

FAMEMA - FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

**ACUPUNTURA AURICULAR INVASIVA NO DISTÚRBO DO SONO EM
PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE: UM ENSAIO CLÍNICO
RANDOMIZADO.**

Orientador Prof. Dr. Marcos Renato de Assis

Mestranda Mirian Emi Inumar Kusano

MARÍLIA - SP

2017

RESUMO

A artrite reumatoide (AR) leva a um comprometimento sistêmico que pode levar o paciente apresentar distúrbios do sono caracterizados pela dificuldade em iniciar e/ou manter o sono e presença de sono não reparador. A acupuntura auricular tem se mostrado eficaz em pacientes que apresentam distúrbios de sono, porém não foi encontrado nada específico em pacientes com artrite reumatoide. O objetivo do estudo será avaliar a efetividade clínica da acupuntura auricular invasiva em pacientes com AR que apresentam distúrbio do sono. Será realizado um estudo clínico controlado randomizado em dois grupos: Grupo controle (realização da acupuntura auricular em pontos não específicos ao sono) e Grupo Intervenção (acupuntura auricular em pontos específicos ao sono). As avaliações serão realizadas em quatro momentos: Semana 0 (imediatamente antes da primeira sessão de acupuntura), Semana 4 (após quarta sessão), Semana 8 (após oitava e última sessão) e Semana 10 (2 semanas após a última sessão). O paciente, a avaliadora e o responsável pela análise estatística serão cegos em relação à randomização. Será feita análise com estatística descritiva, verificação da distribuição com Shapiro-Wilk ou Kolmogorov-Smirnov e correlação de Spearman ou Pearson, assim como outros testes estatísticos de acordo com a necessidade (teste t de student, Mann-whitney, qui-quadrado e ANOVA para medidas repetidas), com significância estatística de 5%.

Palavras Chaves: artrite reumatoide; acupuntura auricular; sono.

1. INTRODUÇÃO

O distúrbio do sono pode ser definido como dificuldade em iniciar e/ou manter o sono com presença de sono não reparador, ou seja, insuficiente para manter uma boa qualidade de alerta e bem-estar físico e mental durante o dia, com o comprometimento consequente do desempenho nas atividades diurnas. Esta condição afeta em torno de 33% da população geral em estudo realizado nos Estados Unidos.^{1,2}

O sono tem um papel importante a desempenhar no sistema imunológico humano e é crítico na restauração e manutenção da homeostase. A privação crônica do sono é comum na sociedade moderna e tem sido vista em várias doenças reumáticas inflamatórias auto-imunes podendo ter um profundo impacto sobre a saúde e bem-estar.¹⁻⁵

A artrite reumatoide (AR) é uma doença inflamatória, crônica, sistêmica, progressiva e de caráter auto-imune, com etiologia desconhecida, caracterizada pelo comprometimento da membrana sinovial das articulações, podendo levar a deformidades, destruição cartilaginosa e óssea com danos no sistema musculoesquelético, onde devido a essas alterações pessoas com AR podem não apresentar um sono reparador havendo distúrbio do sono e fadiga ao acordar.³⁻⁵ A prevalência da AR varia de 0,5% a 1% da população mundial, afetando 2 a 3 vezes mais no sexo feminino comparado ao sexo masculino, predominando na faixa etária entre 30 e 60 anos, sendo sua ocorrência observada em todos os grupos étnicos.^{4,5}

A acupuntura é um dos componentes do sistema de saúde chinês descrita há pelo menos, 2500 anos, sendo uma modalidade de tratamento que iniciou dentro do contexto da Medicina Tradicional Chinesa e envolve procedimentos de diagnósticos e terapêuticos. Mesmo assim, em tempos modernos, a acupuntura tem se mostrado como uma intervenção cada vez mais popular no ocidente.⁶⁻⁸

Segundo a teoria geral da acupuntura, a energia conhecida como Qi flui através de meridianos ou canais presente no corpo. Ao realizar estimulação com agulhas nos acupontos, pode tratar doenças decorrentes do desequilíbrio ou bloqueio de energia, visando a harmonia nos canais conhecidos como meridianos energéticos.⁶⁻⁸

Uma das técnicas da acupuntura é a Acupuntura Auricular ou Auriculoterapia que utiliza o pavilhão auricular como um microsistema para efetuar tratamento através do reflexo que ela exerce sobre o sistema nervoso central. O pavilhão auricular

está relacionado com todas as partes do corpo humano e todos os meridianos convergem para a orelha.⁶⁻¹⁰

Em vista do que foi levantado, espera-se que a acupuntura auricular promova uma melhora significativa na qualidade de sono em pacientes com AR.

2. MÉTODOS

2.1 Desenho do estudo

Estudo randomizado controlado cego dividido em dois grupos: Grupo controle (realização da acupuntura auricular em pontos não específicos ao sono) e Grupo Intervenção (acupuntura auricular em pontos específicos ao sono), com avaliações em quatro momentos: Semana 0 (imediatamente antes da primeira sessão de acupuntura), Semana 4 (após quarta sessão), Semana 8 (após oitava e última sessão) e Semana 10 (2 semanas após a última sessão).

O estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília. Todos os pacientes receberão esclarecimentos verbais e por escrito e participarão do estudo após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O estudo seguirá a padronização proposta por *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT) e será realizado o registro na plataforma ReBEC – Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos no site: <http://www.ensaiosclinicos.gov.br>

2.2 Participantes

2.2.1 Critérios de Elegibilidade

Serão recrutados pacientes que façam acompanhamento no ambulatório do Serviço de Reumatologia da Faculdade de Medicina de Marília, localizado na cidade de Marília, São Paulo.

Para serem elegíveis deverão preencher os seguintes critérios de inclusão:

- a) Diagnóstico de AR conforme os Critérios de Classificação do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) de 1987 (ANEXO A) ou pelos Critérios Classificatórios para AR de 2010 da ACR/EULAR (*European League Against Rheumatism*) (ANEXO B)^{12,13}

- b) Idade ≥ 18 anos;
- c) Dificuldades relacionadas ao sono;
- d) Estabilidade medicamentosa no último mês.

Serão considerados critérios de exclusão:

- a) Lesões cutâneas no pavilhão auricular que impeça a colocação dos pontos da acupuntura auricular;
- b) Amputação do pavilhão auricular;
- c) Realização prévia de otoplastia;
- d) Suspeita ou confirmação de gravidez;
- e) Fobia por agulhas;
- f) Realização de acupuntura sistêmica ou auricular;
- g) Déficit de visão, audição ou cognitivo que impeçam a realização das avaliações propostas.

2.3. Intervenções

Os pacientes serão inicialmente avaliados por um médico reumatologista que fará a mensuração da atividade inflamatória da AR através do *Disease Activity Score 28* (DAS 28) (ANEXO C). As avaliações funcionais e de distúrbio do sono será realizada por uma fisioterapeuta assim que incluídos no estudo. Será realizada randomização em 2 grupos: grupo intervenção (GI) e grupo controle (GC).

O GI realizará sessões de acupuntura auricular invasiva (AAI) em pontos específicos para melhora do quadro de distúrbio do sono. Os Acupontos específicos na orelha serão Shen Men, Rim, Simpático, Subcórtex, Sono Profundo, Distúrbio do Sono, Analgesia, Neurastenia e Relaxamento Muscular. O GC realizará AAI em pontos não específicos para melhora do sono: helix 1, helix 2, helix 3. ^{19,20}

Será realizado um total de 08 sessões de AAI, uma vez por semana por 8 semanas consecutivas. Com o paciente em decúbito dorsal e com o pavilhão auricular higienizado com algodão e álcool 70%, posteriormente será colocada uma agulha auricular de 1,5mm em aço inox tamponados com esparadrapo da cor bege nos pontos auriculares com uma pinça em aço inox.

Após uma anamnese para coleta de dados clínico-demográficos serão

utilizados os seguintes instrumentos: *Health Assessment Questionnaire* (HAQ), Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI-BR), Escala de Sonolência de Epworth (ESS-BR) e Escala de Severidade de Fadiga (FSS).

2.3.1 Disease Activity Score (DAS-28)

Questionário utilizado para avaliar o nível de atividade da doença, composto por 4 variáveis: VHS, número de articulações dolorosas e número de articulações inflamadas entre 28 articulações e o grau de comprometimento causado pela doença, por meio de uma escala analógica visual, respondida pelo paciente.

Os resultados indicam a atividade da doença no momento, classificando-a em: remissão ($\leq 2,6$), baixa ($\leq 3,2$), moderada ($\leq 5,1$) e alta ($> 5,1$) em relação a atividade da doença, de acordo com os critérios da *American Rheumatism Association*. (ANEXO C).¹⁴

O cálculo da medida do DAS-28 é realizado da seguinte forma:

$$\text{DAS-28} = 0,56 \times \sqrt{\text{TJC}} + 0,28 \times \sqrt{\text{SJC}} + 0,70 \times \text{VHS} + 0,014 \times \text{avaliação global do paciente.}$$

2.3.2 Health Assessment Questionnaire (HAQ)

Questionário específico indicado para avaliar indivíduos com AR quanto à capacidade funcional. Composto por 20 questões sobre atividades do dia-a-dia e agrupadas em 8 categorias, identificando-se o nível de dificuldade para realizar tais atividades assim como a necessidade ou não de assistência para realizá-las. Para cada uma das categorias o paciente atribui o grau de dificuldade que vai de “nenhuma dificuldade= 0” até “incapaz de fazê-lo= 3”. A pontuação final do HAQ corresponde à média das pontuações das 8 categorias. Os resultados de 0 a 1 correspondem à deficiência leve; maior que 1 a 2, deficiência moderada e maior que 2 a 3, deficiência grave. (ANEXO D).¹⁵

2.3.3 Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

Avalia a qualidade do sono em relação ao último mês. O PSQI foi desenvolvido com o objetivo de fornecer uma medida de qualidade de sono padronizada, que discriminasse os pacientes entre “bons dormidores” e “maus dormidores”. O questionário consiste de 19 (dezenove) questões auto-

administradas e 5 (cinco) questões respondidas por seus companheiros de quarto. Estas últimas são utilizadas somente para informação clínica. As 19 (dezenove) questões são agrupadas em 7 (sete) componentes, com pesos distribuídos numa escala de 0 a 3. Estes componentes do PSQI, versões padronizadas de áreas rotineiramente avaliadas em entrevistas clínicas de pacientes com queixas em relação ao sono, são a qualidade subjetiva do sono, a latência para o sono, a duração do sono, a eficiência habitual do sono, os transtornos do sono, o uso de medicamentos para dormir e a disfunção diurna. As pontuações destes componentes são então somadas para produzirem um escore global, que varia de 0 a 21, onde, quanto maior a pontuação, pior a qualidade do sono. Um escore global do PSQI > 5 indica que o indivíduo apresenta grandes dificuldades em pelo menos 2 componentes ou dificuldades moderadas em mais de 3 componentes. (ANEXO E).^{16,17}

2.3.4 Epworth Sleepiness Scale (ESS)

É um questionário auto-administrado e se refere à possibilidade de cochilar em oito situações cotidianas. Para graduar a probabilidade de cochilar, o indivíduo utiliza uma escala de 0 (zero) a 3 (três), onde 0 corresponde a nenhuma e 3 a grande probabilidade de cochilar. (ANEXO F).¹⁷

2.3.5 Escala de Severidade de Fadiga (FSS)

Na Escala de Severidade de Fadiga, composta por 09 afirmações, o paciente pontua uma nota de 1 a 7 para cada item, considerando suas duas últimas semanas até o dia atual.

A pontuação é realizada pela soma das afirmações, a fim de avaliar o grau de fadiga apresentada pelo paciente. (ANEXO G).¹⁸

2.4. Objetivos do estudo

2.4.1. Objetivo primário

Avaliar a efetividade clínica da acupuntura auricular invasiva em pacientes com AR que apresentam distúrbio do sono.

2.4.2. Objetivos secundários

Avaliar a fadiga em pacientes com AR submetidos a acupuntura auricular invasiva para distúrbio do sono.

Avaliar a correlação entre capacidade funcional, fadiga e qualidade de sono com a AAI em pacientes com AR.

2.5. Variáveis de resposta

Espera-se como resposta primária a melhora do distúrbio do sono no GI comparado ao GC. Como respostas secundárias pode-se esperar a melhora da fadiga e da funcionalidade.

2.6. Tamanho da amostra

Estima-se uma amostra de 32 pacientes, sendo 16 no GC e 16 no GI.

2.7. Alocação

Os pacientes que cumprirem os critérios de elegibilidade e aceitarem participar do estudo, após assinatura do TCLE, serão randomizados de acordo a sequência numérica dos envelopes lacrados e opacos. Será gerada uma lista randomizada por um site específico (www.randomization.com) com 8 blocos de 4 pacientes em cada.

Na parte externa do envelope irá conter um número sequencial e no interior de cada envelope haverá um papel indicando o grupo a qual o paciente será alocado: GI (AAI em pontos específicos ao sono) ou GC (AAI em pontos não específicos ao sono).

O pesquisador responsável pelo estudo entrará em contato com o paciente para agendar a avaliação inicial (T0) com as datas previstas das avaliações seguintes informadas no momento da primeira avaliação.

2.8.Implementação

Será realizada uma triagem inicial pelo médico responsável que convidará para participar da pesquisa as pacientes que preencherem os critérios de elegibilidade. Aceito o convite será apresentado o TCLE e somente após assinatura do mesmo será realizada a randomização (abertura do envelope). O paciente será orientado a aguardar contato telefônico para agendamento da avaliação inicial, independente de qual grupo (intervenção ou controle) será alocado.

Será realizada então a avaliação inicial (T0) de acordo com agendamento prévio, momento este onde serão confirmados data, horário e local onde o paciente receberá a AAI em até 2 dias e orientado a voltar ao local das avaliações após 4 (T4), 8 (T8) e 10 (T10) semanas, com horários previamente agendados.

Após o término de todas as avaliações, as pacientes do GC serão reavaliadas pelo médico responsável e, havendo indicação médica, receberão imediatamente o tratamento com a AAI em pontos específicos para o sono.

2.9. Cegamento

O cegamento do estudo com os pacientes será realizado de maneira que os mesmos não saibam qual intervenção será realizado no pavilhão auricular.

A fisioterapeuta que realizará a intervenção será a única pessoa que terá acesso a alocação dos pacientes em cada grupo, com o cuidado de colocar esparadrapo em todos os pontos auriculares do estudo independente do grupo alocado.

A responsável pelas avaliações terá contato com o paciente apenas para realizar as avaliações sem ter o conhecimento para qual grupo a paciente foi alocado.

Será determinada uma terceira pessoa que fará a análise estatística após o término das intervenções e avaliações subsequentes.

3.10. Métodos estatísticos

Será realizada estatística descritiva, com apresentação de medidas de tendência central e de dispersão (média, mediana, desvio padrão e percentis) de acordo com a distribuição das variáveis, verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk. Para obter correlações entre variáveis será utilizado Spearman ou Pearson, com os devidos intervalos de confiança.

Serão utilizados testes estatísticos de acordo com a necessidade: teste t de student, Mann-whitney, qui-quadrado de Pearson e ANOVA para medidas repetidas. Será considerada uma significância estatística de 5% e as análises serão realizadas no software SPSS v.21.

3.0. Cronograma

ETAPA PERÍODO (semestre/ano)	1º sem. 2017	2º sem. 2017	1º sem. 2018	2º sem. 2018	1º sem. 2019
Revisão bibliográfica	X	X	X	X	
Projeto pesquisa		X			
Envio ao Comitê de Ética e Pesquisa			X		
Cadastro ReBEC			X		
Coleta de dados			X	X	
Tabulação dos dados					X
Análise estatística					X
Elaboração dos resultados e discussão					X
Elaboração do (s) artigos científicos					X
Envio para publicação					X

REFERÊNCIAS

1. Weaver TE. Outcome measurement in sleep medicine practice and research. Part I: assessment of symptoms, subjective and objective daytime sleepiness, health-related quality of life and functional status. *Sleep Med.* [internet]. 2001 [cited 2017 Jan 20] 5(2):103-128. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12531049>
2. Mulgrew AT, Ryan CF, Feetham JA, Cheema R, Fox N, Koehoorn M, FitzGerald JM, Marra C, Ayas NT. The impact of obstructive sleep apnea and daytime sleepiness on work limitation. *Sleep Med.* [internet]. 2007 [cited 2017 Jan 25] 9(1):42-53. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17825611>
3. Skare TL. *Reumatologia: princípios e práticas*. 2a ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2007.
4. Sato EI. *Guia de reumatologia*. 2a ed. Barueri (SP): Manole; 2010.
5. Sociedade Brasileira de Reumatologia. Artrite reumatóide: diagnóstico. In: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes [Internet]. São Paulo (SP): Associação Médica Brasileira; 2013. p. 1–20 [citado em 10 Ago 2016]. Disponível em: http://diretrizes.amb.org.br/_DIRETRIZES/artrite_reumatoide_diagnostico/#6
6. MACIOCIA, G. A Prática da Medicina Chinesa. São Paulo:Roca, p. 20-36, 1996.
7. Lan Y, Wu X, Tan HJ, Wu N, Xing JJ, Wu FS, Zhang LX, Liang FR. Auricular acupuncture with seed or pellet attachments for primary insomnia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Complement Altern Med.* [internet] 2015 [cited 2017 Jan 30] 15:103. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25886561>
8. Amezaga Urruela M, Suarez-Almazor ME. Acupuncture in the treatment of rheumatic diseases. *Curr Rheumatol Rep.* [internet] 2012 [cited 2016 Ago 12] 14 (6):589-97. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23055010>
9. Tam LS, Leung PC, Li TK, Zhang L, Li EK. Acupuncture in the treatment of rheumatoid arthritis: a double-blind controlled pilot study. *BMC Complement Altern Med.* [internet]. 2007 [cited 2016 Ago 15] 3;7:35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17980044>

10. Oke SL, Tracey KJ. The inflammatory reflex and the role of complementary and alternative medical therapies. *Ann N Y Acad Sci.* [internet] 2009 [cited 2016 Ago 20] 1172:172-80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19743552>
11. Mota LMH, Cruz BA, Brenol CV, Pereira IA, Fronza LSR, Bertolo MB, Freitas MVC, Silva NA, Louzada-Junior P, Giorgi RDN, Lima RAC, Pinheiro GRC. Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia 2011 para o diagnóstico e avaliação inicial da artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol* [Internet]. 2011 [citado 2016 Dez 20] 51(3):207–19. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0482-50042011000300002&script=sci_arttext
12. Fuller R. Critério de classificação da artrite reumatoide ACR-EULAR 2010 [Editorial]. *Rev Bras Reumatol.* 2010 [citado 2016 Dez 22] 50(5):481-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v50n5/v50n5a01.pdf>
13. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum* [Internet]. 2010 [cited 2017 Dec 22] 62(9):2569–81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20872595>
14. Prevoo ML, Hof MA, Kuper HH, Leeuwen MA, Putte LB, Riel PL. Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts. Development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1995;38(1):44-8.
15. Fries JF, Spitz P, Kraines G, Holman H. Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum* 1980; 23(2):137-45.
16. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatr Res* 1989; 28: 193-213.
17. Weaver TE. Outcome measurement in sleep medicine practice and research. Part I: assessment of symptoms, subjective and objective daytime sleepiness, health-related quality of life and functional status. *Sleep Med Rev* 2001; 5(2): 103-28.
18. Association of Sleep Disorders Centers. Diagnostic Classification of Sleep and Arousal Disorders. 1st Ed., prepared by the Sleep Disorders Committee, Hoffwarg HP, Chairman. *Sleep* 1979; 2: 1-137.
19. Garcia E. Auriculoterapia. Rio de Janeiro (RJ): ROCA; 1999.
20. Souza M P. Tratado de Auriculoterapia. Novo Horizonte: Brasília, 1996.
21. Focks C. Atlas de Acupuntura: com sequência de fotos e ilustrações, textos didáticos e indicações clínicas. Barueri (SP): Manole; 2005.

ANEXO A

Critérios de Classificação para AR do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) de 1987

Para a classificação como Artrite Reumatoide, o paciente deve satisfazer a pelo menos 4 dos 7 critérios. Os critérios 1 até o 4 devem estar presentes por, no mínimo, 6 semanas.

CRITÉRIO	DEFINIÇÃO
1. Rigidez matinal	Rigidez matinal com duração de pelo menos 1 hora até a melhora máxima.
2. Artrite de 3 ou + áreas articulares	Ao menos três áreas articulares simultaneamente afetadas, observadas pelo médico (interfalangeanas proximais, metacarpofalangeanas, punhos, cotovelos, joelhos, tornozelos e metatarsofalangeanas).
3. Artrite das articulações das mãos	Artrite em punhos ou metacarpofalangeanas ou interfalangeanas proximais.
4. Artrite simétrica	Envolvimento simultâneo de áreas de ambos os lados do corpo.
5. Nódulos reumatoides	Nódulos subcutâneos sobre proeminências ósseas, superfícies extensoras ou em regiões justa-articulares.
6. Fator reumatoide sérico positivo	Presença de quantidades anormais de fator reumatoide.
7. Alterações radiográficas	Radiografias posteroanteriores de mãos e punhos demonstrando rarefação óssea justa-articular ou erosões.

ANEXO B

CrITÉRIOS ClassificatÓrios para AR do ACR/EULAR (*European League Against Rheumatism*) de 2010

Pontuação maior ou igual a 6 é necessária para classificação definitiva de um paciente como AR.

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

Legenda:

FR = Fator reumatoide

ACPA = Anticorpos antiproteína/ peptídeo citrulinados

VHS = Velocidade de hemossedimentação

PCR = Proteína C-reativa

ANEXO C

Disease Activity Score 28 (DAS 28)

Escore de Atividade da Doença em 28 Articulações

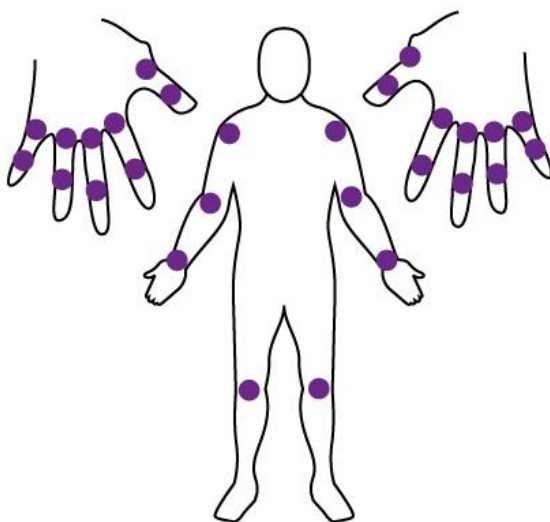


Figura 1: Articulações consideradas para contagem de dor e edema, totalizando 28.

Parâmetro Clínico	Valor
Contagem de articulações com edema (0-28)	
Contagem de articulações dolorosas (0-28)	
VHS (mm/1ª hora)	
***Saúde geral do paciente (VAS, mm)	

*0 _____ 100mm

**Pergunta ao paciente: Como você se sente em relação a sua artrite?

(0= muito bem, 100mm= muito mal)

Valores do DAS 28- (0 a 9,3)

> 5,1 – Alta atividade
≤ 5,1 – Moderada atividade
≤ 3,2 – Baixa atividade
≤ 2,6 – Remissão

ANEXO D

Health Assessment Questionnaire (HAQ)

Você é capaz de:	Sem dificuldade	Com alguma dificuldade	Com muita dificuldade	Incapaz de fazer
1. Vestir-se, inclusive amarrar os cordões 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 braços?	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 cheio 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 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 quilogramas, que está posicionado um 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 aonde 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 o rodo para a água?	0	1	2	3

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

Deficiência leve (HAQ de 0 a 1)

Deficiência moderada (HAQ > 1 a 2)

Deficiência grave (HAQ > 2 a 3)

ANEXO E

ÍNDICE DE QUALIDADE DE SONO DE PITTSBURGH (PSQI-BR)

Instruções:

As seguintes perguntas são relativas aos seus hábitos usuais de sono durante o **último mês somente**. Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata da **maioria** dos dias e noites no último mês. Por favor, responda a todas as perguntas.

1. Durante o último mês, quando você geralmente foi para cama à noite?
Hora usual de deitar _____
2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite?
Número de minutos _____
3. Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã?
Hora usual de levantar _____
4. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? (Este pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama).
Horas de sono por noite _____

Para cada uma das questões restantes, marque a **melhor (uma)** resposta. Por favor, responda a todas as questões.

5. Durante o último mês, com que frequência você **teve dificuldade de dormir** porque você...
 - (a) Não conseguiu adormecer em até 30 minutos
Nenhuma no último mês _____
Menos de 1 vez/ semana _____
1 ou 2 vezes/semana _____
3 ou mais vezes/ semana _____
 - (b) Acordou no meio da noite ou de manhã cedo
Nenhuma no último mês _____
Menos de 1 vez/ semana _____
1 ou 2 vezes/ semana _____
3 ou mais vezes/ semana _____

(c) Precisou levantar para ir ao banheiro

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____

3 ou mais vezes/ semana _____

(d) Não conseguiu respirar confortavelmente

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____

3 ou mais vezes/ semana _____

(e) Tossiu ou roncou forte

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____

3 ou mais vezes/ semana _____

(f) Sentiu muito frio

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____

3 ou mais vezes/ semana _____

(g) Sentiu muito calor

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____

3 ou mais vezes/ semana _____

(h) Teve sonhos ruins

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____

3 ou mais vezes/ semana _____

(i) Teve dor

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____

3 ou mais vezes/ semana _____

(j) Outra(s) razão(ões), por favor descreva:

Com que frequência, durante o último mês, você teve dificuldade para dormir devido a essa razão?

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____

3 ou mais vezes/ semana _____

6. Durante o último mês, como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral?

Muito boa _____

Boa _____

Ruim _____

Muito ruim _____

7. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou “por conta própria”) para lhe ajudar a dormir?

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____

3 ou mais vezes/ semana _____

8. No último mês, com que frequência você teve dificuldade de ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos, trabalho, estudo)?

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____

3 ou mais vezes/ semana _____

9. Durante o último mês, quão problemático foi para você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)?

Nenhuma dificuldade _____

Um problema muito leve _____

Um problema razoável _____

Um problema muito grande _____

10. Você tem um(a) parceiro [esposo(a)] ou colega de quarto?

Não _____

Parceiro ou colega, mas em outro quarto _____

Parceiro no mesmo quarto, mas não na mesma cama _____

Parceiro na mesma cama _____

Se você tem um parceiro ou colega de quarto, pergunte a ele/ela com que frequência no último mês você teve

(a) Ronco forte

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____

3 ou mais vezes/ semana _____

(b) Longas paradas na respiração enquanto dormia

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____

3 ou mais vezes/ semana _____

(c) Contrações ou puxões nas pernas enquanto você dormia

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____

3 ou mais vezes/ semana _____

(d) Episódios de desorientação ou confusão durante o sono

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____

3 ou mais vezes/ semana _____

(e) Outras alterações (inquietações) enquanto você dorme; por favor, descreva

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____

3 ou mais vezes/ semana _____

ANEXO F

ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH (ESS-BR)

Qual a probabilidade de você cochilar ou dormir, e não apenas se sentir cansado, nas seguintes situações? Considere o modo de vida que você tem levado recentemente. Mesmo que você não tenha feito algumas destas coisas recentemente, tente imaginar como elas o afetariam. Escolha o número mais apropriado para responder cada questão:

0 = **nunca** cochilaria

1 = **pequena** probabilidade de cochilar

2 = probabilidade **média** de cochilar

3 = **grande** probabilidade de cochilar

Situação de cochilar	Probabilidade			
Sentado e lendo	0	1	2	3
Assistindo TV	0	1	2	3
Sentado, quieto, em um lugar público (por exemplo, em um teatro, reunião ou palestra)	0	1	2	3
Andando de carro por uma hora sem parar, como passageiro	0	1	2	3
Ao deitar-se à tarde para descansar, quando possível	0	1	2	3
Sentado conversando com alguém	0	1	2	3
Sentado quieto após o almoço sem bebida de álcool	0	1	2	3
Em um carro parado no trânsito por alguns minutos	0	1	2	3

Valores do ESS-BR (0-24)

>10 – Sonolência excessiva diurna

ANEXO G

Escala de Severidade de Fadiga (FSS)

Você deverá dar uma nota de 1 à 7 para cada item relacionado abaixo, considerando as duas últimas semanas até hoje, sendo:

1- Discordo Totalmente

7 - Concordo Plenamente

1. Minha motivação é menor quando estou cansada	1	2	3	4	5	6	7
2. O exercício me causa cansaço	1	2	3	4	5	6	7
3. Fico facilmente cansada(o)	1	2	3	4	5	6	7
4. O cansaço interfere na minha condição física	1	2	3	4	5	6	7
5. O cansaço frequentemente me causa problemas	1	2	3	4	5	6	7
6. Meu cansaço impede a sustentação da minha condição física	1	2	3	4	5	6	7
7. O cansaço interfere em determinados deveres e tarefas	1	2	3	4	5	6	7
8. O cansaço é um dos meus três principais sintomas mais incapacitantes	1	2	3	4	5	6	7
9. O cansaço interfere no meu trabalho, família ou vida social	1	2	3	4	5	6	7

Valores do ESS-BR:

>28 – Presença de fadiga