



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS MEDICINA**

**CAROLINE FERREIRA CAVALCANTI
DÉBORA LIRA SILVA DA COSTA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM ARTRITE IDIOPÁTICA
JUVENIL ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO**

CAMPINA GRANDE - PB

2017

CAROLINE FERREIRA CAVALCANTI

DÉBORA LIRA SILVA DA COSTA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM ARTRITE IDIOPÁTICA
JUVENIL, ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO**

Projeto de pesquisa encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisada Universidade Federal de Campina Grande para Análise e parecer com fins de apresentação do Trabalho de Conclusão do Curso de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande.

LINHA DE PESQUISA: Pesquisas clinico-epidemiológicas da saúde da criança e do adolescente.

ORIENTADORA: Prof^a Evânia Claudino Queiroga de Figueiredo.

CAMPINA GRANDE

2017

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG

C376a

Cavalcanti, Caroline Ferreira.

Perfil epidemiológico dos pacientes com Artrite Idiopática Juvenil, atendidos no Hospital Universitário Alcides Carneiro / Caroline Ferreira Cavalcanti, Débora Lira Silva da Costa. – Campina Grande, 2017.

50f.; tab.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, Curso de Medicina, Campina Grande, 2017.

Orientadora: Evânia Claudino Queiroga de Figueiredo, Dra.

1.Artrite Juvenil Idiopática. 2.Scores. 3.Uveíte anterior. I.Título. II.Costa, Débora Lira Silva da.

BSHUAC/CCBS/UFCG

CDU 616.72-002-053.2(043.3)



ANEXO VI

Ata da Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)

As 09:35 horas do dia 05, 09, 17, nas dependências do Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, realizou-se a defesa do TCC intitulado:

Perfil epidemiológico dos pacientes com síndrome idiopática juvenil, atendidos no Hospital Universitário Alcides Carneiro

de autoria do(s) aluno(s):

Caroline Ferreira Cavalcanti
Deborah Line Siqueira de Costa

sendo orientados por:

Evânio Claudino Américo de Figueiredo

E Co orientador:

Estiveram presentes, os seguintes componentes da Banca Examinadora:

Marcus Ivanovitch Fernandes
Maurício Medeiros de A. Nunes

Iniciados os trabalhos, o Presidente da Banca Examinadora, Professor(a) Orientador(a) sorteou o aluno:

Caroline Ferreira Cavalcanti

passando a palavra ao mesmo para iniciar a apresentação, que teve 30 minutos para fazê-lo. A apresentação durou 25 minutos, após a qual foi iniciada a discussão e arguição pela Banca Examinadora. A seguir, os discentes retiraram-se da sala para que fosse atribuída a nota. Como resultado, a Banca resolveu aprovar o trabalho, conferindo a nota final de 10,0. Não havendo mais nada a tratar, deu-se por encerrada a sessão e lavrada a presente ata que vai assinada por quem de direito.

Campina Grande, 05, setembro 2017

Orientador

Titular 1

Titular 2

Suplente

Evânio Claudino Américo de Figueiredo
Marcus Ivanovitch
[Assinatura]

RESUMO

Artrite Idiopática Juvenil (AIJ) é um termo que faz referência a um grupo heterogêneo de doenças que atingem crianças e adolescentes, com início antes dos 16 anos de idade. Caracteriza-se principalmente pela presença de artrite em pelo menos uma articulação, com duração mínima de seis semanas. É dividida de acordo com a sua forma de apresentação clínica em sete categorias, a artrite sistêmica, a oligoartrite (persistente ou estendida), a poliartrite fator reumatoide negativo, a poliartrite fator reumatoide positivo, a artrite psoriásica, a artrite relacionada à entesite e a artrite indiferenciada. Crianças com AIJ apresentam pior qualidade de vida relacionada à saúde quando comparadas a controles saudáveis, segundo medições de bem-estar físico e psicológico. Tal situação acaba refletindo negativamente no desenvolvimento emocional, social e escolar. O presente estudo tem como principal objetivo determinar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes com artrite idiopática juvenil, atendidos no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC). Para tal fim, realizou-se um estudo descritivo, retrospectivo, de corte transversal com abordagem quantitativa através da coleta de dados em prontuários a partir de um questionário semiestruturado. Foram selecionados os pacientes com o diagnóstico de AIJ atendidos no período de 2011 a 2016, totalizando 15 pacientes. Quanto ao acometimento por sexo, houve predomínio do feminino (53,3%). A forma poliarticular se mostrou a mais frequente (60%). A média de idade de aparecimento dos sintomas foi de seteanos e nove meses e a média de idade ao diagnóstico foi de nove anos e dois meses. O tempo decorrido entre o aparecimento dos sintomas e o diagnóstico variou entre menos de um ano e cinco anos. Não foram identificados relatos de uveíte anterior crônica, nem de aplicação do JADAS 27 (*Juvenile Arthritis Disease Activity Score*) ou CHAQ (*Childhood Health Assessment Questionnaire*).

Palavras Chave: Artrite Juvenil Idiopática.Scores.Uveíte anterior.

ABSTRACT

Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA), is a term used to designate a group of heterogeneous diseases that affects children and teenagers, it starts before 16 years old. They are characterized with the presence of arthritis on at least one articulation, with minimum duration of six weeks. It's divided based on how it presents itself on the first manifestation. There are seven categories: Systemic-onset JIA, Oligoarthritis, Polyarthritis with positive rheumatic factor, Polyarthritis with negative rheumatic factor, Psoriatic arthritis, Enthesitis-related JIA and Undifferentiated arthritis. Children with JIA presents worse health related life quality when compared with healthy children, according to physical and psychological well-being measures. This situations ends up reflecting on a negative way at the emotional, social and scholar development. This study has as it's mean goal to determine the epidemiological and clinic profile of the patients with JIA that receive clinical care at the Rheumatologic service of the Alcides Carneiro University Hospital. It was accomplished a descriptive, retrospective, with cross section and quantitative approach study, analyzing the selected medical charts with a semi structured questionnaire. It's estimated that this research will contribute for the knowledge of the prevalence of JIA at the population receiving clinical care at Alcides Carneiro University Hospital, besides creating the clinical profile of those patients. It was selected the medical charts of the patients with the diagnosis of JIA, who were assisted between the years of 2011 and 2016, with a total of 15 medical charts. Regarding the involvement by sex, it was found a predominance of the female sex (53,3%). The Polyarthritis was found in 60% of the medical charts. The mean age at the onset of the symptoms was seven years and nine months and the mean age at the occasion of the diagnosis was nine years and two months. The delay between the onset of the symptoms and the diagnosis varied between less than one year and five years. There were not found registers of chronic anterior uveitis, or the application of JADAS27(*Juvenile Arthritis Disease Activity Score*) and CHAQ (*Childhood Health Assesmente Questionnaire*).

Keywords: Juvenile Idiopathic Arthritis. Scores. Anterior uveitis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Incidência de AIJ dividida por sexo.....	23
Tabela 2 - Procedência dos pacientes com AIJ atendidos no HUAC.....	24
Tabela 3 – Idade dos pacientes em todos os tempos analisados.....	25
Tabela 4 – Classificação da AIJ nos pacientes analisados.....	25

LISTA DE ABREVIATURAS

AIJ	ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL
AINEs	ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTEROIDAIIS
CHAQ	<i>CHILDHOOD HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRES</i>
DARMDs	DROGAS ANTIRREUMÁTICAS MODIFICADORAS DE DOENÇA
FAN	FATOR ANTINUCLEAR
FR	FATOR REUMATOIDE
HUAC	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
ILAR	LIGA INTERNACIONAL DE ASSOCIAÇÕES PARA REUMATOLOGIA
JADAS27	<i>JUVENILE ARTHRITIS DISEASE ACTIVITY SCORE</i>
JIA	<i>JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS</i>
SPSS	<i>STATISTICAL PACKAGE FOR SOCIAL SCIENCES</i>
TCLE	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UFMG	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
UVAC	UVEÍTE ANTERIOR CRÔNICA
VAS	ESCALA VISUAL ANALÓGICA
VHS	VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO

SUMÁRIO

1. Introdução.....	8
2. Objetivos.....	9
2.1 Objetivos Gerais.....	9
2.2 Objetivos Específicos.....	9
3. Justificativa.....	10
4. Formulação do Problema.....	10
5. Hipótese.....	10
6. Fundamentação Teórica.....	10
6.1 Epidemiologia.....	10
6.2 Etiopatogenia.....	11
6.3 Manifestações Clínicas.....	12
6.4 Diagnóstico.....	15
6.5 Tratamento.....	18
6.6 Prognóstico.....	19
7. Metodologia.....	21
7.1 Desenho do Estudo.....	21
7.2 Local e População de estudo.....	21
7.2 Período de Estudo.....	21
7.4 Critérios de Elegibilidade.....	21

7.5 Aspectos Éticos.....	22
7.6 Coleta de Dados.....	22
7.7 Processamento e Análise de Dados.....	23
8. Resultados.....	23
9. Discussão.....	27
10. Conclusões.....	31
Referências.....	32
Apêndices.....	36
Anexos.....	42

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Liga Internacional de Associações para a Reumatologia (apud BEUKELMAN, 2011, p.465) o diagnóstico da Artrite Idiopática Juvenil (AIJ) é pautado na presença de artrite com duração mínima de seis semanas em uma mesma articulação em crianças com idade igual ou menor a 16 anos, além da exclusão de outras causas de artrite crônica. Dados internacionais mostram uma prevalência da AIJ que variam de 0,07 a 4,01/1.000 crianças, com base em estudos realizados com metodologias diversas, como levantamentos de prontuários, registros populacionais e estudos de campo (YAMASHITA, 2013).

A Artrite Idiopática Juvenil é classificada de acordo com a sua forma de apresentação clínica em sete categorias, a artrite sistêmica, a oligoartrite (persistente ou estendida), a poliartrite fator reumatoide negativo, a poliartrite fator reumatoide positivo, a artrite psoriásica, a artrite relacionada à entesite e a artrite indiferenciada (YAMASHITA, 2013).

Além disso, a AIJ tem curso crônico, podendo evoluir de diversas formas, desde uma remissão espontânea, a um quadro refratário ao tratamento. Nesse contexto, o diagnóstico precoce e a avaliação da atividade de doença são cruciais para avaliar a resposta ao tratamento e o desfecho clínico (CAPELA, 2015). Todavia, frente a grande diversidade de apresentações clínicas e a dificuldade de encaminhamento precoce e rápido ao atendimento especializado, o diagnóstico dessa moléstia nem sempre é dado em um estágio inicial (YAMASHITA, 2013).

E mais, crianças com AIJ apresentam pior qualidade de vida relacionada à saúde quando comparadas a controles saudáveis, segundo medições de bem-estar físico e psicológico. Tal situação acaba refletindo negativamente no desenvolvimento emocional, social e escolar (REIFF, 2008).

Sendo assim, conhecer o perfil epidemiológico e clínico dos pacientes atendidos em um serviço de referência é de extrema importância. Com tais dados é possível sugerir e direcionar melhorias que busquem o diagnóstico em estágios iniciais e possibilitem o seguimento adequado do paciente.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVOS GERAIS

- Determinar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes com artrite idiopática juvenil (AIJ) atendidos no serviço de reumatologia do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) no período de 2011 a 2016.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar de acordo com a classificação da AIJ os subtipos diagnosticados no HUAC entre 2011 e 2016.
- Analisar as seguintes variáveis: sexo e procedência.
- Determinar a média do intervalo de tempo entre o início dos sintomas da artrite idiopática juvenil e o diagnóstico da doença no HUAC.
- Identificar a presença de uveíte anterior como comorbidade nos pacientes com AIJ, atendidos no HUAC.
- Identificar a atividade de doença na última consulta realizada por meio da pontuação do paciente no JADAS 27 (*Juvenile Arthritis Disease Activity Score*).
- Analisar a qualidade de vida dos pacientes na última consulta por meio da pontuação do paciente no CHAQ (*Childhood Health Assessment Questionnaire*).

3. JUSTIFICATIVA

Esse estudo contribuirá no conhecimento dos subtipos de Artrite Idiopática Juvenil que acometem as crianças referenciadas para o Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC).

4. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Necessidade de conhecer qual a frequência de cada subtipo da AIJ entre os pacientes atendidos no serviço de reumatologia do HUAC com o diagnóstico dessa doença.

5. HIPÓTESE

Espera-se encontrar estatística semelhante à prevalência do mundo inteiro para cada subtipo, sendo assim, a AIJ na forma oligoarticular deve ser a mais frequente nesse estudo, assim como o sexo feminino o mais acometido. Ainda, espera-se encontrar um grande intervalo de tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico, o que vai de encontro ao diagnóstico precoce preconizado na literatura.

6. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

6.1. EPIDEMIOLOGIA

Artrite Idiopática Juvenil (AIJ) é um termo que faz referência a um grupo heterogêneo de doenças, que atingem crianças e adolescentes, com início antes dos 16 anos de idade. Caracterizam-se principalmente pela presença de artrite em pelo menos uma articulação, com duração mínima de seis semanas (WU, KLIEGMAN, 2016, p.1160).

É a doença reumática mais comum na infância, sendo também uma das afecções crônicas mais frequentes nesta faixa etária. Predomina no sexo feminino, afetando de uma a três meninas para cada menino afetado. Sua prevalência é de

cerca de 16 – 140/100.000 crianças e incidência em crianças abaixo de 16 anos varia de 3 – 23 /100.000 crianças por ano (HOCHBERG, 2016). Sua ocorrência é bastante variável, de acordo com a região geográfica, tal fato é devido não somente a fatores ambientais e populacionais, como também ao uso de diferentes critérios de classificação e diagnóstico (SANTOS, 2006 p.9).

A forma oligoarticular é a mais comum (50 – 60% de todos os casos), em seguida está a forma poliarticular (30 – 35% dos casos) e por fim a forma de início sistêmico (10 - 20%) (SANTOS, 2006p.15).

6.2. ETIOPATOGENIA

Acredita-se que a doença resulte de fenômenos autoimunes. A principal teoria fisiopatogênica aponta para anormalidades das células T, que levam à secreção exacerbada de citocinas de padrão Th1 (TNF-alfa, IL-1, IL-6), o que levaria a ativação de ambos os braços da imunidade, tanto o humoral quanto o celular (STUDART, 2014p.22).

A anatomopatologia da sinovite crônica, característica da enfermidade, sugere a possibilidade de patogenia celular na mediação da doença, revelando infiltração de linfócitos T hiperativos. Linfócitos B também são recrutados, levando a formação de múltiplos auto anticorpos, imunocomplexos e detecção de consumo do complemento. Em suma, a patogênese central da doença parece ser a reposta imune dirigida para auto antígenos. Apenas a forma de início sistêmico (doença de Still), parece resultar da hiperativação de células da imunidade inata e não das células T, levando a hipersecreção de proteínas fagocitárias (WU, KLIEGMAN, 2016, p. 1660).

As diferentes formas de apresentação da doença parecem resultar da interação entre o conjunto de genes de cada indivíduo, em particular os alelos HLA, com exposições ambientais múltiplas, como, por exemplo, infecções (WU, KLIEGMAN, 2016, p. 1660).

6.3. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A doença tem formas de apresentação variadas, definidas pelo modo de início e sua evolução nos seis primeiros meses. De acordo com a *International League Association for Rheumatology* (apud BEUKELMAN, 2011, p.465) a forma de apresentação clínica se apresenta em sete categorias, a artrite sistêmica, a oligoartrite (persistente ou estendida), a poliartrite fator reumatoide negativo, a poliartrite fator reumatoide positivo, a artrite psoriásica, a artrite relacionada à entesite e a artrite indiferenciada.

6.3.1. INÍCIO SISTÊMICO

Também denominada de doença de Still, esta é a forma mais grave, pela possibilidade de acometimento visceral. É também a forma menos comum, afetando apenas 10 a 20% de todos os casos. Não há predomínio quanto ao sexo e costuma acometer crianças entre um e cinco anos (SANTOS, 2006p. 13).

Caracteriza-se por febre (geralmente $>39^{\circ}\text{C}$) noturna e intermitente, com um ou dois picos diários, devendo ter duração maior que duas semanas, sendo geralmente acompanhada de um *rash* cutâneo maculopapular de cor rosa salmão, localizado principalmente no tronco, extremidades proximais dos membros superiores e membros inferiores, é evanescente e raramente pruriginoso. Pode ser precipitado por banho quente ou estresse psicológico. As lesões duram menos de uma hora, podem migrar durante esse período e são circulares ou lineares(WU, KLIEGMAN, 2016, p.1164).

Nas primeiras semanas ou meses de doença, a artrite está usualmente ausente. Quando surge, acomete preferencialmente as grandes articulações. Artralgia e mialgia estão presentes desde o início do quadro (SANTOS, 2006 p.13).

O acometimento visceral caracteriza-se pelo aparecimento de: hepatomegalia, esplenomegalia, linfadenopatia generalizada, pericardite, dor pleurítica com ou sem derrame pleural, miocardite e dor abdominal. O aparecimento de artrite, febre, *rash*, linfadenopatia e hepatoesplenomegalia pode ser visto em mais de 70% dos casos(WU, KLIEGMAN, 2016, p.1164).

6.3.2. INÍCIO POLIARTICULAR

Representa 30 a 40% dos casos de AIJ, acometendo principalmente o sexo feminino, na proporção de 3:1, respectivamente, para meninas e meninos. Apresenta dois picos de maior incidência: um de dois a três anos, no qual predomina a categoria poliarticular com fator reumatoide negativo, e outro acima de oito anos, no qual predomina a poliartrite com fator reumatoide positivo (HOCHBERG, 2016). Caracteriza-se pelo envolvimento de pelo menos cinco articulações, nos primeiros seis meses da doença. Geralmente afeta membros superiores e inferiores simultaneamente, podendo acometer articulações temporomandibulares e coxofemorais. A pesquisa de fator reumatoide pode ser positiva ou negativa (20% dos casos de AIJ). A presença de nódulos reumatoides subcutâneos relaciona-se com maiores títulos de fator reumatoide e pior prognóstico (SANTOS, 2006p.14).

A poliartrite tem início insidioso, acometendo aditivamente as pequenas articulações de mãos e pés, joelhos, punhos, tornozelos e cotovelos. Frequentemente observa-se envolvimento alto da coluna cervical. Articulações do quadril e ombro são acometidas tardiamente, geralmente após um ano de doença (SANTOS, 2006p. 14).

O Fator Reumatoide positivo é encontrado geralmente em formas poliarticulares com início após os oito anos de idade. Apresenta-se como poliartrite inflamatória simétrica. As articulações mais acometidas são punhos, metacarpofalangianas, seguidas de joelhos, cotovelos, tornozelos e quadris. São encontradas manifestações extra-articulares semelhantes aquelas da artrite reumatoide do adulto, como nódulos subcutâneos, regurgitação aórtica, fibrose pulmonar e vasculites, assim como síndrome de Sjögren e Felty (SANTOS, 2006p.14).

6.3.3. INÍCIO OLIGOARTICULAR

É a forma mais comum de apresentação, representando cerca de 50% a 60% dos casos de AIJ. Apresenta-se principalmente o sexo feminino, na proporção de 3:1, respectivamente, para meninas e meninos. Apresenta como pico de idade de abertura do quadro a faixa entre dois e três anos de vida (HOCHBERG, 2016). Cursa com inflamação leve a moderada de uma a quatro articulações. Acomete, em geral, os membros inferiores, principalmente joelhos e tornozelos, não sendo esperada artrite em quadril ou em membros superiores. Em 50% dos casos, observa-se artrite em apenas uma única articulação, quase sempre um dos joelhos (SANTOS, 2006p.15).

6.3.4. ARTRITE PSORIÁSICA

Definida pela presença de artrite acompanhada por manifestações cutâneas típicas de psoríase ou artrite associada a pelo menos dois dos seguintes critérios: história familiar de psoríase em parentes de primeiro grau; dactilite; alterações ungueais. As alterações cutâneas podem preceder o aparecimento da artrite (FERRIANI, 2005).

6.3.5. ARTRITE ASSOCIADA À ENTESITE

Esta forma de AIJ acomete principalmente meninos (proporção de 9:1), com mais de seis anos de idade. Esta relacionada a presença de HLA-B27 em 75% dos casos. É comum o relato de história familiar de espondiloartrite. As áreas mais frequentes de entesite são a inserção do tendão de Aquiles no calcânhar, na fáscia plantar, na área do tarso e periarticular no joelho. A artrite, usualmente, tem caráter assimétrico e aditivo, comprometendo articulações periféricas dos membros inferiores e dos quadris. Em 50% dos casos, o quadro pode evoluir para espondilite anquilosante, ao comprometer as articulações sacroilíacas e da coluna (FERRIANI, 2005).

6.3.6. ARTRITES INDIFERENCIADAS

Neste grupo, são inclusos os pacientes que não preenchem os critérios de inclusão para nenhum dos subtipos citados anteriormente, ou que preencham critérios de inclusão para mais de um subtipo de AIJ (FERRIANI, 2005).

6.3.7. MANIFESTAÇÕES EXTRA- ARTICULARES

As manifestações extra articulares são raras, sendo a uveíte anterior a mais comum delas. A Uveíte Anterior Crônica (UVAC) apresenta uma incidência de 3% a 21% em todos os portadores da AIJ (WU, KLIEGMAN, 2016, p.1164).

É importante frisar que a forma oligoarticular é a mais acometida com tal complicação oftalmológica que pode resultar em cegueira. Quando a oligoartrite apresenta curso estendido a UVAC pode apresentar uma incidência cumulativa de 25% a 30%. Já na oligoartrite persistente apresenta uma incidência de 16% a 18% (HOCHBERG, 2016).

A UVAC se associa, em geral, a um FAN positivo, é mais comum em meninas, em especial naquelas que abriram o quadro da doença antes dos seis anos de idade. Em 75% dos casos, o quadro é bilateral, com acometimento simultâneo ou dentro de um curto período de tempo. Nas fases iniciais, a uveíte pode ser completamente assintomática, cursando com dor ocular e diminuição da acuidade visual apenas em fases avançadas, por isso faz-se necessário o acompanhamento oftalmológico periódico desses pacientes, bem como a dosagem do FAN (WU, KLIEGMAN, 2016, p.1164).

6.4. DIAGNÓSTICO

Diante das divergências entre o Colégio Americano de Reumatologia e a Liga Europeia Contra o Reumatismo, a Liga Internacional de Associações para a Reumatologia (ILAR) buscou critérios diagnósticos que evitassem a superposição de subtipos diferentes da AIJ. Sendo assim, foi criada uma classificação baseada no

quadro clínico e sorológico, considerando a forma de abertura dos sintomas e o curso da doença. Basicamente os critérios iniciais são o início dos sintomas em pacientes menores de 16 anos e com duração de pelo menos seis semanas. A partir desse parâmetro fundamental, sete categorias foram propostas (apud SANTOS, 2006, p. 5,6).

O diagnóstico de artrite sistêmica é aventado em crianças com artrite, independente do número de articulações acometidas, com documentação de febre quotidiana de duração mínima de duas semanas e pelo menos uma das características seguintes: *rash* típico, linfadenopatia generalizada, hepatomegalia ou esplenomegalia e serosite (apud SANTOS, 2006, p. 5,6).

Já a oligoartrite consiste numa história clínica de artrite afetando até quatro articulações nos primeiros seis meses de doença. Caso a criança apresente psoríase, bem como histórico familiar de psoríase ou doença associada ao HLAB27 são excluídas desta categoria, assim como aquelas com fator reumatoide positivo e os meninos HLAB27 positivos com doença iniciada após os oito anos de idade (apud SANTOS, 2006, p. 5,6).

Quando se cogita a poliartrite, é necessário que o paciente possua quadro de artrite afetando cinco ou mais articulações nos primeiros seis meses. Caso a pesquisa de fator reumatoide seja persistentemente negativa estamos diante da poliartrite fator reumatoide negativo. Todavia, se a pesquisa do fator reumatoide for positiva ao menos em duas ocasiões, com, no mínimo três meses de intervalo, a poliartrite é do tipo fator reumatoide positivo (apud SANTOS, 2006, p. 5,6).

Se o paciente apresenta quadro de artrite ou entesite concomitante a pelo menos duas dessas características a seguir: dor em articulações sacrilíacas, dor lombar inflamatória ou ambos; presença de HLA B27; história familiar, confirmada por médicos, de doença associada ao HLA B27; uveíte anterior aguda; doença de início após os oito anos de idade. O diagnóstico de artrite relacionada a entesite é o mais provável. Porém, em pacientes com psoríase ou história familiar de psoríase confirmada por dermatologista em parente de primeiro ou segundo grau devem ser excluídos dessa categoria (apud SANTOS, 2006, p. 5,6).

A artrite psoriásica é diagnosticada quando o paciente apresenta quadro de psoríase associada a clínica da dor articular ou quando se tem uma artrite associada a duas das características seguintes: dactilite; alterações ungueais (*pitting* ou onicólise); história familiar de psoríase confirmada por dermatologista em pelo menos um parente de primeiro grau. A presença de artrite sistêmica ou pesquisa positiva para o fator reumatoide exclui o paciente desta categoria (apud SANTOS, 2006, p. 5,6).

Entretanto, a criança pode abrir uma história clínica que, por alguma razão, não preenchem critérios para uma categoria específica ou preenche critérios para mais de uma delas. Devido a isso, tais casos são classificados como outras artrites (apud SANTOS, 2006, p. 5,6).

Segundo SALGADO (2004), tal classificação é de suma importância para o seguimento e vigilância destas crianças, tendo em vista que tanto a clínica, como os critérios de diagnóstico, tratamento e prognóstico são diferentes entre os vários tipos.

Apesar disso, é preciso lembrar que a AIJ não apresenta alterações laboratoriais específicas, sendo, portanto, diagnóstico de exclusão na investigação de etiologia da artrite. Sendo assim, segundo CASSIDY, outras causas de artrite na infância e adolescência devem ser descartadas durante a avaliação diagnóstica. Faz-se necessário, de acordo com a forma de abertura da artrite, direcionar o diagnóstico para causas que podem ser reunidas em grandes áreas e a partir daí abrir as possibilidades de diagnósticos diferenciais. Na AIJ os principais núcleos são outras doenças do tecido conectivo; alterações não reumáticas dos ossos e articulações; espondiloartrites; doenças hematológicas; artrite pós-infecciosa; doenças neoplásicas; artrite infecciosa; doenças reumáticas associadas com imunodeficiência; anomalias congênitas e alterações do sistema musculoesquelético de caráter genético; e reumatismo psicogênico (apud SANTOS, 2006, p.20,21).

A anamnese e o exame físico iniciais do paciente devem direcionar a investigação diagnóstica. O paciente preenchendo critérios para a AIJ, deve-se estudar os possíveis diagnósticos diferenciais de forma a realizar exames que

possam excluí-los. E, assim, fechar o diagnóstico inicial para o início precoce do tratamento.

6.5. TRATAMENTO

O tratamento varia de acordo com o tipo de acometimento inicial da doença e da intensidade dos sintomas. O objetivo é o alívio sintomático e o impedimento ou retardo da destruição articular, bem como um crescimento e desenvolvimento normais (WU, KLIEGMAN, 2016, p.1168).

Para a forma oligoarticular, as drogas de escolha são os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). Se não houver resposta em três a quatro semanas de tratamento, há benefícios no uso de glicocorticoides intra-articulares. Pacientes refratários devem ser tratados com as chamadas “drogas antirreumáticas modificadoras de doença”, as DARMDs, sendo a droga de escolha, o Metotrexate. Caso ainda assim não haja resposta, deve-se partir para o uso de DARMDs “biológicas”, como os antagonistas do TNF-alfa (Adalimumab, Infliximab, Etanercept) (WU, KLIEGMAN, 2016, p.1168).

Os DARMDs formam a base do tratamento da forma poliarticular. Nesta forma o uso de glicocorticoides não é preconizado, pois como na artrite reumatoide não modificam a evolução da doença (WU, KLIEGMAN, 2016, p.1168).

Assim como na forma oligoarticular, a forma de início sistêmico pode ser inicialmente manejada com o uso de AINEs. Em caso de falha, a tendência é iniciar o tratamento com DARMDs. Se houver refratariedade ou o acometimento sistêmico for muito proeminente desde o início, pode-se lançar mão do uso de agentes anti-interleucinas como o Tocilizumabe, Canakimumabe ou Anakinra (WU, KLIEGMAN, 2016, p.1168).

6.6. PROGNÓSTICO

O curso da doença pode ser bastante imprevisível em cada paciente, entretanto, algumas observações podem ser tecidas de acordo com a forma de apresentação da AIJ (WU, KLIEGMAN, 2016, p.1160).

Pacientes com a forma oligoarticular geralmente atingem a remissão de doença. No entanto, meninas que abriam o quadro com menos de seis anos de idade e que tenham FAN positivotendem a evoluir com uveíte crônica (WU, KLIEGMAN, 2016, p.1160).

Já a forma poliarticular apresenta um curso mais arrastado e requer uma terapia mais agressiva. Os piores prognósticos estão associados à presença de FR positivo, presença de nódulos reumatóides, menor idade na abertura do quadro e alto número de articulações afetadas. Aqueles pacientes que apresentam envolvimento de quadril, mãos e punhos também tendem a um pior prognóstico e maiores prejuízos funcionais (WU, KLIEGMAN, 2016, p.1160).

A forma sistêmica é a que apresenta maior dificuldade de controle, principalmente se houver acometimento poliarticular e história de febre com duração maior que três meses (WU, KLIEGMAN, 2016, p.1160).

Existem dois instrumentos principais, usados para a avaliação da atividade da artrite e para a avaliação da atividade funcional de pacientes com AIJ. Nesse contexto, o JADAS 27 -*Juvenile Arthritis Disease Activity score* (ANEXO 8), foi desenvolvido para a avaliação da atividade da AIJ. Esse é um índice absoluto, que determina o nível de atividade clínica no momento da consulta. É composto por quatro variáveis: número de articulações ativas, avaliação global da doença pelo médico e parentes, em uma escala visual analógica (VAS) de 10cm, e VHS (velocidade de hemossedimentação em mm/h). São avaliadas 27 articulações: coluna cervical, cotovelos, punhos, 1^a-3^a metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais, quadris, joelhos e tornozelos. A fim de evitar um peso excessivo do valor do VHS, esse é utilizado através da fórmula: $(VHS-20) / 10$. O escore final é obtido pelo somatório simples das quatro variáveis. A pontuação total varia entre 0 a 57 (MCERLANE, 2013). Ainda é possível definir grupos de pacientes com alta atividade de doença medida através do JADAS 27, separando aqueles com doença

mais agressiva no momento da avaliação. Estabeleceu-se o ponto de corte de 4,2 nos subtipos oligoarticulares e 8,5 nos poliarticulares para classificá-los como alta atividade (CONSOLARO, 2014).

Além do JADAS 27, o outro instrumento de avaliação é o CHAQ - *Childhood Health Assessment Questionnaire* (ANEXO 9) . Tal questionário propõe-se a avaliar o grau de dificuldade e independência na realização de atividades da vida diária (CAPELA, 2015). Sendo assim, ao fazer a avaliação funcional esse se correlaciona com a qualidade de vida dos pacientes (SINGH, 1994). A versão adaptada por MACHADO (2001), utilizada no Brasil, é subdividida em oito áreas funcionais: vestir, cuidados pessoais, levantar, alimentação, caminhar, alcançar objetos, carregar objetos, atividades gerais, em um total de 30 questões a serem pesquisadas. Em cada área funcional, pelo menos uma questão deve ser respondida para ser computada. Em cada questão há uma escala de dificuldade quantificada em um escore que varia de zero a três (0= sem dificuldade, 1=pouca dificuldade, 2=muita dificuldade, 3=incapaz de fazer). A questão com maior escore determina a pontuação para aquela área funcional. Se instrumentos de apoio são utilizados ou requeridos, o escore mínimo para aquela área funcional é o número dois. O valor final é obtido através da média das oito áreas funcionais, oscilando entre zero e três. No final do questionário, acrescenta-se a avaliação da dor, estabelecida através de uma VAS de 10cm (0=nenhuma dor e 10=pior dor). Posteriormente, classificaram-se os pacientes de acordo com o resultado final do CHAQ: zero (ausência de incapacidade), maior que 0 e menor ou igual a 0,5 (incapacidade leve), maior que 0,5 e menor ou igual a 1,5 (incapacidade moderada) e maior que 1,5 (incapacidade severa) (VIOLA 2005).

7. METODOLOGIA

7.1. DESENHO DO ESTUDO:

Realizou-se um estudo descritivo, retrospectivo, de corte transversal com abordagem quantitativa.

7.2. LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO:

A população do estudo foi selecionada a partir dos prontuários de pacientes atendidos no Hospital Universitário Alcides Carneiro.

7.3. PERÍODO DE ESTUDO:

O estudo foi realizado a partir dos prontuários de pacientes atendidos no Hospital Universitário Alcides Carneiro entre 2011 e 2016.

7.4. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

7.4.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Ser paciente do serviço de reumatologia do HUAC, diagnosticado com Artrite Idiopática Juvenil, de acordo com os critérios do ILAR.

Atendidos entre 2011 e 2016, contendo os dados requisitados no formulário da pesquisa (APÊNDICE 1).

7.4.2. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

Prontuários extraviados ou incompletos.

7.5. ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa seguirá as diretrizes da Resolução 466/12 CNS/MS. Foi solicitada a dispensa da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE 2), pois os dados foram coletados em prontuários. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos no dia oito de julho de 2017 (ANEXO 7), sendo realizada a coleta de dados no setor de arquivo do HUAC do dia 18 de julho de 2017 ao dia 28 de julho de 2017.

7.5.1. RISCOS

A pesquisa apresentou risco mínimo, pois não foi realizada qualquer intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos incluídos no estudo.

7.5.2. BENEFÍCIOS

Como benefícios, esse estudo poderá ser usado para políticas de diagnóstico precoce que diminuam a morbidade e complicações durante o tratamento das crianças e adolescentes tratadas no Hospital Universitário Alcides Carneiro.

7.6. COLETA DE DADOS

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um Formulário semiestruturado (APÊNDICE 1), no qual foram registrados os seguintes dados: número do prontuário, iniciais do nome, sexo, idade, procedência e naturalidade, idade ao surgimento dos primeiros sintomas, idade na primeira consulta no serviço de reumatologia do HUAC, idade ao diagnóstico, presença ou não da pontuação do JADAS 27 e CHAQ, além da principal comorbidade que é a uveíte anterior. O formulário foi preenchido por discentes participantes do estudo no setor de Arquivos do HUAC.

7.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados colhidos no prontuário foram tabelados em planilha do Excel®. Ao final da digitação, foi realizada uma análise descritiva dos dados de todos os pacientes, no programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*).

8. RESULTADOS

Foram incluídos na amostra e analisados pelo presente estudo 15 prontuários que pertenciam a pacientes com diagnóstico atual de Artrite Idiopática Juvenil.

8.1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

8.1.1. SEXO E IDADE ATUAL

Foram estudados os prontuários de 15 pacientes: sete do sexo masculino (46,7%) e oito do sexo feminino (53,3%). A idade máxima atual foi de 31 anos e a mínima de cinco anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Incidência de AIJ dividida por sexo

Sexo	Valor Absoluto	Percentual
Feminino	8	53,3%
Masculino	7	46,7%

8.1.2. LOCAL DE RESIDÊNCIA

Seis (40%) desses pacientes residiam na cidade de Campina Grande e nove (60%) viviam em outras cidades do interior do estado – dois pacientes residentes em

Aroeiras, dois em São Vicente do Seridó e os outros cinco, cada um nas seguintes cidades: Caturité, Boqueirão, Cabaceiras, Fagundes, São José da Mata. Sendo que a mais distante dessas cidades fica a 75km de Campina Grande (Tabela 2).

Tabela 2 - Procedência dos pacientes com AIJ atendidos no HUAC

Procedência	Valor Absoluto	Percentual
Campina Grande	6	40%
Aroeiras	2	13,3%
São Vicente do Seridó	2	13,3%
Caturité	1	6,7%
Boqueirão	1	6,7%
Cabaceiras	1	6,7%
Fagundes	1	6,7%
São José da Mata	1	6,7%

8.2. APRESENTAÇÃO CLÍNICA

8.2.1. IDADE AO APARECIMENTO DOS SINTOMAS

A idade mínima de aparecimento dos sintomas foi de dois anos e a idade máxima de 16 anos. Média de sete anos e nove meses.

8.2.2. IDADE AO DIAGNÓSTICO INICIAL

A idade mínima ao diagnóstico inicial foi de três anos e máxima de 16 anos. Com média de nove anos e dois meses (Tabela 3).

Tabela 3 – Idade dos pacientes em todos os tempos analisados

Idade (em anos)	Mínima	Máxima	Média
Idade atual	5	31	15,47
Idade de aparecimento dos primeiros sintomas	2	16	7,93
Idade da primeira consulta no HUAC	3	20	10
Idade ao diagnóstico inicial	3	16	9,27

8.2.3. FORMAS DE INÍCIO E DIAGNÓSTICO ATUAL

Dos 15 prontuários analisados, 14 (93,4%) mantiveram-se com o diagnóstico inicial até os dias atuais, havendo apenas uma mudança de diagnóstico AIJ poliarticular FR negativo para AIJ psoriásica(Tabela 4).

Utilizando a classificação do ILAR: nove pacientes(60%) se apresentaram com a forma poliarticular, sendo seis deles (40%) FR negativo; dois (13,3%) FR positivo e uma paciente sem informações sobre o FR no prontuário (6,7%); três pacientes apresentaram-se com a forma Oligoarticular (20%); um paciente com a forma Psoriásica (6,7%); um paciente com a forma sistêmica (6,7%); um paciente com artrite relacionada à entesite (6,7%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Classificação da AIJ nos pacientes analisados

Diagnóstico na última consulta	Valor Absoluto	Percentual
AIJ Poliarticular	9	60%
AIJ Oligoarticular	3	20%
Doença de Still	1	6,7%
Artrite associada a entesite	1	6,7%
Artrite psoriásica	1	6,7%

8.2.4. TEMPO DE EVOLUÇÃO

O tempo mínimo de evolução da doença, desde o aparecimento dos primeiros sintomas até a data da coleta dos dados, na série de prontuários analisados foi de três anos e o máximo foi de 19 anos, com uma média de sete anos e seis meses.

8.3. SEGUIMENTO AMBULATORIAL

8.3.1. TEMPO DE SEGUIMENTO AMBULATORIAL

O tempo de acompanhamento mínimo foi de um ano e máximo de 14 anos. Média de cinco anos e cinco meses.

8.3.2. RETARDO A ODIAGNÓSTICO

O retardo ao diagnóstico variou de menos de um ano a cinco anos, entre o aparecimento dos primeiros sintomas e o diagnóstico clínico. Sendo que seis pacientes (40%) foram diagnosticados menos de um ano após o aparecimento dos primeiros sintomas e nove pacientes (60%) foram diagnosticados um ano ou mais após o aparecimento dos mesmos, com esse intervalo variando de um a cinco anos.

8.4. – MANIFESTAÇÃO DE UVEÍTE ANTERIOR

Na amostra estudada, não houve relato de uveíte anterior (aguda ou crônica).

8.5. – CHAQ

Não havia relato de aplicação do CHAQ em nenhum dos prontuários analisados.

8.6. JADAS 27

Não havia relato de aplicação do JADAS em nenhum dos prontuários analisados.

9. DISCUSSÃO

9.1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

9.1.1. SEXO

Foram estudados 15 prontuários de pacientes com AIJ: sete (46,7%) do sexo masculino e oito (53,3%) do sexo feminino. Geralmente o sexo feminino é o mais acometido pela AIJ (SANTOS, 2006, p.9), mas a distribuição por sexo varia de acordo com a categoria de AIJ, com intenso predomínio feminino nas formas oligoarticular e poliarticular (3 meninas : 1 menino) (HOCHBERG, 2016). A forma psoriásica também parece acometer com maior frequência o sexo feminino (STALL, 2011). Já o acometimento sistêmico não apresenta predileção por sexo (SANTOS, 2006, p.13). Contudo na artrite relacionada à entesite predomina o sexo masculino (FERRIANI, 2005).

Todavia, nessa amostra, em se tratando do acometimento oligoarticular o predomínio foi do sexo masculino (1 menina : 2 meninos). E, na apresentação poliarticular houve uma maior incidência do sexo feminino (5 meninas : 4 meninos) , embora com uma proporção inferior a citada na literatura.

Já a forma de início sistêmico foi identificada em apenas um paciente da amostra estudada, sendo esse do sexo feminino. Da mesma forma, foi identificado um paciente com artrite associada à entesite, o qual pertencia ao sexo masculino; e um paciente com artrite psoriásica que era do sexo feminino. Ou seja, essas três categorias apresentaram uma distribuição por sexo semelhante à literatura.

9.2. APRESENTAÇÃO CLÍNICA

9.2.1. IDADE DE INÍCIO

As diferentes categorias de AIJ apresentam particularidades quanto à idade de início dos sintomas. A oligoartrite é tipicamente uma doença de crianças mais jovens. O pico de idade ao início da oligoartrite e da poliartrite FR negativo é de dois

a três anos, enquanto artrite relacionada a entesite e a poliartrite FR positivo, ocorrem predominantemente em crianças acima de oito anos. Em geral, dois picos principais de AIJ têm sido observados: dos dois aos três anos e entre 11 e 12 anos (HOCHBERG, 2016).

No estudo realizado, foi identificado um pico de idade de início entre dois e três anos correspondendo a 26,6% dos prontuários analisados, coincidindo, assim, com os dados da literatura. Contudo, tanto na poliartrite FR negativo, como na oligoartrite predominou a idade de início dos sintomas acima de oito anos, divergindo daquilo que é descrito na literatura (HOCHBERG, 2016). Diante do pouco conhecimento da população leiga acerca dos sinais e sintomas da AIJ, por este ser um diagnóstico difícil, de exclusão, pouco divulgado e estudado, é possível que os sintomas tenham tido início antes da idade dita pelos responsáveis do menor na consulta médica, porém não sendo associados a quadro clínico atual.

9.2.2. FORMA DE INÍCIO

Na amostra estudada, a maioria dos pacientes (60%) apresentaram-se sob a forma de artrite poliarticular, seguida pela forma oligoarticular (20%). Segundo HOCHBERG (2016), a maioria dos estudos sobre AIJ foi realizada na Europa e nessa região o predomínio da forma oligoarticular constitui pelo menos metade dos casos incidentes. Todavia, em populações não europeias, o quadro de AIJ é diferente, a oligoartrite é relativamente incomum na Índia, Japão, Taiwan, Tailândia e África do Sul. Em contraste, a AIJ poliarticular foi demonstrada como mais comum na Ásia, África e grupos aborígenes canadenses.

De forma semelhante à nossa porcentagem, um estudo com 50 pacientes diagnosticados com AIJ e atendidos em hospitais de referência de Fortaleza, Ceará, encontrou também uma maior prevalência da forma poliarticular, encontrada em 50% dos pacientes (STUDART, 2014). Já SANTOS (2006), ao estudar uma população de 72 pacientes, atendidos no Serviço de Reumatologia do Hospital das Clínicas da UFMG encontrou maior prevalência da forma oligoarticular, encontrada em 44,4% dos pacientes.

Sendo assim, percebe-se uma concordância com o estudo realizado na mesma região brasileira (nordeste). Entretanto, o resultado foi discordante dos valores obtidos no estudo realizado na região sudeste. Sendo nosso país de dimensões continentais e colonizado por diversos povos, pode-se pensar na grande diversidade étnica do país como causa dessas divergências.

9.3. ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

9.3.1. MANIFESTAÇÃO EXTRA-ARTICULAR: UVEÍTE ANTERIOR

As manifestações extra-articulares são raras. A uveíte anterior é encontrada em cerca de 6% a 25% dos pacientes com AIJ, sendo mais comum naqueles com início Oligoarticular de curso estendido (incidência cumulativa de 25% a 30%). Todavia, ela também pode ser observada na oligoartrite persistente (16% a 18%) e poliartrite FR negativo (4% a 14%) ou artrite psoriásica (10% a 12%) (HOCHBERG, 2016).

No presente estudo, não foram identificados pacientes com relato em prontuário deste tipo de complicação. Tal fato pode ser devido a baixa incidência da forma Oligoarticular encontrada nesta pesquisa.

Também pode ter corroborado o fato da uveíte anterior ser geralmente assintomática, sendo assim o exame de lâmpada de fenda é necessário em todas as crianças com AIJ para detecção precoce do comprometimento ocular. (HOCHBERG, 2016) Sendo que nem todos os prontuários analisados nesta pesquisa, apresentavam relatos de consultas oftalmológicas para rastreamento dessa manifestação extra-articular.

9.4. CHAQ

Tal questionário tem como objetivo avaliar o índice de incapacidade global dos pacientes da faixa etária infantil. (CAPELA, 2015) No presente estudo, não observamos relatos de aplicação desta ferramenta nos pacientes atendidos no serviço de reumatologia infantil do HUAC. Sabe-se que a incapacidade funcional reflete na independência e qualidade de vida do paciente. Sendo assim, diante do fato de a AIJ ter um curso crônico (a média de tempo de seguimento ambulatorial é de cinco anos e cinco meses) e necessitar de um tratamento multiprofissional, a aplicação desse questionário, buscando avaliar o paciente de forma global, como um ser biopsicossocial, pode ser de grande valia para um atendimento mais completo e eficaz aos pacientes do serviço, contemplando não somente o acompanhamento do tratamento medicamentoso, mas acompanhamento com relação à percepção da dor ao bem estar geral do mesmo.

9.5. JADAS 27

Esse questionário consiste em uma medida validada de atividade de doença (HOCHBERG, 2016). Neste estudo, não observamos relatos de aplicação desta ferramenta nos pacientes atendidos no serviço de reumatologia infantil do HUAC. Entretanto, avaliar a persistência da atividade de doença é um fator importante, pois tal fato influencia no aparecimento de danos articulares permanentes futuros e incapacidade funcional física permanente (CONSOLARO, 2014). Por isso a importância da aplicação desse questionário, à medida que o mesmo permite a padronização do acompanhamento da atividade de doença é útil na orientação da conduta terapêutica e na avaliação multiprofissional.

10. CONCLUSÕES

A partir deste estudo retrospectivo, observou-se a relação entre o acometimento dos gêneros feminino e masculino aproximou-se daquela descrita na literatura, com predominância no sexo feminino.

Sessenta por cento dos pacientes estudados, só foram diagnosticados com AIJ após um ano do início dos sintomas, o que pode refletir tanto a dificuldade de elucidação diagnóstica de tal afecção, quanto à de acesso ao serviço de saúde especializado, contribuindo para retardar o diagnóstico.

Diferentemente da literatura mundial, houve predomínio da forma poliarticular. Ocorreu concordância do predomínio da forma poliarticular, com pesquisa também realizada na região do Nordeste brasileiro. Já quando comparado com um estudo do Sudeste, houve discordância. Isso pode refletir a influência da etnia nas formas de apresentação, ou mesmo a procura dos pacientes com a forma de pior prognóstico, a poliarticular, a um serviço dedicado ao ensino.

Relato de uveíte aguda ou crônica não foi identificado, o que pode resultar do predomínio da forma poliarticular na amostra, já que esta complicação é mais prevalente em pacientes que apresentam a forma oligoarticular.

Os questionários validados para avaliação da qualidade de vida e atividade de doença, respectivamente CHAQ e JADAS, não foram identificados em nenhum dos prontuários analisados. A ausência da utilização de tais questionários mostra que o serviço de reumatologia do HUAC ainda não aderiu a protocolos preconizados mundialmente para o seguimento de seus pacientes, como ferramenta útil para analisar a resposta terapêutica. A adesão a estas ferramentas de avaliação poderia contribuir para um melhor seguimento e tomada de decisão em relação ao tratamento destes pacientes como um grupo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEUKELMAN, T. American College of Rheumatology Recommendations for the Treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis: Initiation and Safety Monitoring of Therapeutic Agents for the Treatment of Arthritis and Systemic Features. **Arthritis Care & Research**, American College of Rheumatology, Vol. 63, nº 4, pp. 465-482, abril 2011. Disponível em:
<<http://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/2011%20ACR%20Recommendations%20for%20the%20Treatment%20of%20Juvenile%20Idiopathic%20Arthritis.pdf>>.
Acessado em: 28 fev. 2017.

CAPELA, R. C.; CORRENTE, J. E.; MAGALHAES, C. S. Comparação entre o Disease Activity Score-28 e o Juvenile Arthritis Disease Activity Score na artrite idiopática juvenil. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo , v. 55, n. 1, p. 31-36, Fev. 2015 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042015000100031&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 20 fev. 2017.

CONSOLARO, A. *et al.* *Paediatric Rheumatology International Trials Organization (PRINTO). Defining criteria for high disease activity in juvenile idiopathic arthritis based on the Juvenile Arthritis Disease Activity Score.* **Annals of the Rheumatic Diseases**, v. 73, p. 1380-1383, Jun. 2014. Disponível em:
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24347571>>. Acessado em: 15 ago. 2017.

FERRIANI, V.P.L. **Artrite Idiopática Juvenil**. Capítulo 28, 2005. Disponível em:
<http://rcm.fmrp.usp.br/graduacao/imunologia/Artrite%20Idiopatica%20Juvenil.pdf>.
Acesso em 20 fev. 2017.

HOCHBERG, M C. et al.. **Reumatologia**. 6ª ed. Rio de Janeiro: ELSEVIER BRASIL, 2016.

MACHADO, C. S. M. et al. *Paediatric Rheumatology International Trials Organization (PRINTO). The Brazilian version of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) and The Child Health Questionnaire (CHQ)*. **Clin. Exp. Rheumatol.**, v.19, n. 4, Suppl. 23, p. 25-29, 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11510326>>. Acessado em: 15 ago. 2017.

MCERLANE F. et al. *on behalf of the Childhood Arthritis Prospective Study (CAPS). Validity of a three-variable Juvenile Arthritis Disease Activity Score in children with new-onset juvenile idiopathic arthritis*. **Annals of the Rheumatic Diseases**, v.72, n.12, p.1983-1988, 2013. Disponível em: <<http://ard.bmj.com/content/72/12/1983>>. Acessado em: 15 ago. 2017

REIFF, A. A qualidade de vida infantil no panorama em mudança da reumatologia pediátrica. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre, v. 84, n. 4, p. 285-288, Agosto 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572008000400002&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 28 Fev. 2017.

SALGADO, M. Doença Reumática na Criança. **Nascer e Crescer, revista do Hospital de Crianças Maria Pia**, vol.13, nº3, p. 267-275, 2004. Disponível em: <<http://www.hmariapia.min-saude.pt/revista/vol1303/Doen%C3%A7a%20Reum%C3%A1tica%20Crian%C3%A7a.pdf>>. Acessado em: 28 fev. 2017.

SANTOS, F. P. S. T. **Caracterização dos pacientes com diagnóstico de “artrite reumatóide juvenil” do Serviço de Reumatologia do Hospital Das Clínicas da**

UFMG, com avaliação dos fatores determinantes do prognóstico. 2006. 62f. Dissertação de mestrado – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ECJS-72EP5N>>. Acessado em: 23 fev. 2017.

SINGH, G. et al. *Measurement of health status in children with juvenile rheumatoid arthritis.* **Arthritis Rheum.**, v. 37, n. 12, p. 1761-1769, 1994. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/wol1/doi/10.1002/art.1780371209>>. Acessado em: 15 ago. 2017.

STOL, M. L.; PUNARO, M. *Psoriatic juvenile idiopathic arthritis: a tale of two subgroups.* **Curr. Opin. Rheumatol.**, v.23, n.5, p. 437-443, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21709556>>. Acessado em: 15 ago. 2017.

STUDART, S. A. S. **Aspectos geoepidemiológicos na artrite idiopática juvenil em uma região equatorial.** 2014. 87f. Dissertação de mestrado – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/10608/1/2014_dis_sasstudart.pdf>. Acessado em: 10 ago. 2017.

VIOLA, S. et al. *Development and validation of a clinical index for assessment long-term damage in juvenile idiopathic arthritis.* **Arthritis Rheum.**, v. 52, n.7, p. 2092-2102, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15986372>>. Acessado em 15 ago. 2017.

WU Y., E.; BRYAN R., A.; RABINOVICH, C. E. Juvenile Idiopathic Arthritis. In: KLIEGMAN, Robert; BEHRMAN, Richard; JENSON, Hal. **Nelson textbook of Pediatrics**. 20^a ed. 2016 ELSEVIER.

YAMASHITA E. et al. Prevalência da artrite idiopática juvenil em crianças com idades entre 6 e 12 anos na cidade de Embu das Artes, SP. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, vol.53, nº.6, pp.542-545, nov./dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042013000600015&lng=pt&nrm=iso> Acessado em: 28 fev. 2017.

APÊNDICE 1 – FORMULÁRIO DA PESQUISA**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome (iniciais):

Prontuário:

Sexo:

Idade:

Naturalidade:

Procedência:

ASPECTOS CLÍNICOS

Idade no aparecimento dos primeiros sintomas:

Idade na primeira consulta no serviço de reumatologia do HUAC:

Idade ao diagnóstico inicial:

Diagnóstico inicial (data: ___/___/___):

Diagnóstico na última consulta (data: ___/___/___):

Houve mudança no diagnóstico inicial? SIM NÃO**COMORBIDADE**Apresenta relato de uveíte anterior? SIM NÃO**ATIVIDADE DE DOENÇA**O Questionário JADAS 27 foi aplicado? SIM (data: ___/___/___) NÃO

Se resposta anterior positiva, qual a pontuação?

QUALIDADE DE VIDAO questionário CHAQ foi aplicado? SIM (data: ___/___/___) NÃO

Se resposta anterior positiva, qual a pontuação?

Data da coleta: ___/___/___

Preenchido por: _____

APÊNDICE 2 - SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
HUAC – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO

Ao Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Solicito dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido referente ao projeto de pesquisa intitulado "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DA ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL ATENDIDOS NO SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO", atendidos entre 2011 e 2016, pois trata-se de pesquisa retrospectiva com uso de prontuários de pacientes e banco de dados como fontes de informação. Em muitos dos casos, há dificuldade da localização de pacientes e familiares, pois os mesmos não frequentam o hospital regularmente.

É garantido preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados, e as informações coletadas serão usadas exclusivamente para a execução do projeto em questão.

Atenciosamente.

Campina Grande, 19 / 05 / 2017

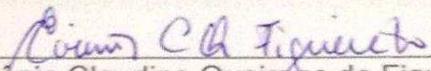
Caroline Ferreira Cavalcanti
Caroline Ferreira Cavalcanti
Pesquisadora

Débora Lira Silva da Costa
Débora Lira Silva da Costa
Pesquisadora

APÊNDICE 3 – DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA DO ORIENTADOR

Eu, Profª Evânia Claudino Queiroga de Figueiredo, professora de Reumatologia da Universidade Federal de Campina Grande, declaro que concordo com os termos do Projeto de Pesquisa intitulado: "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DA ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL ATENDIDOS NO SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO", e comprometo-me em acompanhar seu desenvolvimento no sentido de que se possam cumprir integralmente as diretrizes da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande, 19 / 05 / 2017


Profª Evânia Claudino Queiroga de Figueiredo.
R.G.: 731939 557 PB.
SIAPE nº 1031302
Orientadora

**APÊNDICE 4 – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR EM CUMPRIR A
RESOLUÇÃO 466/12 DO CNS/MS**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DA ARTRITE
IDIOPÁTICA JUVENIL ATENDIDOS NO SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO ENTRE OS ANOS DE 2011 E
2016**

Nós, Caroline Ferreira Cavalcanti e Débora Lira Silva da Costa, acadêmicas do Curso de Medicina, da Universidade Federal de Campina Grande, comprometemo-nos em cumprir integralmente as diretrizes da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estamos cientes das penalidades que poderemos sofrer caso infringirmos qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assinamos o presente compromisso.

Campina Grande, 19 / 05 / 2017

Caroline Ferreira Cavalcanti

Caroline Ferreira Cavalcanti

R.G: 3302324

CPF: 054.021.294 - 60

Orientanda

Debora Lira Silva da Costa

Débora Lira Silva da Costa

R.G: 002174076

CPF: 087737194-63

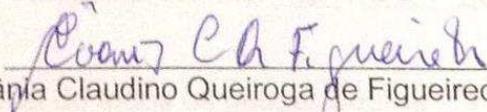
Orientanda

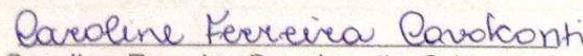
APÊNDICE 5 – TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS

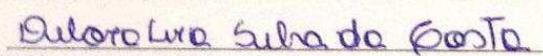
Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientandos da pesquisa intitulada “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DA ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL ATENDIDOS NO SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO” assumimos o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a publicação, com os devidos créditos aos autores.

Campina Grande, 19 de maio de 2017.


Profª Evânia Claudino Queiroga de Figueiredo - Orientadora


Caroline Ferreira Cavalcanti - Orientando


Débora Lira Silva da Costa - Orientando

APÊNDICE

6

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE PRONTUÁRIOS

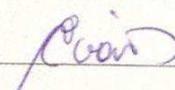
Título do projeto:	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DA ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL ATENDIDOS NO SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
Orientadora responsável:	Profª Evânia Claudino Queiroga de Figueiredo
Nome dos pesquisadores participantes:	Caroline Ferreira Cavalcanti Débora Lira Silva da Costa
Banco de dados do:	Hospital Universitário Alcides Carneiro

As pesquisadoras do projeto acima identificadas assumem o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

De modo que, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande, 19 / 05 / 2017

Assinar o nome legível de todos os pesquisadores	Assinatura
Evânia Claudino Queiroga de Figueiredo	
Caroline Ferreira Cavalcanti	Caroline Cavalcanti
Débora Lira Silva da Costa	Débora Lira Silva da Costa

ANEXO 7 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DA ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL, ATENDIDOS NO SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO

Pesquisador: EVÂNIA CLAUDINO QUEIROGA DE FIGUEIREDO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69397217.7.0000.5182

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.163.758

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos - os pesquisadores referem que os riscos serão mínimos por não propor realização de intervenção ou modificação intencional em variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos inclusos no estudo.

Benefícios: os pesquisadores referem como benefícios a possibilidade de que os estudos possam ser utilizados para o diagnóstico precoce com redução da morbidade e complicações durante o tratamento das crianças e adolescentes tratadas no Hospital Universitário Alcides Carneiro.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante para a sociedade que trará benefícios aos pacientes, ao serviço e a

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.183.758

atendidos no período entre 2011 e 2016. Para coleta de dados será utilizado formulário de pesquisa que contemple as informações necessárias para os objetivos da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Determinar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes com artrite idiopática juvenil atendidos no serviço de reumatologia do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) no período de 2011 a 2016.

Objetivos específicos:

- Analisar de acordo com a classificação da artrite idiopática juvenil os subtipos diagnosticados no serviço de reumatologia do Hospital Universitário Alcides Carneiro entre 2011 e 2016.
- Identificar as comorbidades presentes nos pacientes com artrite idiopática juvenil atendidos no serviço de reumatologia do Hospital Universitário Alcides Carneiro entre 2011 e 2016.
- Descrever a prevalência da artrite idiopática juvenil por variáveis biológicas no serviço de reumatologia do Hospital Universitário Alcides Carneiro entre 2011 e 2016.
- Identificar a atividade de doença na última consulta realizada por meio da pontuação do paciente no JADAS (Juvenile Arthritis Disease Activity Score).
- Analisar as variáveis biológicas: sexo, etnia, procedência.
- Determinar a média do intervalo de tempo entre o início dos sintomas da artrite idiopática juvenil e o diagnóstico da doença no serviço de reumatologia do HUAC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos - os pesquisadores referem que os riscos serão mínimos por não propor realização de intervenção ou modificação intencional em variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos inclusos no estudo.

Benefícios: os pesquisadores referem como benefícios a possibilidade de que os estudos possam ser utilizados para o diagnóstico precoce com redução da morbidade e complicações durante o tratamento das crianças e adolescentes tratadas no Hospital Universitário Alcides Carneiro.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante para a sociedade que trará benefícios aos pacientes, ao serviço e a

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

**UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 2.183.758

comunidade científica a qual os resultados serão apresentados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores apresentaram a seguinte documentação:

- 1-Projeto de Pesquisa;
- 2- Folha de rosto
- 3- Informações Básicas do Projeto de Pesquisa;
- 4-Declaração de compromisso dos pesquisadores;
- 5- Declaração de Divulgação dos Resultados;
- 6- Termo de anuência Institucional;
- 7- Termo de anuência Setorial;
- 8- Termo de compromisso para utilização de dados de prontuários;
- 9- Solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE;
- 10- Instrumento a ser utilizado para coletar as informações.
- 11- Cronograma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do que foi exposto pelo pesquisador ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do HUAC/ UFCG, o projeto encontra-se de acordo com as atribuições definidas na Resolução Nº 466, de 12 Dezembro de 2012, bem como embasado na carta circular número 122/2012 CONEP/CNS/MS, portanto não apresenta pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_924083.pdf	07/06/2017 13:49:38		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	tcccomite.docx	23/05/2017 14:44:01	DEBORA LIRA SILVA DA COSTA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	23/05/2017 14:42:44	DEBORA LIRA SILVA DA COSTA	Aceito
Outros	formulariodapesquisa.docx	23/05/2017 14:37:05	DEBORA LIRA SILVA DA COSTA	Aceito
Outros	termoutilizarprontuarios.pdf	23/05/2017	DEBORA LIRA	Aceito

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

**UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 2.183.758

Outros	termoutilizarprontuarios.pdf	14:33:12	DA COSTA	Aceito
Outros	divulgacaoderesultados.pdf	23/05/2017 14:27:27	DEBORA LIRA SILVA DA COSTA	Aceito
Outros	concordanciaorientador.pdf	23/05/2017 14:22:29	DEBORA LIRA SILVA DA COSTA	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	23/05/2017 14:13:54	DEBORA LIRA SILVA DA COSTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenciasetorial.jpg	23/05/2017 00:33:04	EVÂNIA CLAUDINO QUEIROGA DE FIGUEIREDO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenciainstitucional.jpg	23/05/2017 00:32:38	EVÂNIA CLAUDINO QUEIROGA DE FIGUEIREDO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensatcle.pdf	23/05/2017 00:06:30	EVÂNIA CLAUDINO QUEIROGA DE FIGUEIREDO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termodecompromissodopesquisador.jpg	22/05/2017 23:56:56	EVÂNIA CLAUDINO QUEIROGA DE FIGUEIREDO	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	19/05/2017 16:53:23	EVÂNIA CLAUDINO QUEIROGA DE FIGUEIREDO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 08 de Julho de 2017

Assinado por:
Januse Nogueira de Carvalho
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

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

ANEXO 8 – QUESTIONÁRIO JADAS 27**Anexo D. Avaliação atividade da doença (JADAS)****JADAS 27 (Juvenile Arthritis Disease Activity Score)**

1. Articulações ativas: _____

2. VAS médico: avaliação da saúde global do paciente
(0-10) _____

3. VAS parentes: avaliação da saúde global do paciente
(0-10) _____

4. VHS: valor (mm/h)-20 = _____

10

Valor do JADAS (somatório dos quatro itens): _____

ANEXO 9 – QUESTIONÁRIO CHAQ

Nome: _____ Pront.: _____

Neste questionário, nós queremos saber como a doença de seu filho (a) afeta a vida dele (a). Por favor, sinta-se livre para fazer qualquer comentário. Nas perguntas abaixo, por favor, marque com um "X" a melhor resposta que descreve as atividades de seu filho (a) ATÉ SEMANA PASSADA. SOMENTE MARQUE AQUELAS DIFICULDADES OU LIMITAÇÕES QUE SÃO DEVIDO A DOENÇA DELE (A). Se você acha que a atividade não pode ser feita por uma criança da idade do seu filho (a), por favor, marque como "NÃO SE APLICA". Por exemplo, se seu filho (a) tem dificuldade em fazer certa atividade ou é incapaz de fazê-la porque ele ou ela é muito jovem, mas NÃO por causa da doença, por favor, marque como "NÃO SE APLICA".

DEVIDO SOMENTE À ARTRITE REUMATÓIDE JUVENIL

	Sem qualquer dificuldade	Com alguma dificuldade	Com muita dificuldade	Incapaz de fazer	Não se aplica
--	-----------------------------	---------------------------	--------------------------	---------------------	---------------

Modo de se vestir

e de se cuidar

Sua criança é capaz de:

1- Vestir-se incluindo

amarrar cadarços e

abotoar botões? () () () () ()

2- Lavar os cabelos? () () () () ()

3- Retirar as meias? () () () () ()

4- Cortar as unhas? () () () () ()

Levantar-se

Sua criança é capaz de:

5- Levantar-se de

uma cadeira baixa

ou do chão? () () () () ()

6- Subir ou descer

da cama ou se

levantar do berço? () () () () ()

Alimentação

Sua criança é capaz de:

7- Cortar a carne

no prato? () () () () ()

8- Levar o copo

à boca? () () () () ()

9- Abrir um pacote

de biscoito? () () () () ()

Andar

Sua criança é capaz de:

10- Engatinhar? () () () () ()

11- Subir 5 degraus? () () () () ()

Por favor, marque qualquer dos dispositivos normalmente utilizados pelo seu filho (a) para realizar as atividades acima:

() Bengala () Muleta () Outros _____

Por favor, marque qualquer (s) dos tópicos acima descritos em que seu filho (a) necessita de ajuda por causa da doença:

() Modo de se vestir ou de se cuidar () Alimentação

() Levantar-se () Andar

DEVIDO SOMENTE À ARTRITE REUMATÓIDE JUVENIL

Sem qualquer dificuldade	Com alguma dificuldade	Com muita dificuldade	Incapaz de fazer	Não se aplica
--------------------------	------------------------	-----------------------	------------------	---------------

Higiene

Sua criança é capaz de:

12- Lavar e enxugar

o corpo inteiro? () () () () ()

13- Tomar banho em

banheira (entrar e sair

da banheira)? () () () () ()

- 14- Entrar e sair do banheiro? () () () () ()
- 15- Escovar os dentes? () () () () ()
- 16- Pentear os cabelos? () () () () ()

Alcançar

Sua criança é capaz de:

- 17- Alcançar e retirar um objeto pesado (como um livro) de cima da cabeça dela? () () () () ()
- 18- Abaixar-se para pegar um pedaço de papel ou roupa do chão? () () () () ()
- 19- Retirar a camisa vestida? () () () () ()
- 20- Virar o pescoço para olhar sobre o ombro? () () () () ()

Sem qualquer dificuldade Com alguma dificuldade Com muita dificuldade Incapaz de fazer Não se aplica

Agarrar

Sua criança é capaz de:

- 21- Escrever ou rabiscar com um lápis ou caneta? () () () () ()
- 22- Abrir porta de carro? () () () () ()
- 23- Abrir frasco que tenha sido previamente aberto? () () () () ()

24- Abrir e fechar
torneiras? () () () () ()

25- Empurrar uma
porta previamente
fechada? () () () () ()

Tarefas e brincadeiras

Sua criança é capaz de:

26- Fazer compras? () () () () ()

27- Entrar ou sair
do carro, ônibus ou
carro de brinquedo? () () () () ()

28- Andar de bicicleta
ou triciclo? () () () () ()

29- Fazer tarefas
domésticas (lavar a
louça, limpar a casa,
arrumar a cama)? () () () () ()

30- Correr e brincar? () () () () ()

Por favor, marque qualquer dos dispositivos normalmente utilizados pelo seu filho (a) para realizar as atividades acima:

() Assento do vaso sanitário () Abridor de latas
() Banheira () Outros: _____

Por favor, marque qualquer (s) dos tópicos acima descritos em que seu filho (a) necessita de ajuda por causa da doença:

() Higiene () Agarrar e abrir coisas
() Alcançar () Tarefas e brincadeiras

Nós também estamos interessados em se seu filho (a) tem sido afetado pela dor devido à doença.

Quanto de dor você acha que seu filho (a) teve devido à doença NA SEMANA PASSADA?

Por favor, marque na linha abaixo para indicar a severidade da dor.

0 100
Nenhuma dor Muita dor