, 2007). Comparativamente em nosso

estudo, a ocorrência de manifestações extra-articulares correspondeu a 17% dos casos, sendo que 9,7% atribuíram-se a síndrome de Sjogren e 7,3% a doença pulmonar. Isso pode ser explicado, porque o nosso serviço é de pequeno porte e o tamanho da amostra é pequena.

A hipertensão foi a principal comorbidade encontrada nessa coorte, com frequência de 48,7%. Segundo o Consenso da SBR de manejo de comorbidades 2012, é um dos principais fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular em pacientes com AR (PEREIRA et al., 2012). É uma patologia frequentemente associada ao desenvolvimento de aterosclerose subclínica. Sua prevalência é alta, variando de 53% a 73% de acordo alguns estudos publicados. Panoulas et al (2007) encontrou uma frequência de 70,5% de hipertensos em sua amostra, enquanto Gonzalez et al. encontrou uma frequência de 52%.

Os mecanismos responsáveis pelo aparecimento de HAS em pacientes com AR não foram totalmente esclarecidos, mas alguns fatores clássicos estão associados com HAS na população com AR, como obesidade, sedentarismo e uso de medicações (KITAS, 2011). O uso de glicocorticóides por período maior que seis meses está associado a HAS nos pacientes com AR (PANOULAS, 2008).

A dislipidemia foi encontrada em 21,95% pacientes com AR em nossa amostra. Essa patologia caracteriza-se pela presença de níveis reduzidos de colesterol HDL e aumento da relação colesterol total (CT/HDL) (CHOY, 2009; NURMOHAMED, 2007). O aparecimento desse padrão pode preceder o início das manifestações articulares da doença e pode estar relacionado a alterações inflamatórias secundárias à doença (NURMOHAMED, 2007; MYASOEDOVA, 2010). Acredita-se que os níveis de colesterol total, e em especial o HDL, possam diminuir com a atividade da doença, e que essa redução esteja relacionada com os níveis elevados de citocinas pró-inflamatórias, como o TNF- α (CHOY, 2009; NURMOHAMED, 2007). É sabido que o próprio tratamento da AR já seja capaz de interferir no perfil lipídico dos pacientes (GHOSH, 2009; GEORGIADIS, 2006).

O metotrexato é a droga mais adotada no tratamento da artrite reumatóide neste estudo (90,2%), sendo que o mesmo pode ser associado a outros DMCD's, como o leflunomide (15%). No trabalho de LOUZADA e cols., observou-se sua utilização em

89% dos casos, sendo associado em 49% dos pacientes com outras DMCD's. Essa escolha está em concordância com as opções terapêuticas empregadas internacionalmente (HOCHBERG et al., 2003; O'DELL, 2001).

O grupo europeu de estudos de doenças reumáticas (EULAR) recomenda que na grande maioria dos pacientes com AR, a abordagem de tratamento deve incluir DMCD's sintéticos, já que uma significativa proporção de pacientes pode atingir um estado de atividade muito baixa da doença ou remissão com essas medicações. Além disso, recomend-se o uso do metotrexate como um DMCD de escolha e que pode ser associado a outros DMCD's, por ser essa uma medicação que previne os danos estruturais e deve ser instituído o mais cedo possível e em altas doses semanais (20-30 mg) (SAAG; KENNETHG, 2008).

Sabe-se que a terapia de combinação de DMCD's tem sido sugerida devido à eficácia superior da monoterapia, a associação de glicocorticóides podem ser usada em baixas doses por seus efeito antiinflamatório e modificador da doença, no entanto deve ser utilizado em curto período de tempo e em baixas doses devido a seus efeitos deletérios. Os antimaláricos também podem ser usados, com estratégia em doenças em baixa atividade ou quando há contra-indicações ao uso do MTX, por não ter dados suficientes que comprovem seu efeito contra danos estruturais (SAAG; KENNETHG, 2008).

O uso de biológicos em nossa amostra representou 19,5% da amostra. O grupo EULAR recomenda o uso de biológicos quando o paciente não responde ao tratamento recomendado ou há falha do tratamento inicial instituído ou quando há fatores de mau prognóstico (como presença de auto-anticorpos e altos índices nos instrumentos de avaliação da doença) (SAAG; KENNETHG, 2008).

Observou-se que em aproximadamente 50% da amostra houve mudança do esquema terapêutico durante o seguimento, isso pode ser explicado porque os pacientes que apresentavam moderada ou alta atividade da doença na avaliação inicial não estavam respondendo às medicações instituídas inicialmente, persistindo com sinais e sintomas inflamatórios. Com a mudança da terapêutica, pôde-se observar que houve uma melhora dos indicadores de atividade da doença, atividade funcional e qualidade de vida em todos os tempos.

Este estudo avaliou, em uma pequena amostra, o perfil de atividade da doença, estado funcional, capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes com AR, suas correlações e sua evolução ao longo de 32 semanas.

Na distribuição da classe funcional dos pacientes houve predomínio das classes I e II nos três tempos. Ocorreu de forma semelhante ao estudo de LOUZADA et al., cujo percentual, de doença leve foi de 45% e moderado 44%.(LOUZADA, 2007). Segundo o artigo de revisão do ACR de 1991, o percentual de indivíduos classificados nas classes II e III foi de respectivamente, 40,3% e 13,3%, sendo que 13,3% foram classificados nas classes I (HOCHBERG et al., 1992).

As médias dos parâmetros de atividade, tanto clínicos quanto laboratoriais, apontam para uma população não completamente controlada quanto à AR, com moderada atividade da doença. A média do EVA dor foi de $5,3 \pm 2,5$, rigidez matinal de $37,9 \pm 7,3$, DAS-28 de $4,3 \pm 1,4$ e do SDAI de $22,9 \pm 12,1$ configurando uma população com doença em média atividade. Em comparação, resultados semelhantes foram encontrados com o estudo multicêntrico QUEST-RA que obteve uma média do DAS 28 semelhante ao encontrado, de 4,0. Valores semelhantes foram encontrados no trabalho de Corbacho e Dapuetto, cuja média foi de $4,8 \pm 1,79$ (CORBACHO e DAPUETO, 2010). O DAS-28 tem se mostrado um parâmetro sensível ao tratamento e correlacionado com outras medidas de avaliação da AR, inclusive a capacidade funcional dos pacientes (CRUYSSSEN ET AL., 2005; FRANSEN; CREEMERS ;VAN RIEL, 2004).

Quanto ao HAQ, o valor médio em nossa amostra foi de $1,3 \pm 0,8$, resultado semelhante foi encontrado nos estudos de Corbacho e Dapuetto (2010) e Mota et al.,(2010) o que demonstra que o estado funcional dos pacientes nesses estudos estavam prejudicados pela AR.

Nesse estudo não foi encontrada relação entre os instrumentos de avaliação da atividade da doença com as variáveis demográficas, assim como o tempo de doença e o tempo entre o início da doença e o diagnóstico. Diferentemente do estudo de Louzada et al., que inferiu uma relação diretamente proporcional entre o tempo de diagnóstico e a prevalência de estados funcionais incapacitantes. (LOUZADA et al., 2007). O estudo de Aletaha et al., (2008) demonstrou também que pacientes com

maior tempo de duração da AR apresentam menor melhora da capacidade funcional, mesmo quando alcançada a remissão da doença. Isso não pode ser comprovado no presente estudo, pois o tamanho da amostra era pequeno para esse tipo de análise (n=41).

Na análise de correlação entre o HAQ e diversas variáveis independentes de medida de atividade da AR, todas as associações mostraram grande significância estatística. Além do SDAI e do DAS-28, encontramos forte correlação entre o HAQ e a avaliação de dor pelo paciente. Diante desses achados, pode-se afirmar que a atividade da doença é um importante determinante do estado funcional dos pacientes portadores de AR, como concluíram Aletaha e cols (ALETAHA; SMOLEN, 2006).

Quanto à qualidade de vida, o HAQ mostrou relação estatisticamente significativa com SF 36, com estreita relação com os domínios "capacidade funcional" e "limitação por aspectos físicos", ou seja, nos pacientes desta coorte, são esses os aspectos da qualidade de vida mais prejudicados. O trabalho de validação do instrumento SF-36, observou melhor correlação entre o domínio "capacidade funcional" e o HAQ, isso pode ser explicado, porque os pacientes com artrite reumatoide apresentam valores inferiores em relação aos componentes físicos, quando comparados a população normal, o que poderíamos supor, que a artrite reumatoide é uma doença altamente incapacitante do ponto de vista físico (SMOLEN et al., 1999).

Observou-se que quanto maior a atividade da doença, pior a qualidade de vida, ou seja, houve correlação inversa entre os índices de atividade e os domínios do SF 36. Apenas os domínios limitação por aspectos emocionais (p=0,102) e saúde mental (p=0,074) não obtiveram resultados estatisticamente significativos, uma vez que podem estar influenciados por fatores sociais, psico-afetivos e laborais independente da atividade da doença.

A correlação encontrada entre o DAS28, o SDAI e a Avaliação Global do Médico sugere que a opinião subjetiva do médico tem sido calibrada com esses índices, que por sua vez são muito úteis na decisão de se iniciar uma nova droga ou de se aumentar doses de medicamentos previamente instituídos. (VANDER et al., 2005)

No acompanhamento da coorte, observou-se ao final do estudo, houve mudança do estado de atividade da doença dos pacientes com melhora desses parâmetros, de forma relevante. O mesmo ocorreu com o estado funcional desses pacientes, em que o HAQ obteve melhores valores ao final do estudo. Os domínios dor e aspectos sociais foram os componentes que melhor responderam ao tratamento da doença, podendo ser identificado benefício nesses aspectos para o paciente ao final do estudo.

A melhora evolutiva da atividade da doença, qualidade de vida e estado funcional nesses pacientes do estudo pode ser explicado, como explicitado anteriormente, ao acompanhamento clínico mais rigoroso e por consequente, o ajuste de terapêutica a cada consulta.

Por se tratar de um serviço de menor porte, ou seja, com uma pequena amostra de pacientes, não foi possível realizar uma análise mais detalhada. Em nosso estudo, pôde-se avaliar estes pacientes em três momentos diferentes, logo, foi possível realizar um acompanhamento clínico mais minucioso. Sabe-se que o acompanhamento clínico regular e a boa aderência ao tratamento auxiliam no bom prognóstico da doença. Em um ambiente ideal onde as condições são favoráveis à pesquisa, como nos grandes centros, um estudo de coorte, como este, em um tamanho de amostra maior e com maior tempo de acompanhamento poderá mostrar evidências mais fortes.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo traçou as características demográficas e clínicas de pacientes com artrite reumatóide, em acompanhamento ambulatorial de um serviço de reumatologia de um hospital escola.

Destaca-se o predomínio de mulheres, pardas, na quinta década, baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico, sedentárias, com longo tempo de evolução da AR, dados semelhantes a outros estudos brasileiros.

Os pacientes com AR nesta instituição ainda apresentam moderada atividade da doença, deficitário estado funcional e queda da qualidade de vida. Isso pode estar relacionado tanto a fatores intrínsecos à doença, como a gravidade, a presença de comorbidades e o tempo de evolução, quanto a fatores ligados ao sistema de saúde, como acesso aos serviços e especialidades.

A evolução dos pacientes ao longo das 32 semanas foi positiva, com melhora dos parâmetros de atividade, estado funcional e qualidade de vida, de forma que a intervenção terapêutica em visitas regulares proporcionou essa boa resposta.

Mesmo não atingindo remissão completa da amostra, a redução da atividade da doença proporcionou melhora da qualidade de vida. Escores de atividade de doença correlacionaram-se com capacidade funcional, qualidade de vida e opinião do médico, e devem ser avaliados rigorosamente a cada consulta.

REFERÊNCIAS

- AGRAWAL, S; BHAGAT,S.S; DASGUPTA ,B. Improvement in diagnosis and management of musculoskeletal conditions with one-stop clinic-based ultrasonography. **Mod Rheumatol**, Tokyo,n,19, p.53–6,2009.
- ALBANI,S; CARSON,D.A. Etiology and pathogenesis of rheumatoid arthritis. **Autoimm**, v.4, n.3, p.130-136,1997.
- 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. 1580–8, 2010.
- ALETAHA, D; SMOLEN, J. The Simplified Disease Activity Index (SDAI) and the Clinical Disease Activity Index (CDAI): a review of their usefulness and validity in rheumatoid arthritis. **Clin Exp Rheumatol**.v.23, v.5, n. 39, p.100-8, 2005.
- ALETAHA, S. et al. Reporting Disease activity in clinical trials of patients with rheumatoid arthritis: EULAR/ACR collaborative recommendations. **Arthritis Rheumatism**, v. 59, n. 10. p. 1371-1377, 2008.
- ALETAHA,D.; SMOLEN, J.; WARD, M.M. Measuring function in rheumatoid arthritis: Identifying reversible and irreversible components. **Arthritis e Rheumatism**, v. 56, n.9, p. 2784-92. 2006.
- America**, v. 32, p. 1-8, 2006.
- ARNETT, F.C et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. **Arthritis Rheum**, v. 31, n. 3, p.315–24,1988.
- ASMUSSEN, K. Monitoring the disease activity. **Scandinavian Journal Rheumatology** v. 30, supl. 115, p. 23-26, 2001.
- BANSBACK,N.et al. The economics of treatment in early rheumatoid arthritis. **Best Pract Res Clin Rheumatol**,v.23,p.8392,2009.
- BENGTSSON,C.et al. Socio economic status and the risk of developing rheumatoid arthritis: results from the Swedish EIRA study. **Ann Rheum Dis**,v.64,n.11,p.1588-94,2005.
- BIRD, S. B.; DICKSON,E. W. Clinically significant changes in pain along the visual analog scale. **American College of Emergency Physicians.Annals of Emergency Medicine**, v.38, n.6, 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº710, de 27 de julho de 2013. **Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas da artrite Reumatóide**. 2013

- CHOY E. et al. Patient perspective: fatigue as a recommended patient centered outcome measure in reumathoid arthritis. **J Rheumatol**, v. 34, n. 5, p. 1174-1177, 2007.
- 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**, v. 39, n. 03. 1999.
- CORBACHO, M.I.; DAPUETO, J.J. Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida de pacientes com artrite reumatóide. **Rev. Bras. Reumatol**, v. 50, n. 1, p. 3143, 2010.
- CRUYSSSEN et al. Anti-citrullinated protein/peptide antibodies (ACPA) in reumathoid arthritis: Specificity and relation with reumathoid factor. **Autoimmunity reviews**, v. 4, n.7. 2005.
- EMERY, P. et al. Combination etenercept and methotrexate provides better disease control in very early (≤ 4 months) versus early rheumatoid arthritis (> 4 months and > 2 years): post hoc analyses from the COMET study. **Ann Rheum Dis**, p 10-17, 2012
- FERNANDES, E.A et al. A.R.C. Ultra-sonografia na Artrite Reumatóide: Aplicabilidade e Perspectivas. **Rev Bras Reumatol**, v. 48, n.1, p. 25-30, 2008.
- FRANSEN, J.; CREEMERS, M.C.W; VAN RIEL, P.L.C.M. Remission in rheumatoid arthritis: agreement of disease score (DAS 28) with the ARA preliminary remission criteria. **Reumatology**, v. 43, n.10, p. 1252-1255, 2004.
- FRIES, J.F.; SPITZ, P.; KRAINES, G.; HOLMAN, H. Measurement of Patient Outcome in Arthritis. **Arthritis Rheum**, v.23, p. 137-45, 1980.
- FURST, D.E. Predictors of worsening clinical variables and outcomes in rheumatoid arthritis. **Rheum Dis. Clin North Am**, v.20, n.2, p.309-19; 1994.
- GEORGIADIS, A.N et al. Atherogenic lipid profile is a feature characteristic of patients with early rheumatoid arthritis: effect of early treatment – a prospective, controlled study. **Arthritis Res Ther**, v. 8, n.3, p.82, 2006.
- GHOSH, U.C .et al. Dyslipidaemia in rheumatoid arthritis in a tertiary care centre in Eastern India – a non-randomised trial. **J Indian Med Assoc**, v. 107, n.7, p.427–30, 2009.
- GONZALEZ, A. et al. The widening mortality gap between rheumatoid arthritis patients and the general population. **Arthritis Rheum**, v. 56; n.11; p. 3583–7, 2007.
- GONZALEZ, A. Treatment of reumathoid arthritis with a Syk Kinase Inhibitor, a twelve-week, randomized, placebo-controlled trial. **Arthritis Rheumatism**, v. 58, n. 11, p. 3309-3318, 2008.

GUILLEMIN, J. G. et al. Expression of chemokines and their receptors in human and simian artrocytes: Evidence for a central role of TNF-alfa IFN-gama in CXCR4 and CCR5 modulation. **GLIA**, v. 41, n. 4, p. 354-370, 2003.

HALLERT, E; HUSBERG, M; SKOGH, T. 28-joint count disease activity score at 3 months after diagnosis of early rheumatoid arthritis strongly associated with indirect cost over the following 4 years: the Swedish TIRA project. **Rheumatology (Oxford)**, p 1-9, 2011.

HOCHBERG M.C. et al. Comparasion of the ifficacy of the tumor necrosis factor alfa blocking agents adalimumab, etanercept and infliximab when added to metrotrexate im patients with active reumathoid arthritis. **Ann Rheum Dis**, p.62, 2003.

HOCHBERG, M.C.; MARC C. et al. The american college of rheumatology 1991 revised criteria for the classification of global functional status in rheumatoid arthritis. **Arthritis Rheumatism**, v. 35, n. 5, p. 498-502, 1992.

HUSKISSON, E. C. Measurement of pain. **Journal Rheumatology**, v. 9, p. 768-791, 1982.

JACOBSEN, S. et al. Socio economic status and risk of rheumatoid arthritis: a Danish case control study, **J Rheumatol**, v.33,n.6,p.1069-74, 2006.

KAPLAN, R.M. Quality of life, resource allocation, and the U.S. Health-care crisis. In: Dimsdale JE, Baum A, editors. Quality of life in behavioral medicine research. **New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates**, p. 3-30, 1995.

KITAS ,G.D.; GABRIEL, S.E. Cardiovascular disease in rheumatoid arthritis: state of the art and future perspectives. **Ann Rheum Dis**, v.70, n.1, p.8-14, 2011.

LAURINDO, I.M.M. et al. Consenso Brasileiro Para o Diagnóstico e Tratamento da Artrite Reumatóide. **Rev. Bras. Reumatol**, v.42,n.2,p.355-61, 2002

LIANG, M. H. Translating Outcomes Measurement in Experimental Therapeutics of Systemic Rheumatic Disease to Patient Care. **Rheumatic Disease Clinics North America**, v.32, p 1-8,2006

LOUZADA-JR, P. et al. Análise descritiva das características demográficas e clínicas de pacientes com artrite reumatoide no estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Reumatol**, v.47,n.2,p.8490, 2007.

MARQUES NETO, J.F et al: Estudo multicêntrico da prevalência da artrite reumatóide do adulto em amostras da população brasileira. **Rev Bras Reumatol**, v 33, n 5, p 169-73, 1993.

MATSOS, M.P; KHALIDI ,N; ZIA P; et al. Ultrasound of the hands and feet for rheumatological disorders: influence on clinical diagnostic confidence and patient management. **Skeletal Radiol** , n.38, p. 049-54, 2009.

MCINNES, I.B; SCHETT, G. Cytokines in the pathogenesis of rheumatoid arthritis. **Nat Rev Immunol**, v.7, n.6, p.429-42, 2007.

MEASE, P.J. Certolizumab pegol in the treatment of rheumatoid arthritis a comprehensive review of its clinical efficacy and safety. **Rheumatology** .Oxford,v. 50,n.2; p170-261, 2011.

MORRIS, J; PEREZ, D; MCNOE, B. The use of quality of life data in clinical practice. **Qual Life Res**, v. 7, p.85-91,1998

MOTA, L.M et al. 2012 Brazilian Society of Rheumatology Consensus for the treatment of rheumatoid arthritis. **Rev Bras Reumatol** , v.52, n.2, p.152-74,2012.

MOTA,L.M.H.;MAGALHÃES,I.M.;NETO,L.L.S. Princípios gerais do tratamento da artrite reumatoide inicial. **Rev Assoc Med Bras** .,v.56,n.3,p.360-62, 2010.

MYASOEDOVA, E. et al. Total cholesterol and LDL levels decrease before rheumatoid arthritis. **Ann Rheum Dis**, v. 69, n.7, p.1310-4, 2010.

NARVÁEZ, J; SIRVENT, E; NARVÁEZ, J.A; et al. Usefulness of magnetic resonance imaging of the hand versus anticyclic citrullinated peptide antibody testing to confirm the diagnosis of clinically suspected early rheumatoid arthritis in the absence of rheumatoid factor and radiographic erosions. **Semin Arthritis Rheum**, v. 38, p.101-9, 2008.

NURMOHAMED, M.T. Atherogenic lipid profiles and its management in patients with rheumatoid arthritis. **Vasc Health Risk Manag**, v.3, n.6, p.845-52, 2007.

O'Dell-JR. Combination disease-modifying anti-rheumatic drug (DMARD) therapy.In:Tsokos GC (ed). Modern therapeutics in rheumatic diseases. **Totoya: Human Press**, p.147-158, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE- OMS. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL. **Divisão de saúde mental grupo WHOQOL**, 1998.

PANOULAS, et al. Prevalence and associations of hypertension and its control in patients with reumathoid arthritis. **Reumatology**, v. 46, n. 9, 2007.

PANOULAS,V.F. et al. Long-term exposure to medium-dose glucocorticoid therapy associates with hypertension in patients with rheumatoid arthritis. **Rheumatology** (Oxford), v. 47, n.1, p.72-5, 2008.

PEDERSEN, M. et al. O nível sócio econômico e risco de artrite reumatóide: um estudo caso controle dinamarquês. **J Reumatol**, v.33, n.6, p.1069-74, 2006.

PEREIRA, I.A. et al. Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia sobre o manejo de comorbidades em pacientes com artrite reumatóide. **Rev Bras Reumatol 2012**, v.52, n. 4, p.474-495, 2012.

- PINCUS, T. et al. Increased coronary-artery atherosclerosis in rheumatoid arthritis: Relationship to disease duration and cardiovascular risk factors. **Arthritis Rheumatism**, v.52, n. 10, p.3045-3053, 2005.
- PINHEIRO, G.R.C. Instrumentos de Medida da Atividade da Artrite Reumatóide – Porque e como Empregá-los. **Rev Bras Reumatol**, v. 47, n.5, p. 362-65, 2007.
- ROSS, C.E.; WU, C.L. Education, age, and the cumulative advantage in health. **J Health Soc Behav**, v.37, n.1, p.104-20, 1996.
- SAAG, K.G. et al. American College of Rheumatology 2008 recommendations for the use of nonbiologic and biologic disease-modifying antirheumatic drugs in reumathoid arthritis. **Arthritis Rheumatism**, v. 59, n. 6, p. 762–84, 2008.
- SCHUTTINGA, J.A. Quality of life from a federal regulatory perspective. In: Dimsdale JE, Baum A, editors. Quality of life in behavioral medicine research. **New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates**, p. 31-42, 1995.
- SCOTT, D.L.; WOLFE, F.; HUIZINGA, T.W.J. Rheumatoid arthritis. **The Lancet**. v.376, n.9746, p.1094-108, 2010.
- SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n.2. Rio de Janeiro, 2004.
- SMOLEN, J.S.; BREEDVELD, F.C.; SCHIFF, M.H. et al. A simplified disease activity index for rheumatoid arthritis for use in clinical practice. **Rheumatology (Oxford)**, v.42, n.2, p.244-57, 2003.
- SMOLEN, J.S. et al. Efficacy and safety of leflunomide compared with placebo and sulphasalazine in active rheumatoid arthritis: a double-blind, randomised, multicentre trial. European Leflunomide Study Group. **Lancet**. v.23, p. 259-66, 1999
- SMOLEN, J.S.; ALETAHA, D. The assessment of disease activity in rheumatoid arthritis. **Clin Exp Rheumatol**, v.28, n.3, p.1827, 2010.
- SOKKA, T. et al. Work disability remains a major problem in reumathoid arthritis in the 2000s: data from 32 countries in the QUEST-RA Study. **Arthritis Research & Therapy**, v.12, p.42, 2010.
- SOKKA, T. QUEST-RA: quantitative clinical assessment of patients with rheumatoid arthritis seen in standard rheumatology care in 15 countries. **Ann Rheum Dis**, v.66, p.1491– 96, 2007.
- SOKKA, T. Work disability in early rheumatoid arthritis. **Clin Exp Rhermatol**, v.2, p.7174, 2003.
- SOLOMON, H. D. et al. Immunossupresive medications and hospitalization for cardiovascular events in patients with rheumatoid arthritis. **Arthritis Rheumatism** v.54, n.12, p. 3790-3798, 2006.

SYMMONS, D. et al. Cardiovascular admissions and mortality in an inception cohort of patients with rheumatoid arthritis with onset in the 1980s and 1990s. **Ann Rheum Dis**, v. 64, p. 1595-1601, 2005.

Systemic Rheumatic Disease to Patient Care. **Rheumatic Disease Clinics North**

TENGSTRAND, B.; AHLMÉN, M.; HAFSTOM, I. The Influence of sex on rheumatoid arthritis: a prospective study of on serant out come after 2 years. **JRheumatol**, v.31, p.214-22, 2004.

VAN DER HEIJDE, D. M. F. M. et al. Judging disease activity in clinical practice in rheumatoid arthritis: first step in the development of a disease activity score. **Annals Rheumatic Diseases**, v. 49, p. 916-920, 1990.

VAN RIEL, P.L; FRANSEN, J. DAS28: a useful instrument to monitor infliximab treatment in patients with rheumatoid arthritis. **Arthritis Res Ther**, v.7, 189-90, 2005.

VAN VOLLENHOVEN, R.F. New and Future Agents in the Treatment of Rheumatoid Arthritis. **Discovery Medicine**, 2010.

VANDER-CRUYSSSEN B, et al. DAS28 best reflects the physician's clinical judgment of response to infliximab therapy in rheumatoid arthritis patients: validation of the DAS28 score in patients under infliximab treatment. **Arthritis Res Ther**, v.7, p.1063-71, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de pesquisa: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DE PACIENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE VITÓRIA- ESTUDO LONGITUDINAL.

INSTITUIÇÃO: EMESCAM – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

ORIENTADOR / PESQUISADOR: Prof^a Érica Vieira Serrano – Disciplina de Reumatologia – Departamento de Clínica Médica.

DISCENTES - Alunas do 8º período de Graduação em Medicina: Luana Coelho Benevides e Rayssa Osório Menezes.

1. NATUREZA E PROPOSTA DO ESTUDO

Você está sendo consultado e convidado para participar do projeto de pesquisa que tem como objetivo avaliar o perfil epidemiológico e clínico dos pacientes portadores de artrite reumatóide em acompanhamento no ambulatório de reumatologia dessa instituição. A artrite reumatóide é uma doença reumática que pode levar a incapacidades e deve ter acompanhamento rigoroso.

Você responderá a questionários em que suas respostas serão somente utilizadas como dados para o estudo. Você será submetido a um exame clínico realizado por médico especialista e que não traz nenhum risco para você. Caso alguma alteração mais significativa seja encontrada, você será encaminhado ao reumatologista e receberá orientações. Serão analisados dados de exames anteriores e atuais durante a consulta, bem como uma revisão de seu prontuário. Além da avaliação clínica para preenchimento dos instrumentos, poderão ser solicitados outros exames para melhor avaliação da doença. Esses exames serão os que já são utilizados habitualmente para acompanhamento de pacientes com artrite reumatóide, como: análise sanguínea, análise imunológica, análise urinária, PPD, radiografia de mãos e pés ou de outra articulação afetada, ecocardiograma, tomografia computadorizada ou radiografia do pulmão, esses três últimos se necessários. Os dados clínicos e laboratoriais serão coletados no mesmo dia e utilizados para preencher uma ficha de identificação e os seguintes instrumentos: Escala Visual Analógica para dor (EVA-dor), o *Health Assessment Questionnaire* (HAQ), o *Disease Activity Score* (DAS-28), o *Medical Outcomes Study 36- Item short-form health survey* (SF-36), os critérios do *American College of Rheumatology* (ACR) e o *Simplified Disease Activity Index* (SDAI).

2. DESCONFORTO E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS À PESQUISA:

Sua participação no estudo não custará nada a você e seus familiares em nenhum tempo. O preenchimento dos instrumentos não oferece qualquer risco ao paciente. A coleta de sangue pode trazer um desconforto transitório, entretanto, em nada mudará da coleta habitual a que esses pacientes são submetidos no acompanhamento clínico e não oferece riscos adicionais ao paciente.

Local, data, nome e assinatura do sujeito de pesquisa

3. BENEFÍCIOS DESSE ESTUDO

Esse estudo permite identificar o perfil epidemiológico dos pacientes que freqüentam esse ambulatório. Através dele, os pacientes terão acompanhamento detalhado das manifestações e conseqüências da doença artrite reumatóide para sua vida e suas atividades diárias. O estudo também pode ajudar a promover a conscientização dos pacientes quanto à importância da adesão ao tratamento e a freqüência às consultas para melhor acompanhamento da doença.

4. ESCLARECIMENTOS E DIREITOS

A sua autorização para participar do projeto é voluntária. Em qualquer momento o voluntário poderá obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados. Tem também a liberdade e o direito de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo do atendimento usual fornecido pelos pesquisadores.

5. CONFIDENCIALIDADE

Será garantido o sigilo e a confidencialidade das informações. Haverá identificação numérica e por siglas do voluntário na pesquisa realizada, e esses dados serão acessados apenas pelos pesquisadores envolvidos na pesquisa. Os resultados dos procedimentos executados na pesquisa serão analisados e alocados em tabelas, figuras ou gráficos e divulgados em palestras, conferências, periódico científico ou outra forma de divulgação que propicie o repasse dos conhecimentos para a sociedade e para autoridades normativas em saúde nacionais ou internacionais, de acordo com as normas/leis legais regulatórias de proteção nacional ou internacional.

6. RESPOSTAS ÀS PERGUNTAS SOBRE ESTE ESTUDO

Se durante o estudo você desejar esclarecer alguma dúvida a respeito da pesquisa, entre em contato com a Prof^a Érica Vieira Serrano do Departamento de Reumatologia, Disciplina de Clínica Médica da EMESCAM, telefone (27) 3223-8098; ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da EMESCAM, telefone (27) 3334-3586.

7. ASPECTO LEGAL

O estudo foi elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília - DF.

8. DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

Os voluntários assinarão o termo de consentimento em duas vias:

Eu, _____
 ,abaixo assinado, residente na rua

_____,
 nº _____, complemento _____, bairro _____, município _____,
 _____, ES, CEP _____, Carteira de Identidade _____,

concordo e autorizo a realização de exames e testes necessários à pesquisa anteriormente citada. Declaro ter compreendido e fui esclarecido a respeito desta declaração de consentimento e deste projeto de pesquisa no qual me foram informados todos os dados importantes sobre a conduta neste estudo. Foi-me oferecida ampla oportunidade de fazer perguntas e recebi respostas satisfatórias das minhas dúvidas. Se eu não participar ou se decidir suspender minha

participação, não serei penalizado e não renunciarei a quaisquer direitos legais. Ciente, assino este acordo em duas vias de igual teor, mantendo uma delas em minha posse.

Nome e assinatura do responsável pela pesquisa

Nome e assinatura do estudante que conduziu os esclarecimentos do TCLE

Local, data, nome e assinatura do sujeito de pesquisa

Nome e assinatura da testemunha

APÊNDICE B - FICHA DE AVALIAÇÃO INICIAL (T0) DE ARTRITE REUMATÓIDE

Nome: _____ Prontuário MV: _____
 Idade: _____ anos DN: ____/____/____ Sexo: Feminino() Masculino()
 Raça: Branca() Preto() Parda() amarela() Indígena() Profissão: _____
 Estado civil: solteiro() casado() viúvo() divorciado, desquitado()
 Endereço: _____ n: _____ Bairro: _____
 Município/Estado: _____ Telefones: () _____ Anos de estudo: Sem instrução
 e menos de um ano () um a três anos () quatro a sete anos: () oito a dez anos: () onze anos ou mais: ()

1. Data do início dos sintomas: ____/____/____ Data do diagnóstico da doença: ____/____/____

2. Critérios diagnósticos: Rigidez matinal () Artrite de 3 ou mais áreas () Artrite das mãos () simétrica() Nódulos reumatóides() Presença de FR() Alterações radiográficas() _____
 Anti CCP () VHS elevado () PCR elevado ()

3. Manifestações extra-articulares: Síndrome de Sjögren () Episclerite e/ou esclerite() Doença pulmonar() Pericardite() Vasculite sistêmica() Síndrome de Felty() Renal() Amiloidose() FAN () _____

4. Medicamentos em uso:

Metotrexate: _____ Ácido fólico: _____ Hidroxicloroquina: _____ Sulfassalazina: _____
 Leflunomide: _____ AINES: _____ Azatioprina: _____ Prednisona: _____
 Cálcio: _____ VitaminaD _____ Ciclosporina: _____ outro imunossupressor: _____
 Biológicos Qual: _____ Data de início: ____/____/____ Tempo de uso: _____

5. Tratamentos anteriores:

6. Comorbidades

| | | |
|-------------------------------|-------------------|------------------------|
| HAS () | DPOC/Enfisema () | Fibromialgia () |
| Diabetes () | Asma () | Osteoartrite () |
| Tireoidopatia () _____ | Catarata () | Osteoporose () |
| AVC () | Glaucoma () | Gota () |
| Cardiopatia () _____ | Hanseníase () | Tendinite () _____ |
| Doença renal () _____ | Tuberculose () | Túnel do carpo () |
| Dislipidemia () | HIV/AIDS () | Bursite () _____ |
| Úlcera gástrica () | Câncer () | Partes moles () _____ |
| Doença psiquiátrica () _____ | Hepatite () | Outra () _____ |

7. História social:

Tabagismo: sim() não() Anos: _____ Cigarros/dia: _____ Tipo: _____
 Etilismo: sim() não() Anos: _____ Tipo de bebida: _____ Quantidade: _____
 Uso de drogas ilícitas: sim() não() Quais: _____
 Exercícios regulares: Sim () Não () Tipo: _____
 Quantas horas dorme por noite : _____ Dorme suficiente: sim () não ()
 Acorda descansado: sim () não ()
 Classe sócio-econômica: até 2 SM () ; 2 a 4 () ; 4 a 10 () ; 10 a 20 () ; acima de 20()
 Trabalha no momento: () sim () não
 Se você não está trabalhando, qual é o maior motivo para você não estar trabalhando? [] Problema de Saúde [] Problema / Condições de Trabalho [] Aposentado por invalidez [] Aposentado [] Outro (especifique):

8. Classe Funcional da AR (Hochberg, 1992):

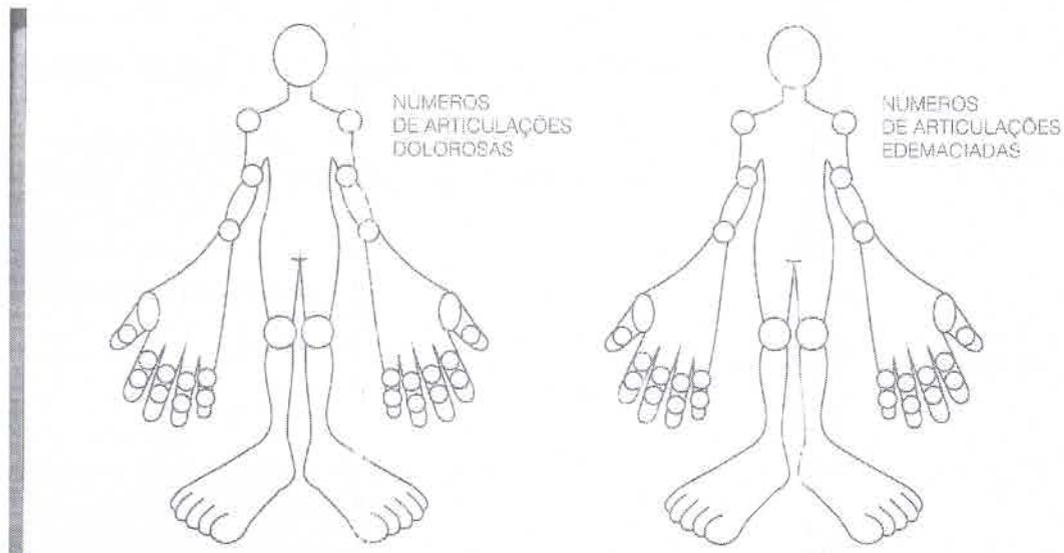
| |
|--|
| () Classe I: capacidade completa para realizar atividades comuns da vida diária (cuidados pessoais, ocupacionais e não-ocupacionais)* |
| () Classe II: capacidade para realizar atividades pessoais e ocupacionais, mas limitado a atividades não ocupacionais |
| () Classe III: capaz de realizar cuidados pessoais usuais, mas limitado a atividades não ocupacionais |
| () Classe IV limitado para atividades pessoais, ocupacionais e não ocupacionais |

**Cuidados pessoais usuais incluem vestir-se, alimentar-se, tomar banho e toalete pessoal. As atividades não ocupacionais (recreativas, lazer) e ocupacionais (trabalho e escola) são de acordo com o desejo do paciente e específicas da idade e do sexo.*

09. ESCALA VISUAL ANALÓGICA DE DOR: 0 A 10: _____ nas 2 últimas semanas

10. RIGIDEZ MATINAL ATUAL: _____ minutos

11 . AVALIAÇÃO DE ATIVIDADE DA DOENÇA- DAS 28:



Dolorosas: _____

Edemaciadas: _____

Resultado do VHS: DATA (/ /): _____ EVA global paciente (0 A 100):

Cálculo do DAS-28: _____

12. AVALIAÇÃO DE ATIVIDADE DA DOENÇA – SDAI:

EVA GLOBAL MÉDICO (0 A 10): _____ PCR: _____ (mg/dl)

SDAI: _____

13. Exames Complementares: DATA: ___ / ___ / _____

LEUC.: _____ Diferencial: _____ Ht/Hb: _____ VCM: _____ Plaq: _____

TGO: _____ TGP: _____ Albumina _____ GT: _____ Uréia: _____ Creat: _____

EAS: _____ Perfil lipídico: CT: _____ LDL: _____ HDL: _____

Triglicerídeos: _____

outros: _____

14. Avaliação do caso por expert:

() doença ativa : () alta atividade () média atividade () baixa atividade

() doença inativa _____

15. Conduta DMCD:

Ajuste de doses: () SIM _____ () NÃO

Mudança de terapêutica: () SIM () NÃO

SE SIM, QUAL? () MEDICAÇÃO SUSPENSA:

() MEDICAÇÃO INICIADA:_____
Medicações mantidas:

_____**16. MEDICAÇÕES ADJUVANTES:**
_____**17. OUTROS TRATAMENTOS:**

() FISIOTERAPIA. Qual? _____

() TERAPIA OCUPACIONAL.
_____() EXERCÍCIO FÍSICO REGULAR. QUAL?
_____() CIRURGIA ARTICULAR. QUAL?

() OUTRO: _____

Preenchido

por: _____

Data: / /

APÊNDICE C -FICHA DE AVALIAÇÃO (T16/T32) DE ARTRITE REUMATÓIDE

Nome: _____ Prontuário MV: _____
 Endereço: _____ n: _____ Bairro: _____
 Município/Estado: _____ Telefones:() _____

1. Medicamentos em uso:

Metotrexate: _____ Ácido fólico: _____ Hidroxicloroquina: _____ Sulfassalazina: _____

Leflunomide: _____ AINES: _____ Azatioprina: _____ Prednisona: _____

Cálcio: _____ VitaminaD _____ Ciclosporina: _____ outro imunossupressor: _____

Biológicos .Qual: _____ Data de início: ___/___/___ Tempo de uso: _____

2. Tratamentos anteriores:

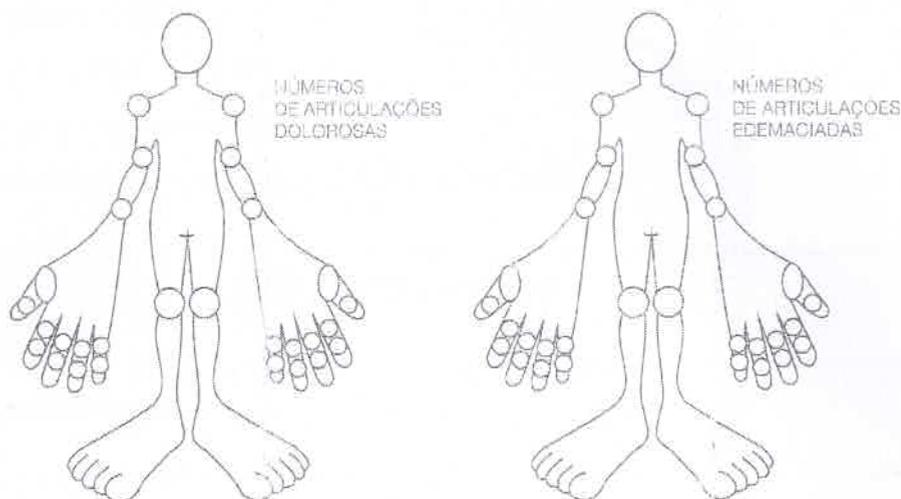
3. Classe Funcional da AR (Hochberg, 1992):

- | |
|--|
| () Classe I: capacidade completa para realizar atividades comuns da vida diária (cuidados pessoais, ocupacionais e não-ocupacionais)* |
| () Classe II: capacidade para realizar atividades pessoais e ocupacionais, mas limitado a atividades não ocupacionais |
| () Classe III: capaz de realizar cuidados pessoais usuais, mas limitado a atividades não ocupacionais |
| () Classe IV limitado para atividades pessoais, ocupacionais e não ocupacionais |

**Cuidados pessoais usuais incluem vestir-se, alimentar-se, tomar banho e toalete pessoal. As atividades não ocupacionais (recreativas, lazer) e ocupacionais (trabalho e escola) são de acordo com o desejo do paciente e específicas da idade e do sexo.*

4. ESCALA VISUAL ANALÓGICA DE DOR: 0 A 10: _____ nas 2 últimas semanas

5. RIGIDEZ MATINAL ATUAL: _____ minutos



6 . AVALIAÇÃO DE ATIVIDADE DA DOENÇA: DAS 28:

Dolorosas: _____ Edemaciadas: _____

Resultado do VHS: DATA (/ /): _____

EVA global paciente (0 A 100): _____

Cálculo do DAS-28: _____

7. AVALIAÇÃO DE ATIVIDADE DA DOENÇA – SDAI:

EVA GLOBAL MÉDICO (0 A 10): _____ PCR: _____ (mg/dl)

SDAI: _____

8. EXAMES COMPLEMENTARES: DATA: ___ / ___ / _____

LEUC.: _____ Diferencial: _____ Ht/Hb: _____ VCM: _____ Plaquetas: _____

TGO: _____ TGP: _____ Albumina _____ GT: _____ Uréia: _____ Creat: _____

EAS: _____ Perfil lipídico: CT: _____ LDL: _____ HDL: _____

Triglicerídeos: _____

outros: _____

9. Avaliação do caso por expert:

() doença ativa : () alta atividade () média atividade () baixa atividade

() doença inativa _____

10. Conduta DMCD:

Ajuste de doses: () SIM _____ () NÃO

Mudança de terapêutica: () SIM () NÃO

SE SIM, QUAL? () MEDICAÇÃO SUSPensa:

() MEDICAÇÃO INICIADA:

Medicações mantidas:**11. MEDICAÇÕES ADJUVANTES:****12. OUTROS TRATAMENTOS:**

() FISIOTERAPIA. Qual?

() TERAPIA OCUPACIONAL.

() EXERCÍCIO FÍSICO REGULAR. QUAL?

() CIRURGIA ARTICULAR. QUAL?

() OUTRO:

Preenchido

por: _____

Data: / /

ANEXOS

ANEXO A- Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Função exercida no trabalho: _____

Há quanto tempo exerce essa função: _____

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 há um ano atrás, como você se classificaria sua doença 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 árdusos | 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 um 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 outros 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 | Extretamente |
|-------------------------|---------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| 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, dê uma resposta que mais se aproxime de 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 sentido cheia de vigor, de vontade, de força? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia? | 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 uma pessoa feliz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h) Quanto tempo você tem se sentido esgotado? | 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 adoecer 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 minha saúde vai piorar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) Minha saúde é excelente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

PONTUAÇÃO: _____

ANEXO B- Questionário de avaliação de saúde *Health Assessment Questionnaire* (HAQ)

| Você é capaz de: | Nível de Dificuldade | | | |
|--|----------------------|------------|-----------|------------------|
| | Sem qualquer | Com alguma | Com muita | Incapaz de fazer |
| 1 - Vestir-se, inclusive amarrar os cadarços dos sapatos e abotoar suas roupas? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 - Lavar sua cabeça e seus cabelos? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 - Levantar-se de maneira ereta de uma cadeira de encosto reto e sem braço? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 - Deitar-se e levantar-se da cama? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 - Cortar um pedaço de carne? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 - Levar à boca um copo ou uma xícara cheia de café, leite ou água? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 - Abrir um saco de leite comum? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 - Caminhar em lugares planos? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9 - Subir 5 degraus? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10 - Lavar e secar seu corpo após o banho? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11 - Tomar banho de chuveiro? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12 - Sentar-se e levantar-se de um vaso sanitário? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13 - Levantar os braços e pegar um objeto de aproximadamente 2,5 kg, que está posicionado pouco acima da cabeça? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14 - Curvar-se para pegar suas roupas no chão? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15 - Segurar-se em pé no ônibus ou metrô? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16 - Abrir potes ou vidros de conservas, que tenham sido previamente abertos? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17 - Abrir e fechar torneiras? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18 - Fazer compras nas redondezas onde mora? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19 - Entrar e sair de um ônibus? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20 - Realizar tarefas tais como usar a vassoura para varrer e rodo para água? | 0 | 1 | 2 | 3 |

Escores dos componentes:

Componente 1, perguntas 1 e 2: Maior escore =

Componente 2, perguntas 3 e 4: Maior escore =

Componente 3, perguntas 5, 6 e 7: Maior escore =

Componente 4, perguntas 8 e 9: Maior escore =

Componente 5, perguntas 10, 11 e 12: Maior escore =

Componente 6, perguntas 13 e 14: Maior escore =

Componente 7, perguntas 15 e 16: Maior escore =

Componente 8, perguntas 18, 19 e 20: Maior escore =

Escore do HAQ = _____
(Média aritmética dos
escores dos componentes)

ANEXO C- Critérios classificatórios para AR 2010 ACR/EULAR (Pacientes com AR inicial)

| Envolvimento articular | Pontuação |
|---|-----------|
| 1 grande articulação ^A | 0 |
| 2-10 grandes articulações ^B | 1 |
| 1-3 pequenas articulações (com ou sem envolvimento de grandes articulações) | 2 |
| 4-10 pequenas articulações (com ou sem envolvimento de grandes articulações) ^C | 3 |
| >10 articulações (pelo menos uma pequena articulação) ^D | 5 |

| Sorologia (pelo menos o resultado de um teste é necessário para classificação) ^E | Pontuação |
|---|-----------|
| FR negativo e AAPC negativo | 0 |
| FR positivo em título baixo ou AAPC positivo em título baixo | 2 |
| FR positivo em título alto ou AAPC positivo em título alto | 3 |

| Provas de fase aguda ^F (pelo menos o resultado de um teste é necessário para classificação) | Pontuação |
|--|-----------|
| PCR normal e VHS normal | 0 |
| PCR anormal ou VHS anormal | 1 |

| Duração dos sintomas ^G | Pontuação |
|-----------------------------------|-----------|
| < 6 semanas | 0 |
| ≥ 6 semanas | 1 |

^AO 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 excluídas 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.

^BSão consideradas grandes articulações: ombros, cotovelos, quadris, joelhos e tornozelos.

^CSão consideradas pequenas articulações: punhos, MTCF, IFP, interfalangeana do primeiro quirodáctilo e articulações MTF.

^DNesta 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).

^ENegativo 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 3 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".

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

^GDuração dos sintomas se refere ao relato do paciente quanto a 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; AAPC = anticorpos antiproteína/ peptídeo citrulinados; LSN = limite superior do normal; VHS = velocidade de hemossedimentação; PCR = proteína C-reativa.

ANEXO D- SDAI – *Simplified Disease Activity Index* (Índice Simplificado de Atividade de Doença)

| Variáveis | Valor |
|--|-------|
| Contagem articulações dolorosas em 28 articulações | |
| Contagem articulações edemaciadas em 28 articulações | |
| PCR (mg/dL) | |
| Avaliação global pelo paciente (VAS) | |
| Avaliação global pelo médico (VAS) | |
| TOTAL | |

PONTUAÇÃO: _____