

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

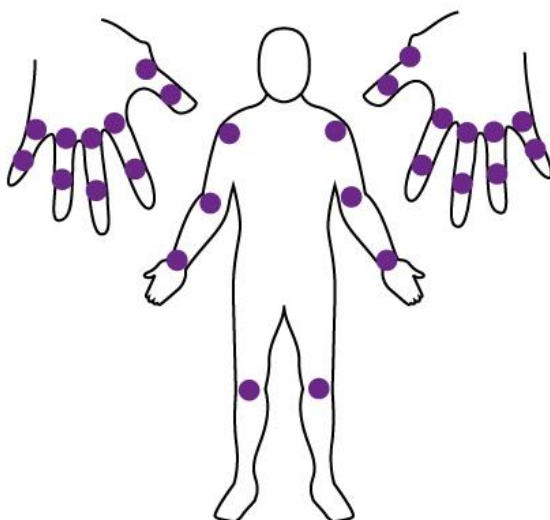


Figura 1: Articulações consideradas para contagem de dor e edema, totalizando 28.

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