

**5º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Fabiana Isabel Moreira de Sousa

**Eficácia da Consulta de Follow-up realizada por  
Enfermeiros, em Doentes com Artrite Reumatoide:  
Revisão Sistemática da Literatura.**



Fevereiro de 2017



Fabiana Isabel Moreira de Sousa

**Eficácia da Consulta de Follow-up realizada por  
Enfermeiros, em doentes com Artrite Reumatoide:  
Revisão Sistemática da Literatura.**

**Tese de Mestrado**

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação de  
Professora Doutora Madalena Cunha

E co-orientação do Mestre Eduardo Santos



Fevereiro de 2017



Dedico este trabalho ao  
Elton, homem da minha vida,  
à minha Mãe,  
ao meu Pai, presença contínua.



## **Agradecimentos**

A todos os que estiveram ao meu lado ao longo desta jornada;

À Professora Madalena Cunha e ao Mestre Eduardo Santos pela orientação prestada no decurso deste trabalho;

À Colega e Amiga Andréa Marques, pela sua paciência, apoio e reconhecimento;

À minha Mãe, que com esforço e dedicação, travou lutas diárias e proporcionou-nos tudo o que somos hoje;

À minha Mana, por me inculcar desde cedo o espírito de sacrifício em busca de um futuro melhor;

Às minhas sobrinhas Carlota e Leonor, que, com os seus sorrisos, me fazem esquecer os problemas do dia-a-dia;

A ti, Pai, por olhares por nós, aí do alto, e por ter a tua mão sempre presente no meu ombro nos momentos cruciais da minha vida;

Ao Elton, por acreditar em mim, por me fazer acreditar, por me substituir nas minhas ausências, pelo tempo que não teve comigo, por ser quem é;

O meu profundo agradecimento.



## Resumo

*Enquadramento:* A Artrite Reumatoide (AR) é uma doença autoimune, crónica e progressiva, que origina incapacidade grave e morte prematura, e exige um acompanhamento ao longo da vida. A prevalência em Portugal é de 0.7%. Tradicionalmente, os utentes com AR são monitorizados em consultas médicas a cada 3-12 meses; no entanto, vários estudos recentes têm demonstrado que este trabalho pode efetivamente ser realizado por enfermeiros.

*Objetivo:* Determinar a eficácia da consulta de Enfermagem no controlo da atividade da doença, capacidade funcional, fadiga, qualidade de vida, dor, auto-eficácia e satisfação dos doentes com AR, em conjugação ou comparação com as consultas realizadas pelo reumatologista.

*Metodologia:* Realizada uma revisão sistemática da literatura, seguindo os princípios propostos pelo *Cochrane Handbook*. Realizada pesquisa em Inglês na Pubmed, EBSCO e Embase, de estudos publicados entre janeiro de 2005 e dezembro de 2015, com *updates* mensais até 31 de agosto de 2016. Incluíram-se estudos experimentais, que comparassem a eficácia da realização da consulta de *follow-up* realizada por enfermeiros com a que é realizada pelos reumatologistas, em adultos portadores de AR com baixa atividade da doença ou em remissão. Dois investigadores isoladamente realizaram a análise crítica, extração e síntese de dados.

*Resultados:* Seis *randomized controlled trials* e um estudo de coorte foram incluídos no *corpus* do estudo. A análise dos estudos revela que existem diferenças significativas, revelando benefícios numa monitorização realizada por enfermeiros, a doentes com AR com doença estabilizada, na atividade da doença, capacidade funcional, qualidade de vida, dor, auto-eficácia e na satisfação global com os cuidados.

*Conclusão:* Os cuidados realizados pelos enfermeiros são efetuados com segurança e eficácia comparativamente ao previsto pelos reumatologistas, mostrando ainda benefícios clínicos no que respeita à atividade da doença, capacidade funcional, qualidade de vida, dor, auto-eficácia e satisfação global com os cuidados. Recomenda-se a implementação de consultas de Enfermagem como parte dos cuidados de acompanhamento ao doente com AR estabilizada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Artrite Reumatoide, Cuidados de Enfermagem; Eficácia.



## **Abstract**

*Background:* Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic, progressive, autoimmune disease that causes severe disability and premature death, and requires lifelong follow-up. In Portugal the prevalence is 0.7%. Traditionally RA patients are managed by planned medical consultations every 3–12 months; however several recent studies have been demonstrated that this work can be effectively performed by trained nurses.

*Objective:* To determine the effectiveness of nurse led appointments in disease activity, physical function, fatigue, quality of life, pain, self-efficacy and satisfaction of patients with RA, in conjunction or comparison with rheumatologist appointments.

*Methods:* A systematic review of literature was performed, following the principles proposed by the Cochrane Handbook. A research was conducted in English on PubMed, Embase and EBSCO from January 2005 to 30 December 2015, with monthly updated until 31 August 2016. It was included experimental studies comparing the effectiveness of the follow-up consultations performed by nurses with that performed by rheumatologists in adults with RA with low disease activity or in remission. Two reviewers independently performed a critical analysis, extraction and data synthesis.

*Results:* Six randomized controlled trials and one cohort study met the inclusion criteria and were included in study corpus. Analysis of the studies show that there are significant differences, revealing benefits in a nurse-led care, in RA outpatients with low disease activity, in disease activity, physical function, quality of life, pain, self-efficacy and global satisfaction with care.

*Conclusion:* Nurses' care is performed with the same safety and efficacy when compared to predicted by rheumatologists, showing clinical benefits in terms of disease activity, physical function, quality of life, pain, self-efficacy and satisfaction with care. The implementation of nursing consultations is recommended as part of the follow-up care to the patient with low stabilized RA.

Recomenda-se a implementação de consultas de Enfermagem como parte dos cuidados de acompanhamento ao doente com AR estabilizada.

**KEY WORDS:** Rheumatoid Arthritis, Nurse led-care; Effectiveness.



## Sumário

	Pág.
Lista de Abreviatura, Siglas e Símbolos	I
Lista de Quadros	II
Lista de Figuras	III
Introdução .....	21
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	23
1. Doenças Reumáticas .....	23
2. Artrite Reumatoide .....	27
3. <i>Follow-up</i> dos doentes com Artrite Reumatoide.....	31
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO .....	37
4. Metodologia .....	37
5. Resultados .....	51
6. Discussão.....	63
6.1. Discussão metodológica .....	63
6.2. Discussão dos resultados .....	65
7. Conclusão.....	73
Referências Bibliográficas.....	75
ANEXOS .....	85
Anexo I – Parecer da Comissão de Ética da ESSV .....	87
Anexo II – Estratégia de Pesquisa .....	91
Anexo III - JBI data extraction form for systematic review of experimental/ observational studies .....	97
APÊNDICES .....	101
Apêndice I – Características dos estudos incluídos.....	103
Apêndice II - Estudos excluídos e motivo.....	119
Apêndice III – Avaliação crítica da qualidade dos estudos incluídos .....	123
Apêndice IV – Certificado da Apresentação Oral no 3º Word Congresso of Health Research na ESSV .....	133



## Lista de Abreviatura, Siglas e Símbolos

%	Percentagem
$\rho$	Significância
€	Euros
<	Menor
=	Igual
>	Maior
$\pm$	Mais ou menos
$\leq$	Inferior ou igual
$\geq$	Superior ou igual
APA	American Psychological Association
AR	Artrite Reumatoide
ASES	Arthritis Self-Efficacy Scale
CORS	Coping with Rheumatic Stressors Questionnaire
DAS	Disease Activity Score
DGS	Direção Geral de Saúde
DMARD	Disease-modifying antirheumatic drug
EQ-5D	Health Economic Questionnaire
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
EULAR	European League Against Rheumatism
HADS	Hospital Anxiety and Depression
HAQ	Health Assessment Questionnaire
HRQOL	Health-Related Quality of Life
ITT	Intention to Treat
JBI	Joanna Briggs Institute
LSQ	Leeds Satisfaction Questionnaire
NRS	Numerical Rating Scale
Pag.	Página
PCR	Proteína C Reativa
PGA	Patient's Global Assessment

PI[C]OD	Participantes, Intervenção, Comparações, <i>Outcomes</i> e Desenho
PP	Per Protocol
QALY	Quality-adjusted life-year
RAQoL	Rheumatoid Arthritis Quality of Life
RASE	Rheumatoid Arthritis Self-Efficacy
RCT	Randomized Controlled Trial
RevMan	<i>Review Manager</i>
RSL	Revisão Sistemática da Literatura
RS	Revisão Sistemática
SF	Short Form
VAS	Visual Analogue Scales
VS	Velocidade de Sedimentação

## Lista de Quadros

	Pág.
Quadro 1: Critérios de Inclusão para o <i>Corpus</i> do Estudo estabelecidos segundo a metodologia PI[C]OD .....	39
Quadro 2: Estratégia de Pesquisa .....	42
Quadro 3: Grelha para a avaliação crítica de um artigo descrevendo um ensaio clínico prospectivo, aleatorizado e controlado .....	45
Quadro 4: JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort and Case-control studies.....	46
Quadro 5: Níveis de evidência e graus de recomendação .....	47
Quadro 6: Graus e Recomendação .....	48
Quadro 7: Principais resultados dos estudos incluídos no corpus desta revisão sistemática ...	59



## **Lista de Figuras**

	Pág.
Figura 1: Fluxograma representativo das etapas de seleção do corpus do estudo.....	49
Figura 2: Resumo do risco de viés de acordo com a avaliação crítica dos revisores .....	61
Figura 3: Risco de viés de acordo com a avaliação crítica dos revisores, em percentagem.....	62



## Introdução

A prevalência de doenças reumáticas aumenta com a idade, e com o aumento da longevidade o problema é maior. O impacto das doenças reumáticas é multidimensional: físico, psicológico e social, quer no doente, quer nos seus familiares (Hill, Lewis & Bird, 2009, p. 658).

A Artrite Reumatoide (AR) é uma doença autoimune, crónica e progressiva, caracterizada por edema articular, dor e destruição das articulações sinoviais, conduzindo a incapacidade grave e morte prematura, e exige um acompanhamento ao longo da vida e ajustes farmacológicos contínuos (Ndosi et al., 2014, p. 1975; Primdahl, Sorensen, Horn, Petersen & Horslev-Petersen, 2014, p. 357). Aproximadamente 2 milhões de pessoas vivem com AR só na Europa, onde a prevalência média é de 0.49% (Ndosi et al., 2014, p. 1975). Em Portugal, a prevalência é de 0.7% (EpiReumaPt, 2015, p. 7).

Tradicionalmente, os utentes com AR são monitorizados em consultas médicas a cada 3-12 meses (Primdahl, Wagner, Holst & Horslev-Petersen, 2012, p. 121; Primdahl et al., 2014, p. 357; Sorensen, Primdahl, Horn & Hørslev-Petersen, 2015, p. 13). Com a previsão de uma futura escassez de reumatologistas, é relevante considerar estratégias alternativas para o acompanhamento de rotina dos doentes com AR (Sorensen et al., 2015, p. 13). Vários estudos recentes têm demonstrado que este trabalho pode efetivamente ser realizado por enfermeiros (Primdahl et al., 2014, p. 357-364; Sorensen et al., 2015, p. 13-21) e indicam que os cuidados aos doentes com AR monitorizados em consultas de Enfermagem ou em versões diferentes de cuidados partilhados entre enfermeiros e reumatologistas, são equivalentes aos cuidados conduzidos pelos reumatologistas, em relação ao controlo da doença e preservação da função física (Primdahl et al., 2012, p.121).

As recomendações da Liga Europeia Contra o Reumatismo (EULAR) sobre o papel do enfermeiro na gestão da AR, enfatizam que as suas competências e habilidades devem ser otimizadas como parte de uma gestão global da doença, e destacam o seu contributo na redução de custos dos cuidados reumatológicos (Koksvik et al., 2013, p. 836; Larsson et al., 2015, p. 2).

Isto representa um desafio para o sistema de saúde, a fim de organizar a monitorização de doenças crónicas de forma mais eficiente e económica, mantendo a perspetiva do doente como prioritária (Primdahl et al., 2012).

Neste âmbito e face ao interesse despertado pela temática abordada, emergiu a seguinte questão de investigação:

*“Qual a eficácia da consulta de follow-up realizada por enfermeiros, em conjugação ou comparação com a consulta realizada pelo reumatologista, no controlo da atividade da doença, na capacidade funcional, fadiga, qualidade de vida, dor, auto-eficácia e satisfação dos utentes com artrite reumatoide?”*

Definiu-se também o seguinte objetivo:

- Determinar a eficácia da consulta de Enfermagem no controlo da atividade da doença, na capacidade funcional, fadiga, qualidade de vida, dor, auto-eficácia e satisfação dos doentes com AR, em conjugação ou comparação com as consultas realizadas pelo reumatologista.

Consequentemente, realizou-se uma revisão sistemática da literatura sobre a temática com base nas orientações do Cochrane Handbook (Higgins & Green, 2011). Para identificação dos estudos relevantes, foram realizadas pesquisas que incluíssem estudos que datam de 1 janeiro 2005 a 30 dezembro 2015, com *updates* mensais até 31 de agosto de 2016, em inglês, recorrendo aos motores de pesquisa científica: Pubmed, EBSCO e EMBASE. Os estudos selecionados foram avaliados considerando os critérios de inclusão previamente estabelecidos e sujeitos a avaliação de qualidade por dois investigadores.

Este Relatório Final de mestrado está estruturado em duas partes distintas: a primeira parte comporta o enquadramento teórico sobre o tema, dividida em três capítulos: as doenças reumáticas; a artrite reumatoide; e o *follow-up* nos doentes com artrite reumatoide. A segunda parte integra o estudo empírico, sendo constituído pelos seguintes capítulos: metodologia; resultados; discussão; e por último a conclusão. De forma a facilitar a compreensão do estudo e dar a conhecer o percurso realizado até à conclusão do mesmo, são ainda descritas as referências bibliográficas e expostos os anexos e apêndices que serviram de base a este estudo.

## PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1. Doenças Reumáticas

As doenças que afetam o sistema músculo-esquelético são a principal causa de morbidade em todo o mundo, com uma substancial influência na saúde e qualidade de vida. (The Bone and Joint Decade, 2005, p. 1).

A prevalência de doenças reumáticas aumenta com a idade; com o aumento da longevidade o problema é maior. O seu impacto é multidimensional: físico, psicológico e social no doente e seus familiares. Estas patologias têm ainda um encargo financeiro significativo (custos diretos e indiretos) (Hill et al., 2009, p. 658).

Segundo a Direção Geral de Saúde de Portugal (DGS) (2004, p. 4) as doenças reumáticas podem definir-se como “doenças e alterações do sistema músculo-esquelético de causa não traumática”, constituindo, na sua globalidade, um grupo, “onde se incluem as doenças inflamatórias do sistema músculo-esquelético, do ‘tecido conjuntivo’ e dos vasos, as doenças degenerativas das articulações periféricas e da coluna vertebral, as doenças metabólicas ósseas e articulares, as alterações dos tecidos moles periarticulares e as doenças de outros órgãos e/ou sistemas relacionadas com as anteriores”. Estas doenças podem ser agudas, recorrentes ou crónicas, e afetam pessoas de todas as idades, de ambos os sexos (DGS, 2004, p. 4).

As manifestações clínicas destas doenças são frequentes na população em geral (dor, tumefação e limitação da mobilidade). A prevalência é maior no sexo feminino e pessoas mais idosas, bem como nas que têm menor escolaridade e menores rendimentos (DGS, 2004, p. 4). Na maioria dos casos, “têm em comum a associação com a dor e a incapacidade funcional, com consequentes disfunções orgânicas, limitações na atividade e restrições na participação social” (Lucas & Monjardino, 2010, p. 7).

As doenças reumáticas acarretam, assim, um elevado impacto, a nível físico, psicológico e social, sendo pertinente uma avaliação multidimensional no que diz respeito à qualidade de vida destes doentes (Monjardino, Lucas, & Barros, 2013, p. 18). “Para além de

serem, nos países desenvolvidos, o grupo de doenças mais frequentes da raça humana, devem ser assumidas como um importante problema social e económico, cujo impacto negativo, em termos de saúde pública, tem tendência crescente, tendo em conta os atuais estilos de vida e o aumento da longevidade da população” (DGS, 2004, p. 3).

Em Portugal, a Direção Geral de Saúde estimava em 2003 constituírem a principal causa de invalidez, o primeiro motivo de absentismo ao trabalho de reforma antecipada por doença. No Plano Nacional das Doenças Reumáticas elaborado em 2004, o governo português salientava não se poder ignorar que as doenças reumáticas constituem um variado grupo patológico que, no seu conjunto, “causa grande morbilidade, incapacidade temporária importante, absentismo laboral frequente, incapacidade definitiva precoce de que resulta grande número de reformas antecipadas por invalidez, redução da esperança de vida e impacto económico e social negativos” (DGS, 2004, p. 6-7).

Os doentes reumáticos têm na nossa população piores indicadores de qualidade de vida, quando comparados com a população em geral, relacionada com a saúde e bem-estar psicossocial (Monjardino et al., 2013, p. 18).

As doenças reumáticas são, assim, no seu conjunto, das principais responsáveis pelos custos com a saúde, quer diretos, como consultas, medicamentos ou cuidados de reabilitação, quer indiretos. A verdadeira dimensão do problema causado pelas doenças reumáticas não é conhecida com rigor em Portugal, mas sabe-se que, embora a mortalidade causada por estas doenças seja reduzida, pelo menos 30% da população refere sintomas músculo-esqueléticos, sendo que: 20% possui um problema significativo (encontra-se em situação de doença), 7% tem de restringir alguma atividade da vida diária (apresenta incapacidade), e 0,5% está dependente de terceiros (invalidez) (DGS, 2004, p. 5).

Concluiu-se em 2014 o maior estudo epidemiológico de doenças reumáticas (EpiReumaPt) realizado em Portugal, que incidiu na caracterização das doenças reumáticas na população portuguesa, permitindo determinar a frequência destas doenças crónicas no território nacional, verificar a sua distribuição pelo país e identificar o seu peso socioeconómico e impacto na qualidade de vida dos portugueses. Nesse estudo, apurou-se uma prevalência das doenças reumáticas de 56%; demonstrou-se ainda que cerca de metade da população portuguesa sofre de, pelo menos, uma doença reumática, sendo as mulheres mais afetadas do que os homens, e que as doenças reumáticas são as doenças crónicas que mais limitam o estado de saúde dos portugueses. (EpiReumaPt, 2015, p. 6-11). Estima-se

ainda que os custos com as perdas de produtividade por faltas ao trabalho em doentes reumáticos rondem os 204 milhões de euros (EpiReumaPt, 2015, p. 37).



## 2. Artrite Reumatoide

A artrite reumatoide é o paradigma das doenças auto-imunes (Reis, 2009). Com uma etiologia desconhecida, é caracterizada por poliartrite periférica, simétrica, que leva à deformidade e à destruição das articulações por erosão do osso e cartilagem. (Laurindo et al., 2004, p. 435). Pode ocorrer envolvimento de múltiplos órgãos e sistemas extra articulares, mas, em regra, as manifestações articulares dominam a apresentação clínica (Silva, 2005, p. 19.4).

A etiologia desta doença permanece desconhecida, contudo, há cada vez maior evidência de que a doença se desenvolve em 3 fases: um período assintomático de risco genético, uma fase pré-clínica em que os anticorpos associados à AR podem ser detetados, e uma fase clínica de sinais e sintomas de artrite inflamatória (Karlson et al., 2009, p. 641)

A AR é uma doença global, com uma prevalência de 0,5 a 1% da população adulta, e com algumas diferenças em certos grupos da população, (Silva, 2005, p. 19.5), sendo o sexo feminino mais frequentemente afetado, numa proporção que, em Portugal, é de 4:1 (DGS, 2004, p. 41).

Aproximadamente dois milhões de pessoas vivem com AR só na Europa, onde a prevalência é de 0.49% (Ndosi et al., 2014, p. 1975). Embora possa surgir em qualquer idade, “o seu início dá-se mais frequentemente entre os 35 e os 50 anos” (Silva, 2005, p. 19.5) sendo sobretudo uma doença dos adultos jovens e das mulheres pós-menopausadas (DGS, 2004, p.41), e a incidência aumenta com a idade (Laurindo et al., 2004, p. 435).

Pela sua prevalência e pelos importantes problemas pessoais, sociais e económicos que suscita a Artrite Reumatoide é, indubitavelmente, a principal doença reumática sistémica (DGS, 2004, p. 41). “Quando não tratada precoce e corretamente, a AR acarreta graves consequências para os doentes, traduzidas em incapacidades funcional e para o trabalho, elevada co -morbilidade e mortalidade acrescida em relação à população em geral” (DGS, 2004, p. 41).

Os resultados obtidos no recente estudo da EpiReumaPt (2015, p. 38), mostram que a prevalência da AR na população portuguesa, neste momento, é de 0.7%, afetando mais a população feminina do que a masculina (1.1% prevalência nas mulheres e 0.3% nos homens),

ênfatizando ainda que os doentes com AR têm maior incapacidade funcional (avaliada pela escala HAQ) e referem pior qualidade de vida (avaliada pela escala EQ-5D).

O diagnóstico precoce da Artrite Reumatoide é fundamental, pois quando é diagnosticada nos primeiros três a seis meses do seu curso clínico e convenientemente tratada, há grandes probabilidades de se impedir as incapacidades funcional e para o trabalho, de se diminuir a co-morbilidade, e não reduzir a esperança média de vida (DGS, 2004, p. 42).

Esta doença reumática inflamatória crónica atinge inicialmente os punhos, as articulações metacarpofalângicas e interfalângicas proximais das mãos e metatarsfalângicas e interfalângicas proximais dos pés, e posteriormente os joelhos, cotovelos, ombros, articulações tibiotársicas, articulações temporomandibulares, coxofemorais e coluna cervical, com rigidez matinal prolongada (mais de 30 minutos) (Cardoso, Branco, Silva, Cruz, & Costa, 2005, p. 104). Frequentemente “associam-se febre, astenia, anorexia e emagrecimento, e a dificuldade em realizar as atividades de vida diária – higiene pessoal, alimentação, atividades laboral e de lazer – pode ser extrema, levando muitas vezes à dependência de terceiros para a sua execução” (Cardoso et al., 2005, p. 104). Outras manifestações associadas podem vir a surgir, como compressão nervosa periférica (a mais frequente é a síndrome do canal cárpico), tenossinovite, nódulos subcutâneos, xeroftalmia, xerostomia, fenómeno de Raynaud, fibrose pulmonar, vasculite, serosite, síndrome de Felty e amiloidose (Cardoso et al., 2005, p. 104).

Doentes com “poliartrite ou suspeitos de poderem ter Artrite Reumatoide devem ser idealmente observados pelo reumatologista nas primeiras dez semanas após o início dos sintomas, independentemente de terem ou não critérios para o diagnóstico da doença” (DGS, 2004, p. 42).

O Plano Nacional Contra as Doenças Remáticas (DGS, 2004, p. 42) afirma que o diagnóstico precoce da Artrite Reumatoide se estabelece ao existir: “a) tumefação de três ou mais articulações; b) envolvimento das articulações metacarpo-falângicas e/ou metatarso-falângicas; c) rigidez matinal superior a trinta minutos; d) simetria do envolvimento articular”. Contudo, não deve ser estabelecido o diagnóstico precoce sem que tenham passado 12 semanas após o início dos sintomas (DGS, 2004, p. 42).

Em termos do prognóstico da doença, as recomendações da EULAR para a abordagem da artrite precoce, referem alguns fatores que se associam a uma pior evolução, tais como: número de articulações dolorosas e tumefactas, valor da VS e PCR, título do Fator

Reumatoide e do Anticorpo Anti-péptido Citrulinado Cíclico e evidência radiográfica de erosões (Combe et al., 2007, p.34). Outros fatores preditores de mau prognóstico incluem o baixo nível socioeconómico e o tabagismo (Symmons, 2003, p. 717).

O tratamento da AR objetiva limitar os sintomas, reduzir a inflamação e a incapacidade, e melhorar a qualidade de vida, e assim, reduzir o impacto da doença; para tal, o principal objetivo da administração da terapêutica farmacológica é a redução da tumefação e a remissão da doença (Cunha, Ribeiro & André, 2016, p. 338).

Pelo fato da Artrite Reumatoide ser uma doença complexa, o tratamento não deve ser apenas medicamentoso, mas deve considerar-se um esquema envolvendo fisioterapia, apoio psicológico, terapia ocupacional e cirurgias, nos casos recomendados (Morreto & Piloto, 2014, p. 47).

O tratamento da Artrite Reumatoide, nos últimos 15 anos, sofreu “profundas modificações em consequência da avaliação da atividade inflamatória e do conhecimento dos fatores de pior prognóstico, do uso precoce dos fármacos anti-reumáticos de ação lenta, do aparecimento da terapêutica combinada e nos últimos anos da introdução da terapêutica biológica” (DGS, 2004, p. 43).

O tratamento visa hoje diminuir o impacto da doença limitando os sintomas, reduzir a incapacidade e a inflamação, e melhorar a qualidade de vida (DGS, 2011, p. 7; Mcbain, Shipley, & Newman, 2013, p. 19), pois a persistência da inflamação articular é causadora de dano estrutural, impotência funcional, incapacidade e de redução da esperança de vida (DGS, 2011, p. 7). Este tratamento é multidisciplinar e envolve medicação, follow-up regular, reabilitação, proteção articular, auto-gestão e apoio psicossocial (Ndosi, Vinall, Hale, Bird, & Hill, 2011, p. 643).

Antes de 1995, a atividade da doença era avaliada pela viscosidade do plasma, que media a viscosidade do sangue, sendo esta afetada pelas proteínas da fase aguda, e o score articular de Ritchie. No entanto, este foi substituído pelo score da atividade da doença (DAS28). (Prevo et al., 1995, p. 44). Este índice composto combina medidas simples numa avaliação global da atividade da doença. O DAS 28 inclui uma contagem de 28 articulações dolorosas e tumefatas, taxa de sedimentação eritrocitária ou da proteína C reativa (VS ou PCR), e uma avaliação geral de saúde baseada numa escala visual analógica, tornando-a na medida de avaliação mais válida para a atividade da doença, quando comparada com medidas de avaliação individuais (Prevo et al., 1995, p. 44; Frasen, Creemers, & Van Riel, 2004, p.

1252). As pontuações do DAS 28 podem variar de 0 a 9.4, em que as pontuações mais elevadas correspondem a uma elevada atividade da doença (Ndosi et al., 2011, p. 648; Larsson, Fridlund, Arvidsson, Teleman, & Bergman. 2014, p. 167).

Para se considerar que foi atingida a remissão, o valor deste índice deve ser  $<2,6$ . Quando este é  $<3,2$  e  $>2,6$  estamos perante um índice de atividade de doença baixo (Fechtenbaum, Nam, & Emery, 2014, p. 448).

Segundo a DGS (2011, p. 7), com uma remissão duradoura é possível travar a lesão estrutural e normalizar a função, mantendo a participação social e laboral, o que se traduz em menores custos para o próprio e para a sociedade, possível de alcançar com seguimento e tratamento adequados.

Na AR, o tratamento medicamentoso pode incluir anti-inflamatórios, analgésicos, corticosteroides e fármacos modificadores da doença (DMARD's), onde se inclui os tradicionais (como o metrotexato) e os agentes biológicos. Os DMARD's tradicionais são responsáveis por apenas 20 a 25% de remissões obtidas e estão associadas a elevada toxicidade e perda de eficácia ao longo do tempo; no entanto, estas taxas de remissão aumentam exponencialmente ao utilizar-se agentes biológicos (Ribeiro et al., 2013, p. 1187).

A DGS, em 2011, emitiu uma norma sobre a prescrição de agentes biológicos nas doenças reumáticas, em que define a elegibilidade dos doentes para o tratamento com biológicos, como sendo os que apresentam um  $DAS\ 28 \geq 3.2$  ou  $2.6 < DAS < 3.2$  e evidência de agravamento funcional (aumento do HAQ  $> 0.22$  em 6 meses) ou estrutural (aumento do índice de Larsen  $> 6$  ou índice de Sharp van der Heijde  $> 5$  em 12 meses), e que apresentem resposta inadequada à terapia convencional (DGS, 2011, p. 2).

### **3. *Follow-up* dos doentes com Artrite Reumatoide**

Tradicionalmente, os utentes com AR controlada são monitorizados em consultas médicas com reumatologistas a cada 3-12 meses (Primdahl et al., 2012, p. 121; Primdahl et al., 2014, p. 357; Sorensen et al., 2015). No entanto, com a previsão de uma futura escassez de reumatologistas, é relevante considerar estratégias alternativas para o follow-up dos doentes com AR (Sorensen et al., 2015, p. 13).

Para se obterem melhores resultados na conservação da função e produtividade do doente, deve existir uma abordagem multidisciplinar dos cuidados e uma equipa multidisciplinar integrada (Ndosi et al., 2011, p. 653).

Estudos recentes realizados no Reino Unido, Países Baixos e Dinamarca têm demonstrado que este trabalho pode efetivamente ser realizado por enfermeiros (Primdahl et al., 2014, p. 357; Sorensen et al., 2015, p. 13). Estudos indicam que os doentes com AR avaliados em consultas de Enfermagem ou em conjugação com reumatologistas, apresentam-se equivalentes em relação ao controlo da doença e preservação da função física, quando comparados aos doentes monitorizados apenas pelos reumatologistas (Primdahl et al., 2012, p. 121).

Utilizando as definições de “Nurse Practitioner”, “Advanced Practice Nurse” “Advance Nursing Practitioner” da *International Council of Nurses*, define-se cuidados de Enfermagem (*Nurse-led care*) como um modelo de cuidados onde os enfermeiros, com prática prolongada em determinada área, assumem os seus próprios casos clínicos e desenvolvem intervenções de Enfermagem, que incluem monitorização da condição dos doentes, prática de educação para a saúde, apoio psicossocial e referenciação para outros profissionais de saúde (Ndosi et al., 2011, p. 643).

O acompanhamento por enfermeiros como complemento ao acompanhamento realizado pelo médico, foi já estabelecido no tratamento de doenças cardiovasculares, diabetes ou cancro (Ndosi et al., 2011, p. 643; Larsson et al., 2014, p. 165). No Canadá, Estados Unidos da América e Austrália, este modelo de acompanhamento por enfermeiros, já está estabelecido para as doenças crónicas (Ndosi, et al., 2014, 1975). Os doentes apresentam melhores níveis de bem-

estar e satisfação com os cuidados, assim como uma melhoria da qualidade dos cuidados quando estes são conduzidos por enfermeiros (Larsson *et al*, 2014, p. 165).

No Reino Unido, os cuidados em reumatologia conduzidos por enfermeiros, começaram em Leeds, no final da década de 1980, para continuação de *follow-up* em doentes que terminaram ensaios clínicos – os doentes eram seguidos em ensaios clínicos e quando o ensaio terminava, estes sentiam a necessidade de continuarem a ser monitorizados pela equipa de Enfermagem (Bird, 1983, p. 354).

A autora J. Hill publicou, na Nurse Times (p. 42), em 1986, alguns procedimentos já adotados nesta data, no Reino Unido, como era o caso da realização de consultas em simultâneo com as dos reumatologistas, sendo que os doentes seguidos por enfermeiros se apresentavam estáveis, tendo os enfermeiros um papel importante no aconselhamento, educação e informação sobre a doença e quando necessário discutiam com os reumatologistas os casos mais difíceis. Assim, os doentes eram observados em consultas de reumatologia, por enfermeiros e reumatologistas, onde eram efetuadas a avaliação do doente, infiltrações (se necessário), a recomendação de mudanças de terapias medicamentosas, o encaminhamento para outros profissionais de saúde e a solicitação de internamento quando necessário (Hill, 1986, p. 42)

Também em Espanha se acompanha esta evidência, pois a sociedade Espanhola de Reumatologia recomenda ter no mínimo uma enfermeira especialista em reumatologia por cada três reumatologistas a realizar consulta (Sociedad Española de Reumatología, 2006, p. 44). Recomenda ainda que os enfermeiros participem ativamente desde o início na educação do doente, na identificação precoce de eventos adversos, na avaliação da atividade da doença e na gestão das co-morbilidades (Sociedad Española de Reumatología, 20011, p. 165).

Estes procedimentos vão ao encontro da melhor evidência científica disponível. Em estudos qualitativos, os doentes têm descrito como é que os enfermeiros acrescentam valor aos cuidados através de uma abordagem holística; os enfermeiros criam empatia e ouvem-nos ativamente (Larsson *et al.*, 2014, p. 165).

Organizar a monitorização de doenças crónicas de forma mais eficiente e económica, mantendo a perspetiva do doente como prioritária, representa um desafio para o sistema de saúde (Primdahl *et al.*, 2012, p. 121).

A European League Against Rheumatism (EULAR) publicou recentemente as recomendações sobre o papel do enfermeiro na gestão da artrite reumatoide, de modo a conseguir uma homogeneidade dos cuidados de Enfermagem em reumatologia na Europa (Ndosi, et al., 2014, p. 1975).

Estas recomendações foram desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar de especialistas, incluindo enfermeiros, reumatologistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, epidemiologistas e representante de utentes, de 14 países Europeus, seguindo os procedimentos operacionais padronizados da EULAR (van Eijk-Hustings et al., 2012, p. 13).

No total, foram formuladas 10 recomendações. Sete abordaram a contribuição dos enfermeiros para a gestão e os cuidados: educação para a saúde, satisfação com os cuidados, acesso aos cuidados, gestão da doença, apoio psicossocial, autogestão e eficácia dos cuidados; Três recomendações focaram o apoio profissional para os enfermeiros: disponibilização de diretrizes ou protocolos, acesso à formação, e incentivos para desempenhar as funções. O grau das recomendações variou entre A e C, e um foi alcançado um alto nível de concordância (van Eijk-Hustings et al., 2012, p. 13).

As recomendações da EULAR sobre o papel do enfermeiro na gestão da AR, enfatizam que as suas competências e habilidades devem ser otimizadas como parte de uma gestão global da doença, e destacam o seu contributo na redução de custos dos cuidados reumatológicos (Koksvik et al., 2013 p. 836; Larsson et al., 2015, p. 2).

Estas recomendações vêm também evidenciar a questão da educação e informação ministrada aos doentes. Nos serviços de reumatologia, o fornecimento de educação ao doente é considerado muito importante e parte do papel do enfermeiro, e os doentes valorizam esta informação proveniente destes profissionais de saúde (Ndosi et al., 2016, p. 1126).

A educação dos doentes tem sido recomendada como parte integrante da gestão da AR, uma vez que capacita o doente a realizar atividades de auto-gestão e melhora a adesão terapêutica. A educação dos doentes tem como finalidade melhorar a sua auto-eficácia, de modo a favorecer a tomada de decisão em conjunto com os profissionais de saúde (Ndosi et al., 2016, p. 1126).

No que diz respeito à educação, Silva (2005, p. 29.7) estabelece as seguintes prioridades: abordar as preocupações do doente; informar o doente sobre a sua condição; informar sobre a terapêutica; informar sobre possíveis intercorrências; potenciar a adesão ao plano de tratamento; estabelecer objetivos terapêuticos e usar recursos complementares. Já Hill, Lewis e Bird (2009,

p. 658) defendem que a correta educação do doente melhora significativamente a capacidade funcional, a gestão da dor e estado psicológico do doente reumático, logo a educação tem de passar pelo correto controlo da dor, por terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas, por educar e informar sobre dispositivos técnicos e por aumentar a independência.

A eficácia dos cuidados monitorizados por enfermeiros em reumatologia *versus* o cuidado *standard* foi examinada numa revisão sistemática da literatura (RSL) em 2011, por Ndosì et al. (p. 642-654). O horizonte temporal dos estudos incluídos nesta RSL foi bastante alargado, e revelou efeitos significativos, a favor dos cuidados monitorizados por enfermeiros, na qualidade de vida, fadiga e conhecimento do doente. Efeitos na atividade da doença e função física não diferiram significativamente entre o cuidado dirigido pelos enfermeiros e o dirigido pelos reumatologistas, em doentes com AR. Uma vez que foram incluídos apenas quatro RCT's, assumiram que eram necessários mais ensaios clínicos randomizados para investigar melhor os efeitos dos cuidados monitorizados por enfermeiros.

A Enfermagem está a acompanhar a tendência geral na área da saúde em que cada vez mais os enfermeiros são mais especializados. Para prestar cuidados de excelência é necessário basear os cuidados prestados na evidência científica, trabalhar com equipas especializadas e avaliar os cuidados prestados (Tijhuis, Zwinderman, Hazes, Breedveld, & Vlieland, 2003, p. 36). Existe já na Europa a especialidade de Enfermagem em reumatologia.

Neste âmbito, a reumatologia é uma especialidade em crescimento onde a investigação é uma área primordial e está em constante atualização (Ndosì et al., 2011, p. 643). A importância da formação na área da Enfermagem em reumatologia deve-se à complexidade das doenças reumáticas, que envolvem articulações, músculos e ossos – envolvimento sistémico (Ndosì, Vinall, Hale, Bird, & Hil, 2010).

A formação específica visa proporcionar aos enfermeiros conhecimentos, habilidades, atitudes e valores profissionais, com o intuito de preparar o enfermeiro para assumir as intervenções de especialista no cuidado de pessoas com doenças reumatológicas (Hill *et al.*, 2009, p. 658). Assim, os Enfermeiros precisam identificar formas de desenvolver os seus serviços e comunicar com amplitude e profundidade as atividades que se comprometem a garantir, para deste modo promover um impacto positivo sobre os resultados que a pessoa experiencia.

Enfermagem especializada em reumatologia tem conhecimentos específicos e competências para gerir o sofrimento físico e psicológico inerente a condição de cada doente

e promover qualidade de vida e felicidade. É necessário que em Portugal se faça um maior investimento na formação em Enfermagem reumatológica. Conhecimentos específicos na área da artrite reumatoide, enquanto enfermeiros que acompanham doentes com esta patologia, podem contribuir para inúmeros aspetos da vida diárias destes doentes.



## PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

### 4. Metodologia

A exigência por qualidade máxima nos cuidados de saúde, aliada ao uso racional de recurso, tem contribuído para aumentar a pressão sobre os profissionais no sentido de assegurar a implementação de uma prática baseada em evidências científicas. A expressão “medicina baseada em evidência” surgiu na década de 1980 para descrever a aprendizagem baseada em problemas, usada pela *MacMaster University Medicine School* (Bennet & Bennett, 2000, p. 172). Daí derivou a prática baseada em evidência aplicada a outras áreas e disciplinas.

Uma revisão sistemática de literatura disponibiliza uma síntese da evidência científica rigorosa na construção do conhecimento e de um nível mais elevado e de complexidade na investigação. Utiliza uma estratégia de intervenção específica, que permite clarificar conceitos, descrever ou explicar teorias ou desenvolver novos modelos e teorias, mantendo a singularidade dos estudos primários (Sousa & Branco, 2014, p. 98).

Este tipo de revisão fornece a melhor evidência disponível para a prática clínica, sendo essencial para o desenvolvimento da prática baseada na evidência em Enfermagem, pois permite aos enfermeiros o acompanhamento atualizado das novas descobertas da ciência e dos resultados da investigação, o verdadeiro “estado da arte” (Santos & Cunha, 2013, p. 87).

Uma revisão sistemática tem como objetivo reunir toda a evidência empírica tendo em consideração critérios previamente estabelecidos, procurando a resposta a uma questão de investigação. Recorre-se a métodos sistemáticos e explícitos, visando reduzir a existência de viés e apresentar assim resultados mais fiáveis a partir dos quais se podem tirar conclusões e delinear decisões (Higgins & Green, 2011).

No sentido de sistematizar o estado do conhecimento sobre a eficácia do follow-up realizado por enfermeiros, ou em conjugação com os reumatologistas, a doentes com artrite reumatoide, realizou-se um estudo que se guiou pelos procedimentos metodológicos de uma RSL com base nas orientações do Cochrane Handbook (Higgins & Green, 2011).

Foram aplicados os sete passos recomendados pelos autores: 1 – Formulação da questão problema; 2 – Localização e seleção dos estudos; 3 – Avaliação crítica dos estudos; 4– Colheita de dados; 5 – Análise e apresentação dos dados; 6 – Interpretação dos resultados; 7 – Aperfeiçoamento e utilização (Higgins & Green, 2011).

Embora se trate de um estudo secundário, importa salientar que previamente ao início da fase empírica do processo de investigação, optou-se por pedir o parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu (nº 34/2015), atestando assim o cumprimento dos requisitos éticos inerentes à adequada metodologia científica adotada, e reconhecendo-se este procedimento como uma etapa fundamental do processo de investigação (Anexo I).

### **1. Formulação da questão Problema**

Na planificação de uma revisão sistemática, a primeira e mais importante decisão passa pela determinação do seu foco. Assim, a formulação da questão norteadora é essencial, sendo que esta, deverá ser suficientemente compreensiva e específica (Bettany-Saltikov, 2012, p.14).

Após a análise dos pressupostos teóricos, foi enunciada a seguinte questão de investigação, com base no método PI[C]OD (Higgins & Green, 2011):

*“Qual a eficácia da consulta de follow-up realizada por enfermeiros, em conjugação ou comparação com a consulta realizada pelo reumatologista, no controlo da atividade da doença, na capacidade funcional, fadiga, qualidade de vida, dor, auto-eficácia e satisfação dos utentes com artrite reumatoide?”*

Inicialmente foi realizada uma pesquisa naturalista limitada à Pubmed, procurando identificar os termos de indexação mais utilizados nos artigos científicos referentes à temática em estudo, analisando os títulos e resumos. De seguida foi confirmado se os termos encontrados constituíam descritores MeSH, utilizando a plataforma informática MeSH Browser através do site <https://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>, tendo-se obtido resposta positiva para os seguintes termos MeSH: “Rheumatoid arthritis”; “Nurse’s role”; “Standard of care”; “Education”; “Patient satisfaction”; “Quality-Adjusted life years”; “Quality of life”; “Pain”; “Self-efficacy”; “Fatigue”; “Randomised controlled trial”; “Comparative study”; “Multicenter study”; “Cohort study”.

### 1.1. Critérios de Inclusão

Numa RSL de qualidade, os critérios de inclusão e exclusão devem ser definidos de forma clara e meticulosa. Higgins e Green (2011) afirmam que o que distingue uma revisão sistemática de uma narrativa são a especificação dos critérios de elegibilidade. Estes são formulados a partir do consenso de uma combinação dos aspetos da questão, da especificação do tipo de desenho, participantes e das comparações, isto é, baseando-se na questão PI[C]OD.

Com a finalidade de orientar a pesquisa e de limitar os artigos que irão constituir esta revisão, foram definidos e aplicados critérios de inclusão (Quadro 1), com vista a aumentar a precisão dos resultados face à questão identificada.

**Quadro 1:** Critérios de Inclusão para o *Corpus* do Estudo estabelecidos segundo a metodologia PI[C]OD

Critérios de seleção	Critérios de Inclusão
Participantes	Utentes com diagnóstico de Artrite Reumatoide, adultos, com idade igual ou superior a 18 anos, em remissão ou com baixa atividade da doença, seguidos em consultas de follow-up da doença. Como critérios de exclusão foram rejeitados os estudos que incluíam utentes com instabilidade da doença, ou com outras doenças concomitante não estabilizada.
Intervenção	Comparação da eficácia da realização da consulta de follow-up por enfermeiros e/ou conjugação com o reumatologista.
Comparações	Comparação dos resultados das consultas <i>standard</i> , ou seja, realizadas por reumatologistas ou internos de reumatologia, com os resultados das consultas realizadas por enfermeiros.
<i>Outcomes</i>	Controlo da atividade da doença, dor, qualidade de vida, fadiga, satisfação e auto-eficácia.
Desenho	Estudos experimentais, incluindo ensaios clínicos randomizados e controlados, e estudos de coorte.

## 2. Localização e seleção dos estudos

Sousa (2013, p. 56) afirma que a estratégia de pesquisa utilizada deve ser descrita detalhadamente, com inclusão de bases de dados utilizadas, os descritores, as palavras-chave e os operadores booleanos.

Para identificação dos estudos relevantes, tendo em conta os critérios definidos, foram realizadas pesquisas que incluam estudos que datam de 1 de janeiro de 2005 a 30 de dezembro de 2015, em Inglês, recorrendo aos seguintes motores de pesquisa científicos: PubMed; Embase; CINAHL Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials (via EBSCO). Procedeu-se ainda a uma verificação mensal para averiguar a publicação de algum artigo relevante para o estudo, nos motores de pesquisa atrás referidos, até 31 de Agosto de 2016.

Os descritores utilizados para a estratégia PI[C]OD foram:

Participantes: MeSH descriptor: “Rheumatoid arthritis” (explode all trees);

Free-terms: “Rheumatoid arthritis”

Intervenção: MeSH descriptor: “Nurse’s role” (explode all trees);

Free-terms: “Nurse’s role”; “Nursing consultations”; “shared care”;  
“Nurse-led rheumatology clinic”; “Multidisciplinary team-care”

Comparador: MeSH descriptor: “Standard of care” (explode all trees);

Free-terms: “Standard of care”; “Rheumatologist”; “Consultant”;  
“Junior physician”

Outcomes: MeSH descriptor: “Education”; “Patient satisfaction”; “Quality-Adjusted life years”; “Quality of life”; “Pain”; “Self-efficacy”;  
“Fatigue” (explode all trees);

Free-terms: “Education”; “Patient satisfaction”; “Quality-Adjusted life years”; “Quality of life”; “Pain”; “Self-efficacy”; “Fatigue”; “Disease activity”; “Treatment Adherence”.

Desenho: MeSH descriptor: “Randomized controlled trial”; “Comparative study”; “Multicenter study”; “Cohort study” (explode all trees).

A estratégia de pesquisa aplicou os termos acima mencionados, através da conjugação booleana de todos os descritores (Anexo II), no seguinte formato:

#Participantes AND #Intervenção

(#Participantes AND #Intervenção) AND #Outcomes

No final da pesquisa, foi revista a bibliografia dos artigos selecionados, com a finalidade de identificar potenciais artigos relevantes não encontrados nas bases de dados.

A seleção dos estudos foi efetuada por dois investigadores e, após consenso sobre os estudos a integrar, foram obtidas as publicações completas desses estudos para posterior análise (Higgins & Green, 2011).

A primeira amostragem considerou inicialmente 178 estudos. De seguida, foram aplicados limitadores de pesquisa, onde foram considerados apenas os estudos com os seguintes requisitos:

1. Data de publicação: janeiro de 2005 a 31 de dezembro de 2015;
2. Participantes com idades  $\geq 18$  anos
3. Estudos humanos

O processo da estratégia de pesquisa pormenorizado e especificado para cada motor de pesquisa científico pode ser consultado no quadro seguinte (Quadro 2), onde estão apresentados os estudos que foram identificados após introdução dos descritores. Os motores de pesquisa científicos Pubmed, EBSCO e Embase foram categorizados respetivamente como S1, S2 e S3.

**Quadro 2:**Estratégia de Pesquisa

	<b>Motor de Pesquisa Científica</b>	<b>Frase Booleana</b>	<b>Artigos identificados</b>	<b>Artigos após aplicação dos limitadores de pesquisa</b>
S1	Pubmed	((("Arthritis, Rheumatoid"[Mesh]) OR "Rheumatoid arthritis") AND (("Nurse's Role"[Mesh]) OR "Nurse's role" OR "Nursing consultations" OR "shared care" OR "Nurse-led rheumatology clinic" OR "Multidisciplinary team-care")) AND (("Education"[Mesh]) OR ("Patient Satisfaction"[Mesh]) OR ("Quality-Adjusted Life Years"[Mesh]) OR ("Quality of Life"[Mesh]) OR ("Pain"[Mesh]) OR ("Self Efficacy"[Mesh]) OR ("Fatigue"[Mesh]) OR "Education" OR "Patient satisfaction" OR "Quality-Adjusted life years" OR "Quality of life" OR "Pain" OR "Self-efficacy" OR "Fatigue" OR "Disease activity" OR "Treatment Adherence"))	71	46
S2	ESBSCO (CINAHL Complete; Cochrane Central Register of Controlled Trials)	(TX "Rheumatoid arthritis") AND (TX "Nurse's role" OR TX "Nursing consultations" OR TX "shared care" OR TX "Nurse-led rheumatology clinic" OR TX "Multidisciplinary team-care") AND (TX "Education" OR TX "Patient satisfaction" OR TX "Quality-Adjusted life years" OR TX "Quality of life" OR TX "Pain" OR TX "Self-efficacy" OR TX "Fatigue" OR TX "Disease activity" OR TX "Treatment Adherence")	52	45
S3	Embase	("rheumatoid arthritis"/exp OR "rheumatoid arthritis) AND ("multidisciplinary team-care" OR "nurse-led rheumatology clinic" OR "shared care" OR "nursing consultations" OR "nurse role") AND ("education" OR "patient satisfaction" OR "quality-adjusted life years" OR "quality of life" OR "pain" OR "self-efficacy" OR "fatigue" OR "disease activity" OR "treatment adherence".	55	35

Após a aplicação dos limitadores de pesquisa, a amostra reduziu para 126 artigos, em que 26 foram excluídos automaticamente por estarem repetidos, e ficando com um total de 100 artigos. Procedeu-se a nova triagem, tendo submetido os títulos a análise, excluindo 78 artigos por não se encontrarem em consonância com a questão de investigação enunciada.

Os resumos dos 22 estudos considerados foram sujeitos a análise, procurando selecionar os que correspondiam aos objetivos desta investigação, tendo-se excluído 14 estudos, e ficando com um corpus de 8 estudos.

A análise da bibliografia dos estudos de referência identificados durante a estratégia de pesquisa permitiu a inclusão de 2 estudos. As bases de dados utilizadas foram sujeitas a *updates* mensais, até 31 de Agosto de 2016, procurando analisar artigos recentemente publicados importantes para o estudo, tendo-se incluído 1 artigo por esta via. Totalizou-se um corpus de 11 estudos.

A partir deste ponto foram analisados os artigos em texto completo (n =11), tendo por base a aplicação de critérios mais rigorosos que foram estabelecidos com base na metodologia PI[C]OD (Ramalho, 2005), já apresentados no Quadro 1. Neste processo foram excluídos 4 estudos, porque apesar de serem artigos publicados em revistas diferentes, referiam-se a ensaios randomizados e controlados já selecionados, analisando as mesmas intervenções. Por fim, ficámos então com 7 estudos.

Após a identificação da necessidade da revisão, formulada a questão de investigação, identificada a literatura pertinente na área, localizados e selecionados os estudos, teve lugar a análise dos artigos selecionados, respeitando-se os passos preconizados por Higgins e Green (2011), como se apresentou anteriormente.

### **3. Análise Crítica dos Estudos**

A evidência científica em que assenta este estudo provém de fontes primárias. Estas fontes incluem basicamente os artigos e estudos originais publicados na literatura, nas bases de dados já referidas, exclusivamente ensaios aleatorizados, prospetivos e controlados (RCT). A razão para a seleção de estes ensaios é constituírem o desenho ideal para avaliar a eficácia de uma intervenção para o grupo experimental (e não placebo), obtendo dois grupos com características semelhantes, exceto na intervenção (Bugalho & Carneiro, 2004, p.39).

Numa revisão sistematizada, ao apresentarmos os resultados analisados estatisticamente, designamo-las por meta-análises. A seleção entre uma revisão sistematizada ou uma meta-análise é que a última constitui, na hierarquia da força de evidência científica, o grau mais elevado (Bugalho & Carneiro, 2004, p.39).

A avaliação crítica da evidência científica quanto à validade, importância e aplicabilidade dos resultados, constitui um passo fundamental na base científica para a construção de uma RSL (Carneiro, 2008). Consequentemente, sem uma garantia da qualidade metodológica e científica dos estudos que deram base a esta revisão, a afirmação coerente das conclusões poderia ser colocada em causa (Julião, Medina, Fareleira, Costa, & Carneiro, 2013, p.24).

Os 7 estudos identificados foram sujeitos à avaliação crítica por dois revisores isoladamente antes da inclusão na revisão, em que nenhum teve conhecimento dos resultados da análise em qualquer momento deste processo conforme preconizado por Higgins e Green (2011), existindo um terceiro investigador, para desempate, no caso de as opiniões terem sido divergentes (critério de desempate) (Bugalho & Carneiro, 2004, p.39).

A avaliação crítica dos estudos, foi realizada com base em três instrumentos a referir: “Grelha para a avaliação crítica de um artigo descrevendo um ensaio clínico prospetivo, aleatorizado e controlado”, para RCT’s, do Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidencia da Faculdade de Medicina de Lisboa (Quadro 3), que considera “estudos de qualidade” apenas os que obtêm um score igual ou superior a 75% (Bugalho & Carneiro, 2004; Carneiro, 2008); e o “JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort and Case-control studies” (Quadro 4), para desenhos descritivo-correlacional, em que se consideram “estudos de qualidade” os que obtêm até, no máximo, duas respostas negativas (*cutoff* definido após consenso prévio à análise dos investigadores) (Joanna Briggs Institute [JBI], 2012; 2014); e o instrumento padronizado de avaliação crítica da *Colaboração Cochrane* através do software *Cochrane Collaboration’s Review Manager* (RevMan 5.2.8; disponível em <http://tech.cochrane.org/revman>)

A “Grelha para a avaliação crítica de um artigo descrevendo um ensaio clínico prospetivo, aleatorizado e controlado” é composta por questões / guias primárias e secundárias, e cada estudo esteve sujeito a esta análise. O processo implica uma de quatro respostas possíveis: 2 – resposta afirmativa “sim”; 1 – pouco claro/ possivelmente; 0 – resposta negativa “não”; e n/a – não aplicável, sendo a cada uma das respostas atribuído o valor 2, 1, ou zero. Cada artigo é classificado através de um score, efeito da soma de todos os

scores atribuídos a cada pergunta individual, sendo a classificação final a razão entre o score total e o máximo que poderá ser aplicado a cada estudo (Carneiro, 2008, p. 31).

**Quadro 3:** Grelha para a avaliação crítica de um artigo descrevendo um ensaio clínico prospectivo, aleatorizado e controlado

<b>VALIDADE DOS RESULTADOS</b>	S	?	N	n/a
1. A gama de doentes foi bem definida?	2	1	0	n/a
2. Os critérios de inclusão e exclusão são lógicos e claros?	2	1	0	n/a
3. O diagnóstico da doença estava bem caracterizado?	2	1	0	n/a
4. Os doentes foram aleatorizados?	2	1	0	n/a
5. O método de aleatorização foi explicado?	2	1	0	n/a
6. A distribuição foi ocultada?	2	1	0	n/a
7. Os doentes foram analisados nos grupos para os quais tinham sido aleatorizados inicialmente (intenção de tratar)?	2	1	0	n/a
8. A dimensão da amostra foi estatisticamente calculada?	2	1	0	n/a
9. Os doentes nos grupos em comparação eram semelhantes em termos dos seus factores de prognóstico conhecidos?	2	1	0	n/a
10. Com excepção do tratamento em estudo, todos os doentes foram tratados da mesma maneira?	2	1	0	n/a
11. Foi ocultado aos doentes o grupo a que pertenciam?	2	1	0	n/a
12. Foram ocultados aos investigadores os grupos em estudo?	2	1	0	n/a
13. Foram ocultados aos analisadores dos dados os grupos em estudo?	2	1	0	n/a
14. O seguimento ( <i>follow-up</i> ) final superior a 80%?	2	1	0	n/a
<b>IMPORTÂNCIA DOS RESULTADOS</b>				
15. A dimensão do efeito terapêutico (RRR, RRA, NNT) foi importante?	2	1	0	n/a
16. A estimativa do efeito é suficientemente precisa (IC)?	2	1	0	n/a
17. Esse efeito tem importância clínica?	2	1	0	n/a
<b>APLICABILIDADE DOS RESULTADOS</b>				
18. Os doentes do estudo são semelhantes aos da prática clínica do método individual?	2	1	0	n/a
19. Foram considerados todos os resultados clínicos importantes?	2	1	0	n/a
20. Os benefícios do tratamento sobrepõem-se aos potenciais riscos e custos da sua implementação?	2	1	0	n/a
Marcar o código apropriado: 2 – Resposta afirmativa = sim; 1 – Pouco claro/ possivelmente; 0 – Resposta negativa = não; n/a – Não aplicável.				
Score total (soma dos scores atribuídos) ----- [A]				
Nº de questões aplicáveis (máx. 20) ----- [B]				
Score máximo possível (2 x B) ----- [C]				
CLASSIFICAÇÃO FINAL (A/C em %) -----%				

**Fonte:** Bugalho, A. & Carneiro, A. (2004). *Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crónicas*. 1.<sup>a</sup> Edição. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência. ISSN 1074-308. Pp 41-42.

**Quadro 4:** JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort and Case-control studies

VALIDADE DOS RESULTADOS	S	?	N	n/a
1. A amostra é representativa da população em estudo (como um todo)?				
2. Os utentes são semelhantes na sua condição/ doença?				
3. O risco de erro foi minimizado em relação à seleção de casos e do controlo?				
4. Os <i>confounding factors</i> foram identificados e declaradas estratégias para lidar com os mesmos?				
5. Os resultados foram avaliados através de critérios objetivos?				
6. Os utentes foram seguidos durante um período de tempo suficiente?				
7. Os resultados dos utentes que se retiraram do estudo foram descritos e incluídos na análise?				
8. Os resultados foram medidos de forma fidedigna?				
9. A análise estatística utilizada foi apropriada?				
<b>TOTAL</b>				<b>__ pontos</b>

**Fonte:** Joanna Briggs Institute. (2012). *User Manual: Version 5.0 System for the Unified Management, Assessment and Review of Information*. The Joanna Briggs Institute. Acedido em <http://www.nursingcenter.com/evidencebasedpracticenetwork/home/jbi@lww/jbi-sumari.aspx?id=1917714>. Pp. 123.

Os estudos que integraram a presente RSL (Anexo III) revelaram que se tratam de estudos com qualidade metodológica, quer pela obtenção de uma classificação final de avaliação crítica superior a 75% (ensaios clínicos prospectivos, aleatorizados e controlados), quer por não contemplarem mais de duas respostas negativas (desenhos descritivo-correlacional). Os estudos com pontuação inferior foram excluídos, por não apresentarem qualidade para serem considerados para a prática clínica (Carneiro, 2008).

Após a análise de qualidade dos estudos, efetuou-se a extração e síntese de dados dos mesmos, recorrendo-se ao instrumento “The Joanna Briggs Institute data extraction form for systematic review of experimental/observational studies” (Anexo III), onde foram recolhidos os dados de cada estudo, procurando incluir detalhes característicos acerca dos objetivos, intervenções, população, métodos do estudo e os resultados pertinentes para a questão em estudo. No Apêndice I estão descritos os estudos incluídos, e no Apêndice II é apresentado os estudos excluídos referindo o respetivo motivo.

No que respeita à hierarquização da evidência científica aplicada neste estudo, baseou-se numa adaptação das recomendações do Centre for Evidence Based Medicine, de Oxford, Reino Unido, indicada por Vaz e colaboradores (2010, p. 32). No sistema aí proposto, as recomendações são classificadas como de boa (grau 1) ou de má (grau 2) qualidade, segundo

o tipo de evidência científica que constitui a sua base. Esta evidência é categorizada em graus de qualidade descendente de A a D, considerando-se que uma recomendação de grau A é baseada em evidência de alta qualidade, enquanto uma recomendação de grau D baseia-se em evidência de baixa qualidade (*idem*).

O quadro seguinte (Quadro 5) exhibe esta classificação dos níveis de evidência que servem de base aos graus de recomendação (Roque, Bugalho, & Carneiro, 2007, p. 50).

**Quadro 5:** Níveis de evidência e graus de recomendação

Grau de recomendação	Nível de evidência	Análise metodológica
<b>A</b>	1a	RS* (com homogeneidade <sup>†</sup> interna) de EACs <sup>§</sup>
	1b	EACs individuais (com IC <sup>#</sup> curtos)
	1c	Todos ou nenhuns <sup>¶</sup>
<b>B</b>	2a	RS* (com homogeneidade <sup>†</sup> interna) de estudos de coorte
	2b	Estudos de coorte individuais (incluindo EACs <sup>§</sup> de baixa qualidade, por ex. <80% de follow-up)
	2c	Investigação sobre resultados (“outcomes research”) <sup>§§</sup> e estudos ecológicos
	3a	RS* (com homogeneidade <sup>†</sup> interna) de estudos caso controlo
	3b	Estudos caso-controlo individuais
<b>C</b>	4	Estudos de séries de casos (e também estudos coorte e caso-controlo de baixa qualidade <sup>**</sup> )
<b>D</b>	5	Opinião de peritos sem explicitação prévia da metodologia de avaliação crítica da evidência, ou baseada em investigação básica (extrapolações), ou em “princípios primários” <sup>††</sup>

*NOTAS REFERENTES AO QUADRO*

<sup>#</sup>IC: intervalos de confiança

<sup>§</sup>EAC: ensaio(s) aleatorizado(s) e controlado(s) (RCT: randomized controlled trials).

<sup>§§</sup>A investigação sobre resultados (“outcomes research”) consiste nos estudos de coorte de doentes com idêntico diagnóstico (AVC, EAM, etc.) que relacionam os seus resultados clínicos (clinical *outcomes*), sejam eles a mortalidade, morbilidade, eventos, etc., com os cuidados médicos recebidos (aspirina, cirurgia, reabilitação); este tipo de investigação não utiliza EACs pelo que se torna impossível a atribuição de efetividade a uma determinada manobra terapêutica. A vantagem desta abordagem é que nos permite reconhecer se os *outcomes* esperados correspondem aos encontrados na clínica diária.

<sup>†</sup>Homogeneidade: baixo grau de heterogeneidade na direção e magnitude dos resultados dos estudos individuais nela incluída.

<sup>††</sup>Por princípios primários entendem-se os conceitos fisiopatológicos que presidem à prática médica (controle da tensão arterial em doentes com dissecção da aorta, por exemplo); como é óbvio, estes princípios, se não testados em estudos rigorosos, podem conduzir por vezes a práticas erradas.

\*RS: revisões sistematizadas. Uma RS é uma revisão bibliográfica e científica sobre um determinado tema, executada de tal maneira que os vieses se encontram reduzidos ao máximo. A característica fundamental de uma revisão sistematizada é a explicitação clara e não ambígua dos critérios utilizados para a seleção, avaliação crítica e inclusão da evidência científica naquela. Deste modo, uma revisão sistematizada apresenta objetivos formais e precisos e os critérios de inclusão (e exclusão) dos estudos são explicitados detalhadamente. A revisão sistematizada não apresenta, habitualmente, nenhuma representação gráfica determinada.

<sup>†</sup>Quando todos os doentes faleciam antes do tratamento estar disponível, mas alguns agora sobrevivem com ele; ou quando alguns doentes faleciam antes do tratamento estar disponível, mas nenhum agora morre quando o faz.

**Fonte:** Roque, A., Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (2007). *Manual de Elaboração, Disseminação e Implementação de Normas de Orientação Clínica*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência- Faculdade de Medicina de Lisboa. Acedido em <http://cembe.org/avc/docs/Manual%20de%20NOCs%20CEMBE%202007.pdf>. Pp. 50-53.

Como ficou claro no quadro anterior, os graus de recomendação abrangem quatro níveis, em ordem decrescente de validade (A, B, C e D). O quadro 6 exhibe uma síntese baseada no tipo de estudos subjacentes.

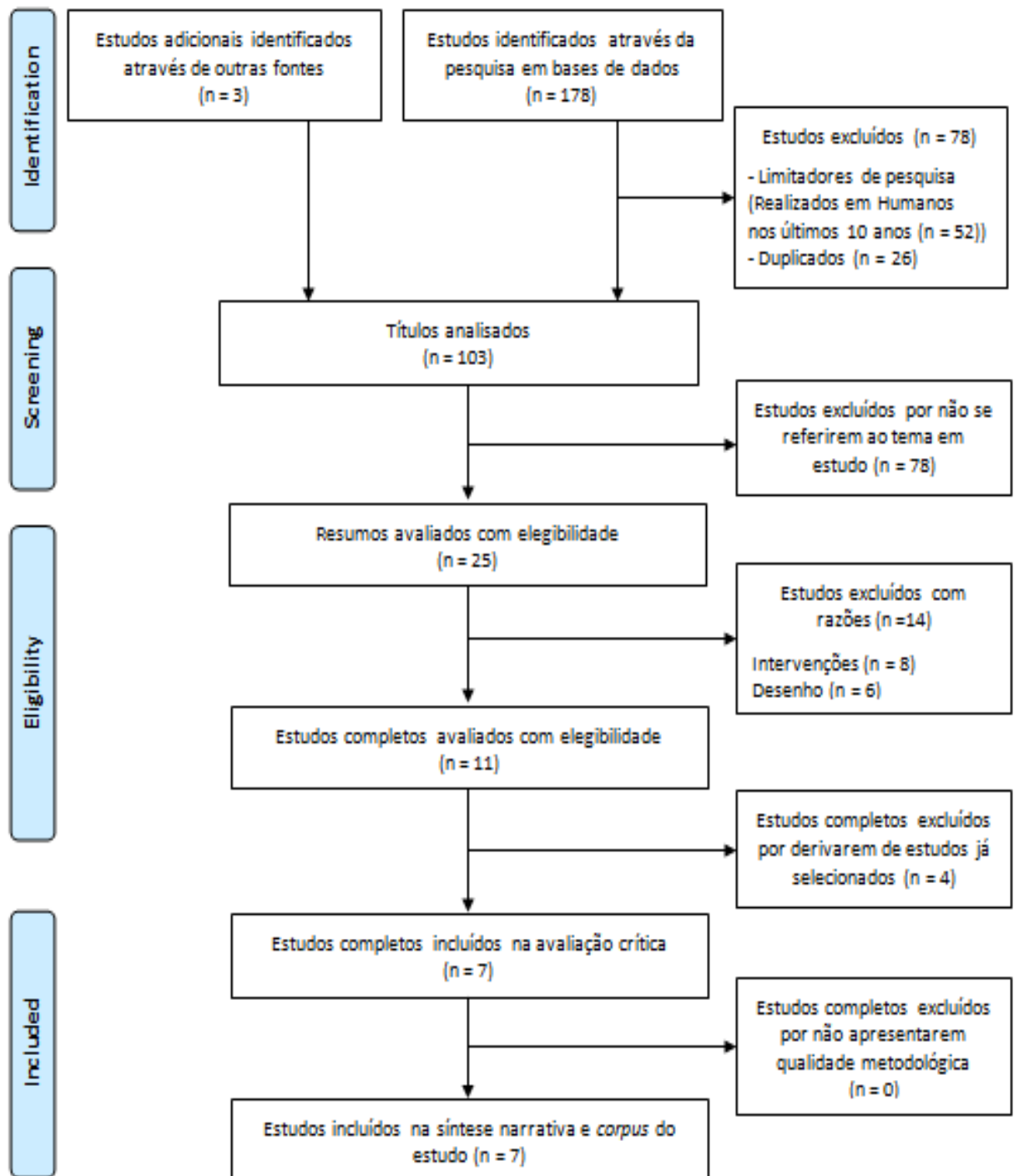
**Quadro 6:** Graus e Recomendação

<b>A</b>	Estudos nível 1 consistentes
<b>B</b>	Estudos nível 2 ou 3 consistentes ou extrapolações de estudos nível 1
<b>C</b>	Estudos nível 4 ou extrapolações de estudos nível 2 ou 3
<b>D</b>	Estudos nível 5 ou inconsistentes/inconclusivos de qualquer nível

**Fonte:** Vaz, D. et al. (2010). *Norma de Orientação Clínica para Insulinoterapia na Diabetes Mellitus Tipo2*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência. Acedido em <http://cembe.org/avc/docs/NOC%20Insulinoterapia%20na%20DM%2020%20CEMBE%20da%20FMUL%202010.pdf>. Pp. 33.

O seguinte fluxograma (Figura 1) baseia-se no *PRISMA Statement* e mostra o processo de seleção dos estudos, até à obtenção da amostra final.

O diagrama proposto pelo PRISMA (2009, p. 3) (*flow diagram*) descreve o processo de recolha de informações para as diferentes fases de uma revisão sistemática, mapeando o número de estudos identificados, incluídos e excluídos, e as razões para as exclusões.



**Figura 1:** Fluxograma representativo das etapas de seleção do corpus do estudo.



## 5. Resultados

Para se obterem melhores resultados na conservação da função e produtividade do doente, deve existir uma abordagem multidisciplinar dos cuidados e uma equipa multidisciplinar integrada (Ndosi et al., 2011).

Na secção anterior foi explicado o método utilizado para a identificação de todos os estudos. Apenas sete foram selecionados para o *corpus* da revisão sistemática: seis *randomized controlled trials* (Koksvik et al., 2013; Larsson et al., 2014; Ndosi et al., 2014; Primdahl et al., 2014; Larsson et al., 2015; Sørensen et al., 2015) e um estudo descritivo-correlacional do tipo coorte (Watts et al., 2015).

O processo de síntese dos dados é uma etapa metodológica desafiante, pois envolve a revisão criteriosa dos estudos primários e a síntese da informação relevante, que dará resposta à questão de investigação (Higgins & Green, 2011, p. 150) enunciada anteriormente:

- *“Qual a eficácia da consulta de follow-up realizada por enfermeiros, em conjugação ou comparação com a consulta realizada pelo reumatologista, no controlo da atividade da doença, na capacidade funcional, fadiga, qualidade de vida, dor, auto-eficácia e satisfação dos utentes com artrite reumatoide?”*

De seguida é apresentada uma síntese descritiva dos aspetos mais importantes de cada um dos estudos incluídos na revisão. Foi ainda criado um “quadro de evidências” (Quadro 7).

No estudo de Koksvik et al. (2013), o principal objetivo foi investigar os efeitos das consultas de Enfermagem individuais, em comparação com as consultas com o reumatologista, na satisfação do doente com artrite reumatoide. Além disto, pretendeu-se investigar a existência de diferenças nos resultados da atividade da doença, nos sintomas relacionados com a doença, na qualidade de vida (HRQOL) e nas estratégias de coping. Para tal, foram incluídos 68 doentes (com mais de 18 anos) portadores de artrite inflamatória, em que 35 participantes (53%) eram portadores de Artrite Reumatoide, com doença estabilizada e que iniciaram fármacos modificadores da doença reumática 3 meses antes de serem randomizados para o estudo. O RCT realizou-se num Hospital da Noruega.

A hipótese do estudo foi que a satisfação do doente seria igual ou superior quando acompanhados por um enfermeiro especialista em reumatologia (grupo experimental), em comparação com os doentes acompanhados por um reumatologista (grupo de controlo), e que não haveria diferenças noutros resultados entre os dois grupos, em 21 meses de *follow-up*. Este estudo teve como *outcome* primário a satisfação do doente (LSQ) e como *outcomes* secundários as estratégias de *coping* (CORS), atividade da doença (DAS-28), dor (VAS-pain), fadiga (VAS-fatigue), avaliação global do doente – PGA (VAS-symptoms) e qualidade de vida – HRQOL (SF-36).

A média do DAS-28 da totalidade dos participantes em estudo foi de 3.0. Ao analisar os resultados do estudo, em relação ao *outcome* primário, foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos em todas as subescalas do LSQ, favoravelmente ao grupo monitorizado por enfermeiros, nos *follow-up* dos 9 e 21 meses. Observou-se ainda que os participantes deste grupo aumentaram a sua satisfação em todas as subescalas desde o início até aos 21 meses de monitorização (todos os valores de  $\rho < 0.05$ ). O grupo monitorizado por reumatologistas revelou satisfação reduzida na subescala “disponibilização de informação” e “acesso e continuidade dos cuidados (com valores de  $\rho < 0.01$ ). Em relação aos *outcomes* secundários, a atividade da doença melhorou, desde o início do estudo até aos 9 meses de *follow-up*, em ambos os grupos e a melhoria manteve-se até aos 21 meses de *follow-up* (média de DAS-28 < 2.6, que é definido como remissão); Esta melhoria foi ligeiramente superior no grupo monitorizado por enfermeiros aos 9 meses de *follow-up* (diferença entre os grupos de 0.45,  $\rho = 0.03$ ). Aos 9 meses de *follow-up*, houve uma tendência para uma melhor pontuação na avaliação geral do doente (PGA) e dor nas articulações (VAS-pain) no grupo monitorizado por enfermeiros comparativamente ao grupo monitorizado por reumatologistas ( $\rho = 0.05$  e  $0.06$ , respetivamente). Nas principais conclusões, destaca-se o aumento de satisfação por parte dos doentes quando lhe é transmitida mais informações, considerando que providenciar educação para a saúde e fornecer informações aos doentes é um dos principais cuidados dos enfermeiros, pois estes defendem que a informação capacita os doentes, permitindo-lhes tomarem decisões informadas e assumir o controlo sobre a sua doença, associando-se a uma maior satisfação com os cuidados. Estas conclusões são suportadas pelas recomendações recentemente emanadas pela EULAR sobre o papel do enfermeiro na gestão das doenças reumáticas, que afirmam que “os doentes devem ter acesso a um enfermeiro para educação para a saúde, melhorando o seu conhecimento e gestão da doença” (van Eijk-Hustings et al., 2012).

Em relação ao estudo de Larsson et al. (2014), os autores desenharam um RCT que incluiu 107 doentes adultos com artrite inflamatória crónica em que 60 participantes eram portadores de Artrite Reumatoide a realizar terapia com biológicos, com baixa atividade da doença ou em remissão, numa clínica reumatológica da Suécia, tendo como objetivo a substituição de uma das duas consultas anuais de monitorização com o reumatologista, por uma consulta realizada por um enfermeiro especialista em reumatologia.

A hipótese do estudo foi que os resultados das monitorizações realizadas por enfermeiros não seriam inferiores aos resultados obtidos pelas monitorizações dos reumatologistas, em 12 meses de *follow-up*. Todos os doentes incluídos no estudo tiveram consulta com o reumatologista no início e após 12 meses. No grupo experimental, uma das duas consultas anuais com o reumatologista era substituída por uma consulta com o enfermeiro especialista (aos 6 meses). Em ambos os grupos, a consulta de 30 minutos servia para avaliar os efeitos da medicação e a atividade da doença (*outcome* primário) através do DAS 28, além de examinar os resultados analíticos dos exames laboratoriais, o tratamento farmacológico, adesão, efeitos colaterais, bem como o estado geral de saúde, usando o HAQ (avaliação da capacidade funcional), VAS-pain (auto-avaliação da dor) e NRS (nível de satisfação ou de confiança) (*outcomes* secundários).

Aquando a análise dos resultados, observa-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas no DAS 28 entre os dois grupos, assim como na HAQ, VAS-pain e no NRS com os cuidados de saúde reumatológicos, revelando a não existência de deterioração, comparativamente à monitorização realizada por reumatologistas. Assim, conclui-se neste estudo que os cuidados realizados pelo enfermeiro no acompanhamento de doentes com baixa atividade da doença ou em remissão, são efetuados com a mesma segurança e eficácia comparativamente ao previsto pelo reumatologista.

Quanto ao estudo realizado em 2015, por Larsson et al., este teve por base o RCT descrito anteriormente, publicado em 2014, mas enfatizando outros objetivos/ *outcomes*, sendo um estudo de comparação de custos, com o objetivo de comparar a monitorização da terapia biológica realizada por um enfermeiro especialista em reumatologia *versus* a que é realizada por um reumatologista.

Os autores definiram como *outcome* primário qual o custo anual total dos recursos e custos diretos dos cuidados reumatológicos para monitorizar a terapia biológica durante 12

meses; e como *outcome* secundário procurou-se saber onde foram usados os recursos e custos diretos para implementar a monitorização, referidos no *outcome* primário. Os intervenientes foram randomizados, dando-lhes acesso a um dos dois grupos em estudo: monitorizado em consultas de *follow-up* por enfermeiros após 6 meses, ou monitorizado por reumatologistas em todas as consultas de *follow-up*. Todos os doentes incluídos no estudo tiveram consulta com o reumatologista no início e após 12 meses. Apenas a consulta dos 6 meses diferia no profissional que efetuava a consulta, e a consulta de Enfermagem focava-se nas atuais necessidades do doente e nas suas potencialidades para as superar, considerando-o *expert* na sua doença e situação de vida atual, e discutindo e planeando o tratamento em conjunto.

Observou-se não existirem contactos adicionais durante o ambulatório, substituindo uma das duas consultas anuais com o reumatologista por uma consulta realizada por enfermeiros, mas sim uma diminuição no uso de recursos e redução de custos. Esta redução não está relacionada com qualquer diferença entre os grupos em termos de resultados clínicos, provando que os doentes com AR com baixa atividade da doença submetidos a terapia biológica, podem ser monitorizados com uma redução de custos anuais e de recursos por enfermeiros especialistas em reumatologia, baseando-se nos cuidados centrados na pessoa, comparativamente com reumatologistas. Assim, a intervenção dos enfermeiros pode libertar recursos de modo a que os reumatologistas se concentrem na monitorização mais intensiva dos doentes em início da doença ou com elevada atividade da doença.

No que respeita ao estudo de Ndosí et al. (2014), os autores realizaram um RCT onde tinham como objetivo a determinação da eficácia clínica e o custo-eficácia da monitorização realizada por enfermeiros, em pessoas com artrite reumatoide. Para tal, incluíram 181 participantes, adultos, com diagnóstico de AR. Os doentes foram aleatoriamente distribuídos por dois grupos, em que os cuidados eram conduzidos por reumatologistas ou, no outro grupo, em que os cuidados eram conduzidos por enfermeiros, e eram observados pelos respetivos profissionais, que seguiam um conjunto de procedimentos protocolados.

Os autores definiram como *outcome* primário o score da atividade da doença (DAS 28) e como *outcomes* secundários a intensidade da dor (pain-VAS), a fadiga (fatigue-VAS), duração da rigidez matinal, qualidade de vida (RAQol e EQ-5D), avaliação da capacidade funcional (HAQ –DI), ansiedade e depressão hospitalar (HADS), autoeficácia (ASES), satisfação (LEQ), e custos diretos e indiretos associados.

No fim do ensaio, conseguiu-se apurar que, a melhoria do DAS 28 no decorrer das consultas, foi melhor no grupo monitorizado por enfermeiros ( $p < 0.0001$ ). Os resultados dos *outcomes* secundários mostram uma não inferioridade para as consultas realizadas por enfermeiros. Os cuidados realizados por enfermeiros demonstraram melhores resultados da dor ( $p < 0.0005$ ) e função física ( $p < 0.0001$ ). Na fadiga ( $p < 0.02$ ), rigidez matinal e escalas de ansiedade e depressão hospitalar houve ligeiro agravamento no grupo monitorizado por enfermeiros, comparado com ligeiras melhorias no grupo monitorizado por reumatologistas. A monitorização por enfermeiros apresentou uma melhor satisfação global (escala LSQ) na semana 26 ( $p = 0.036$ ), mas não na semana 52 ( $p = 0.183$ ). As consultas realizadas por enfermeiros têm custos inferiores, especialmente após o ajuste para o agente biológico de base. A monitorização por enfermeiros é mais custo-efetiva no que respeita aos custos relativos com o DAS 28 em ambas as análises realizadas (ITT e PP). Por outro lado, quando usado o QALY, a probabilidade de a monitorização realizada por enfermeiros ser mais benéfica economicamente, depende do tipo de análise usada: favorável com a PP mas não na análise ITT.

Além dos resultados dos *outcomes*, já expressos, importa referir outros achados durante o ensaio clínico: Em média, as consultas realizadas por enfermeiros foram mais longas (92% das consultas com uma média de 111min) do que as realizadas pelos reumatologistas (85% com 71min). Foram ainda nas consultas realizadas por enfermeiros que se fizeram mais alterações de terapêutica, mais infiltrações com corticoides e mais exames radiológicos, e onde se forneceu mais educação para a saúde e suporte psicossocial. Houve ainda menos taxas de internamentos não programados ou de visitas às urgências.

Assim, os autores concluem que o cuidado conduzido por enfermeiros não foi inferior ao cuidado conduzido por reumatologistas, em qualquer ponto do *follow-up*. Isto sugere que a monitorização por enfermeiros pode ser aplicada à maioria dos doentes com AR, sem perda da eficácia e com benefícios clínicos, nomeadamente no que respeita à atividade da doença e satisfação com os cuidados. Em termos económicos, porém, não são consistentes as conclusões sobre custo-eficácia, existindo variações de resultados entre resultados específicos da doença e resultados genéricos, de acordo com o tipo de análise estatística usada.

Primdahl et al. (2014) desenharam um RCT, com a duração de 2 anos de acompanhamento, com o objetivo de comparar os resultados de três métodos diferentes de cuidados aplicados a doentes com AR com baixa atividade da doença, a serem seguidos em

consultas de *follow-up*. Foram incluídos 287 doentes, adultos, com AR à pelo menos 18 meses, com baixa atividade da doença (DAS 28 < 3.2), avaliação da capacidade funcional (HAQ) < 2.5 e sem aumento das dosagens dos fármacos modificadores da doença reumática ou corticoides nos últimos 3 meses, seguidos em consulta, provenientes de duas clínicas reumatológicas na Dinamarca. Estes participantes foram randomizados e divididos por três grupos de acompanhamento: 1. consultas planeadas de *follow-up* realizadas por reumatologistas, a cada 3 e 12 meses, em que a frequência das consultas era baseada no julgamento clínico; 2. consultas realizadas por reumatologistas e enfermeiros em conjunto, numa filosofia de cuidados partilhados, sem consultas planeadas além das revisões anuais, tendo à disposição dos doentes uma linha telefónica para contactar com os seus enfermeiros e médico de família (dos cuidados de saúde primários, que poderiam por sua vez contactar o reumatologista); 3. consultas realizadas com enfermeiros, planeadas e agendadas a cada 3 meses. Os doentes também tinham à sua disposição uma linha telefónica para contactar com os enfermeiros responsáveis.

Foi definido como *outcome* primário: alteração no score da atividade da doença baseado na proteína C reativa (DAS 28-CRP). Outros *outcomes* avaliados são: avaliação da capacidade funcional (HAQ), intensidade da dor (VAS-pain), fadiga (VAS-fatigue), estado global de saúde (VAS-global health), confiança e satisfação (VAS-confidence and VAS-satisfaction), qualidade de vida (SF-12), e autoeficácia (RASE-DK e ASES-DK).

No período total dos 2 anos, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em relação às diferenças no DAS 28-CRP e nas alterações observadas nos raio-X das mãos e pés entre os 3 grupos. Na avaliação realizada aos 24 meses, o grupo monitorizado por enfermeiros apresentou menos atividade da doença (-0.3,  $p=0.049$ ), aumento da sua auto-eficácia (ASES-DK 18.8,  $p=0.001$ ), aumento da confiança (10.7,  $p=0.001$ ), e aumento da satisfação (10.8,  $p<0.001$ ), comparado com o grupo monitorizado por reumatologistas. Os resultados mostram que o regime de *follow-up* dos doentes com artrite reumatoide pode ser alterado da configuração tradicional de acompanhamento pelo reumatologista, para um *follow-up* realizado por enfermeiros ou por uma partilha entre enfermeiros e reumatologistas.

O estudo de Sørensen et al. (2015) teve por base o ensaio clínico anteriormente descrito, realizado por Primdahl et al. realizado em 2014, sendo que este teve como objetivo a comparação do custo-eficácia de três tipos de *follow-up* realizados a doentes com artrite

reumatoide estabilizada e com baixa atividade da doença. Neste estudo foram avaliados *outcomes* diferentes: score da atividade da doença baseando na proteína C reativa (DAS 28 CPR), avaliação da capacidade funcional (HAQ) e qualidade de vida (EQ-5D).

Após a randomização dos participantes, estes foram alocados em um dos três grupos: consultas de *follow-up* realizadas pelo reumatologista; consultas de *follow-up* realizadas em conjunto por reumatologistas e enfermeiros; e consultas de *follow-up* realizadas por enfermeiros. No início do estudo, tanto o grupo monitorizado por enfermeiros, como o grupo monitorizado por enfermeiros e reumatologistas em conjunto, pontuam melhor do que o grupo monitorizado por reumatologistas, no EQ-5D. Sem diferenças significativas entre os grupos no HAQ e DAS28. Apesar de o número médio de consultas com o médico de família ter sido similar nos 3 grupos, o número total de serviços requeridos ao médico de família foi superior no grupo com cuidados partilhados ( $n = 57.8$ ) em comparação com o grupo monitorizado por reumatologistas ( $n = 55.2$ ,  $\rho=0.02$ ), e com o grupo monitorizado por enfermeiros ( $n = 46.9$ ,  $\rho<0.01$ ). Os custos médios com as intervenções para o grupo com cuidados partilhados (1085€) foi significativamente menor do que para o grupo monitorizado por reumatologistas (1226€,  $\rho=0.03$ ). O custo dos cuidados partilhados e os realizados por enfermeiros são ligeiramente mais baixos, mas não significativamente, quando comparados com os cuidados realizados por reumatologistas. Para uma “willingness to pay” (vontade de pagar) de 10000€ por QALY (Quality-adjusted life-year – pode traduzir-se como os ganhos obtidos em termos de qualidade de vida, quando comparados com os custos associados), os cuidados de Enfermagem têm uma probabilidade de 75% de serem mais custo-efetivos em comparação com os cuidados prestados pelos reumatologistas, e uma probabilidade de 80% de serem custo-efetivos quando comparados com os cuidados partilhados por enfermeiros e reumatologistas.

Este estudo de custo-eficácia sugere que os cuidados de Enfermagem e os cuidados partilhados entre médico e enfermeiro, podem custar um pouco menos e fornecer resultados de saúde muito semelhantes com os obtidos com a monitorização realizada apenas pelo reumatologista, em doentes com artrite reumatoide estabilizada ou com baixa atividade da doença. É ainda incerto se os cuidados de Enfermagem e os partilhados são rentáveis em comparação com a atual monitorização realizada por reumatologistas.

Watts et al. (2015) realizaram um estudo observacional, com a duração de um ano, com o objetivo de avaliar os resultados em saúde e os custos associados à monitorização de doentes com AR nos cuidados de saúde primários, por enfermeiros (grupo experimental), em comparação com a monitorização *standard* realizada nos cuidados de saúde secundários por reumatologistas (grupo de controlo). Foram avaliados dois *outcomes*, no início, aos 6 e aos 12 meses: avaliação da capacidade funcional (HAQ) e qualidade de vida (EQ-5D), tendo sido estimada a qualidade de vida durante o ano de acompanhamento através da análise QALY. Para tal foram incluídos 349 adultos, com diagnóstico de artrite reumatoide há pelo menos um ano, sem doença ativa ou instável, seguidos em consultas de *follow-up* nos cuidados de saúde primários ou secundários, no Reino Unido.

Conseguiu-se observar que qualidade de vida (EQ-5D) no grupo de controlo melhorou ligeiramente ao longo dos 12 meses de follow-up, enquanto o grupo experimental teve um resultado com ligeiro declínio comparativamente, representado um ganho no QALY de 0.026, que é ínfimo em termos de impacto na qualidade de vida. Em relação à avaliação da capacidade funcional (HAQ), a evolução da incapacidade foi superior no grupo experimental (0.096), ainda que esteja abaixo do considerado importante em termos clínicos, que é de 0.22. Quando comparados os custos totais para os *follow-up*, o custo dos cuidados no hospital são inferiores ( $p=0.020$ ). Ao comparar os custos dos cuidados para os resultados clínicos (avaliado através do HAQ), concluiu-se que os cuidados na comunidade tiveram custos médios mais elevados ( $p=0.589$ ) e um maior nível de incapacidade funcional ( $p=0.169$ ). No entanto, estas diferenças não foram estatisticamente significativas. Conclui-se que os cuidados prestados por enfermeiros na comunidade podem estar associados a custos mais elevados (ainda que pouco expressivos), mas sem diferenças significativas nos resultados clínicos quando comparados com os cuidados prestados pelos reumatologistas no hospital, sugerindo reduzida probabilidade de serem rentáveis.

De seguida apresenta-se o “quadro de evidências”, onde se agrupam os estudos, segundo a matriz PICOD, destacando-se as principais características e dimensões dos estudos, de forma a facilitar a sua compreensão e comparação entre si.

**Quadro 7:** Principais resultados dos estudos incluídos no corpus desta revisão sistemática

Autor/ Ano/ País	Tipo Estudo/ População	Intervenções	Resultados/ <i>Outcomes</i>	Conclusões	Análise crítica da qualidade
Koksvik et al., 2013 (Noruega)	RCT / 68 utentes com Artrite Inflamatória Crónica em que 35 (53%) tinham AR	<u>Experimental:</u> Follow-up realizado por enfermeiros (n= 35), em que 19 tinham AR; <u>Controlo:</u> Follow-up realizado por reumatologistas (n = 33), em que 17 tinham AR.	-Diferenças estatisticamente significativas no LSQ (satisfação do doente), favorável ao grupo experimental ( $p < 0.05$ ); -Melhoria do DAS 28 (atividade da doença) ( $p = 0.03$ ) e da PGA (avaliação geral do doente) ( $p = 0.05$ ) no grupo experimental aos 9 meses de follow-up; -O grupo de controlo revelou satisfação reduzida na subescala “disponibilização de informação” e “acesso e continuidade de cuidados” ( $p < 0.01$ ).	Utentes seguidos em consultas de Enfermagem demonstraram maior conhecimento do processo da doença, estratégias de tratamento e auto-gestão.	85%
Larsson et al., 2014 (Suécia)	RCT / 107 utentes com Artrite Inflamatória Crónica em que 60 (56%) tinham AR	<u>Experimental:</u> Consulta aos 6 meses realizada por enfermeiros (n= 47), em que 25 tinham AR; <u>Controlo:</u> Todas as consultas realizadas por reumatologistas (n=50), em que 35 tinham AR.	- Sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no DAS 28, HAQ (avaliação da capacidade funcional), VAS (escala da dor), NRS (nível de satisfação e confiança), com os cuidados reumatológicos.	Os cuidados realizados pelo enfermeiro ao utente com AR, são efetuados com a mesma segurança e eficácia que com o reumatologista	80%
Larsson et al., 2015 (Suécia)	RCT / 107 utentes com Artrite Inflamatória Crónica em que 60 (56%) tinham AR	<u>Experimental:</u> Consulta aos 6 meses realizada por enfermeiros (n= 47), em que 25 tinham AR; <u>Controlo:</u> Todas as consultas realizadas por reumatologistas (n=50), em que 35 tinham AR.	- Não existirem contactos adicionais durante o ambulatório, substituindo uma das duas consultas anuais com o reumatologista por uma consulta realizada por enfermeiros, mas sim uma diminuição no uso de recursos e redução de custos	Utentes com AR podem ser monitorizados por enfermeiros com uma redução de custos e recursos, sem diferença nos <i>outcomes</i> clínicos.	80%
Ndosi et al., 2014 (Reino Unido)	RCT / 181 utentes com AR	<u>Experimental:</u> Monitorização realizada por enfermeiros (n=91); <u>Controlo:</u> Monitorização realizadas por reumatologistas (n=90).	- No grupo experimental houve melhoria no DAS28 ( $p < 0.002$ ); melhor controlo da dor e função física ( $p < 0.001$ ); é mais custo- efetivo ( $p < 0.001$ ); mas houve ligeiro agravamento da fadiga, rigidez matinal, ansiedade ( $p < 0.05$ ), e depressão ( $p < 0.01$ ).	Os cuidados por enfermeiros podem ser aplicados, sem perda de eficácia e com aumento da satisfação.	80%

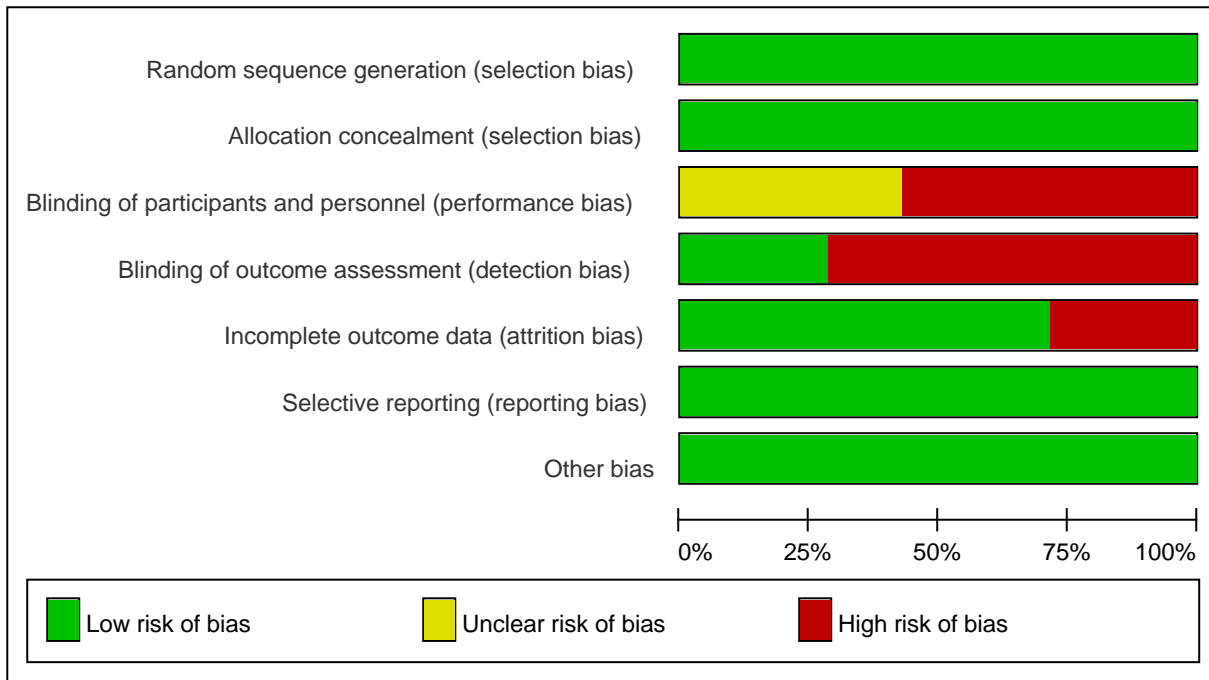
Primdahl et al., 2014 (Dinamarca)	RCT / 287 utentes com AR	<p><u>Experimental 1:</u> Consultas realizadas por enfermeiros e reumatologistas (n=96);</p> <p><u>Experimental 2:</u> Consultas realizadas por enfermeiros (n=94);</p> <p><u>Controlo:</u> Consultas realizadas por reumatologistas (n= 97).</p>	<p>- Sem diferenças significativas no DAS28;</p> <p>- O grupo experimental 2 apresentou menos atividade da doença (<math>\rho=0.049</math>), aumento da sua auto-eficácia e confiança (<math>\rho=0.001</math>), e aumento da satisfação (<math>\rho&lt;0.001</math>), comparando com o grupo de controlo.</p>	É seguro implementar cuidados partilhados ou permitir o follow-up realizado por enfermeiros a utentes com AR.	90%
Sørensen et al., 2015 (Dinamarca)	RCT / 287 utentes com AR	<p><u>Experimental 1:</u> Consultas realizadas por enfermeiros e reumatologistas (n=96);</p> <p><u>Experimental 2:</u> Consultas realizadas por enfermeiros (n=94);</p> <p><u>Controlo:</u> Consultas realizadas por reumatologistas (n= 97).</p>	-Ambos os grupos experimentais com melhor score na qualidade de vida (EQ-5D) ;	Os cuidados de Enfermagem e os partilhados são menos dispendiosos e fornecem resultados de saúde semelhantes aos obtidos com a monitorização clássica.	85%
Watts et al., 2015 (Reino Unido)	Estudo Descritivo Correlacional (Coorte) / 349 utentes com AR	<p><u>Experimental:</u> Consultas realizadas por enfermeiros nos cuidados de saúde primários (n=195);</p> <p><u>Controlo:</u> Consultas realizadas por reumatologistas no hospital (n= 154).</p>	-A HAQ e EQ5D têm scores inferiores no grupo experimental quando comparados com o grupo de controlo, mas as diferenças não são estatisticamente significativas.	Os cuidados na comunidade estão associados maiores custos, sugerindo uma baixa rentabilidade.	9 pontos

Foi analisado o risco de viés dos estudos incluídos através do “the Cochrane Collaboration tool for assessing risk of bias” (Higgins & Green, 2011), com o intuito de atestar a medição da qualidade dos estudos incluídos anteriormente. A figura seguinte apresenta e sumaria todas as decisões em tabulação cruzada por estudo incluído (Figura 2).

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Koksvik et al., 2013	+	+	-	+	+	+	+
Larsson et al., 2014	+	+	-	-	+	+	+
Larsson et al., 2015	+	+	-	-	+	+	+
Ndosi et al., 2014	+	+	?	-	-	+	+
Primdahl et al., 2014	+	+	?	+	+	+	+
Sorensen et al., 2015	+	+	?	-	+	+	+
Watts et al., 2015	+	+	-	-	-	+	+

**Figura 2:** Resumo do risco de viés de acordo com a avaliação crítica dos revisores

Apresenta-se ainda outra figura, que resume o risco de viés de todos os estudos para cada domínio, em percentagem (Figura 3).



**Figura 3:** Risco de viés de acordo com a avaliação crítica dos revisores, em percentagem.

## **6. Discussão**

Após a apresentação dos resultados obtidos através da análise dos estudos incluídos nesta revisão sistemática, procede-se a uma reflexão acerca dos aspetos metodológicos relativos à própria qualidade da revisão, assim como da validade das conclusões obtidas.

Coutinho (2013) afirma que a discussão dos resultados destina-se a uma reflexão sobre os dados encontrados, bem como a consideração da sua validade e legitimidade de possíveis generalizações.

Deste modo, e tendo em conta a questão de investigação inicialmente enunciada, serão analisados os principais resultados.

### **6.1. Discussão metodológica**

Na pesquisa efetuada, foram identificados 7 estudos: seis RCT's (Koksvik et al., 2013; Larsson et al., 2014; Larsson et al., 2015; Ndosí et al., 2014; Primdahl et al., 2014; Sørensen et al., 2015) e um estudo descritivo-correlacional do tipo coorte (Watts et al., 2015).

Durante a realização desta revisão, foram adotados critérios rigorosos de seleção e seguidas todas as etapas de realização de uma revisão sistemática, pelo que consideramos os resultados obtidos fiáveis e transmissíveis.

É de salientar que se preferiu os RCT por constituírem mais elevados níveis de evidência, constituindo-se fundamentais para a prática clínica. Além disso, e referindo-nos à qualidade dos estudos incluídos, trata-se de estudos primários que resultaram de uma pesquisa ampla, em diversas bases de dados científicas, de acordo com a metodologia apresentada anteriormente. Além disso, os estudos foram submetidos a avaliação crítica realizada duplamente por 2 investigadores, usando grelhas do Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina de Lisboa e da Joanna Briggs Institute, tendo obtido scores elevados, considerando-se “estudos de qualidade”.

Ao aplicar o “the Cochrane Collaboration tool for assessing risk of bias”, emergiram alguns aspetos, já notados aquando a submissão dos estudos às grelhas de avaliação crítica:

nenhum estudo incluído realizou cegamento do utente, profissionais que executaram o protocolo do estudo e do *outcome* (*single*, *double* e *triple blind*). Nenhum dos estudos realizou a ocultação aos utentes, acerca do grupo a que pertenciam (*single blind*); nos estudos de Ndosí et al. (2014), Primdahl et al. (2014) e Sørensen et al., (2015) é ocultado aos investigadores os grupos em estudo, evitando o viés de performance (Carneiro, 2008), mas não está a ser realizada o *double blind* pois os participantes sabem a que grupo pertencem; os analisadores dos dados dos grupos foram cegos apenas no estudo de Koksvik et al. (2013) e de Primdahl et al. (2014), mas mais uma vez já não tinha sido cumprido as ocultações anteriores.

No que respeita à não ocultação aos doentes do grupo a que pertenciam, este é um resultado esperado neste género de estudos, afinal, os participantes têm obrigatoriamente de saber se estão a ser consultados por um enfermeiro ou por um reumatologista, não sendo de todo impossível quando se trata da existência de investigadores ou analisadores independentes (e cegos).

Além do aspeto atrás referido, apenas existe um outro aspeto a referir, relativamente aos dados incompletos, no estudo de Watts et al. (2015) e no estudo de Ndosí et al. (2014), já que o seguimento (*follow-up*) final foi inferior a 80%.

As principais características dos participantes dos estudos incluídos, tanto nos grupos de controlo, como nos grupos de intervenção, são similares.

Pelo conjunto de qualidades dos estudos incluídos, afirma-se que esta revisão da literatura se baseou em estudos de boa qualidade. Por outro lado, os estudos obtidos tinham elevados níveis de heterogeneidade clínica, estatística e metodológica para realização de meta-análise (Santos & Cunha, 2013).

Referimo-nos à heterogeneidade clínica, na diferença no diagnóstico dos participantes que não se conseguiu controlar. Três dos sete estudos incluídos (Koksvik et al., 2013; Larsson et al., 2014; Larsson et al., 2015) não tinham como critério de inclusão o facto de os participantes possuírem artrite reumatoide, mas sim, artrite inflamatória crónica, sendo a artrite reumatoide um dos diagnósticos possíveis. Por concordância de ambos os investigadores, optou-se por incluir estes estudos na discussão pois em todos eles, a artrite reumatoide foi a doença de base na maioria dos participantes (sempre acima dos 50%); como expectável, os resultados destes estudos não podiam ser usados na meta-análise pois foram obtidos para a totalidade dos participantes, não sendo específicos para os participantes com AR.

Existiu heterogeneidade estatística, pois o estudo de Primdahl et al. (2014) não possuía os dados estatísticos necessários, nomeadamente medidas estatísticas como média e desvio padrão, tendo apenas mediana e intervalo interquartilico. Na tentativa de superarmos esta limitação, foi enviado *e-mail* a requerer os dados aos autores mas sem sucesso, optando-se pela não realização de recálculos às medidas estatísticas primárias para reconversão, pois poderíamos estar a aumentar o nível de heterogeneidade sem intenção, o que invalidava todas as possíveis inferências, conforme preconizado por Higgins e Green (2011). Outro exemplo de heterogeneidade estatística encontrada foi o facto das escalas de avaliação do *outcome* para avaliação da atividade da doença serem diferentes entre si nos estudos de Ndosi et al. (2014) e Sørensen et al. (2015), que usaram o DAS 28 e o DAS 28-CPR, respetivamente.

Assistimos a heterogeneidade metodológica, por diferença dos desenhos dos estudos incluídos, com o estudo de Watts et al. (2015), pois foi o único estudo descritivo-correlacional do tipo coorte incluído.

Os estudos de Primdahl et al. (2014) e Sørensen et al. (2015) basearam-se no mesmo ensaio clínico, pelo que, apesar de possuírem um *outcome* avaliado em ambos os estudos (DAS 28-CPR), este é igual entre eles, pelo que se excluiu a comparação entre os dois.

Apesar de ser objetivo inicial a realização de meta-análise, esta não foi concretizável por não considerarmos satisfeitas as condições mínimas para a realização da mesma. Assim sendo, optámos pela realização da síntese narrativa dos achados preservando a validade da nossa RS e assumindo, com este procedimento, todas as limitações que isso implica.

Os estudos incluídos nesta revisão sistemática são 6 RCT's e um estudo *Cohort*, logo o nível de evidência apurado é o 2b, e as recomendações estabelecidas são de grau B, de acordo com a classificação proposta pela Colaboração Joanna Briggs Institute (2013).

## **6.2. Discussão dos resultados**

Tradicionalmente, os utentes com AR são monitorizados em consultas médicas a cada 3-12 meses (Primdahl et al., 2012; Primdahl et al., 2014; Sorensen et al., 2015). Com a previsão de uma futura escassez de reumatologistas, é relevante considerar estratégias alternativas para o acompanhamento de rotina dos doentes com AR (Sorensen et al., 2015). Vários estudos recentes têm demonstrado que este trabalho pode efetivamente ser realizado por enfermeiros.

As recomendações da EULAR sobre o papel do enfermeiro na gestão da AR, enfatizam que as suas competências e habilidades devem ser otimizadas como parte de uma gestão global da doença, e destacam o seu contributo na redução de custos dos cuidados reumatológicos (Koksvik et al., 2013e Larsson et al., 2015). Foi neste sentido que se realizou este estudo, pois apareciam já descritos na literatura países onde a prática clínica está a ser mudada.

Todos os estudos incluídos tinham como objetivo geral determinar a eficácia das consultas de follow-up em doentes com AR efetuadas por enfermeiros, quando comparadas às realizadas pelo reumatologista. Para tal determinaram-se vários *outcomes*.

Tendo em conta a questão de investigação deste estudo: “*Qual a eficácia da consulta de follow-up realizada por enfermeiros, em conjugação ou comparação com a consulta realizada pelo reumatologista, no controlo da atividade da doença, na capacidade funcional, fadiga, qualidade de vida, dor, auto-eficácia e satisfação dos utentes com artrite reumatoide?*”, segue-se uma análise dos principais resultados, de modo a responder à questão.

Dos sete estudos incluídos, cinco (Koksvik et al., 2013; Ndosi et al., 2014; Primdahl et al., 2014; e Larsson et al., 2014; Sorensen et al., 2015) analisaram se o score da **atividade da doença** se modifica quando se substitui a monitorização *standard* realizada por reumatologistas, por uma monitorização realizada por enfermeiros.

O estudo de Ndosi et al. (2014) refere que o grupo monitorizado por enfermeiros apresentou uma melhoria significativa da atividade da doença, que se observou com uma alteração no DAS 28 superior ao do grupo monitorizado por reumatologistas ( $p < 0.0001$ ).

No estudo de Koksvik et al. (2013), a atividade da doença melhorou em ambos os grupos, mas esta melhoria no DAS 28 foi superior no grupo monitorizado por enfermeiros aos 9 meses de follow-up ( $p = 0.03$ ).

Nos estudos de Primdahl et al. (2014) e Sorensen et al. (2015) a comparação realizou-se entre três grupos: monitorizado por reumatologistas, por enfermeiros ou partilhado por reumatologistas e enfermeiros, tendo concluído não existirem diferenças estatisticamente significativas no DAS 28 entre os grupos. Primdahl et al. (2014) afirmam que no *follow-up* realizado aos 24 meses, o grupo monitorizado por enfermeiros apresentou menor atividade da doença ( $-0.3$ ,  $p = 0.049$ ).

Larsson et al. (2014) afirmam não existirem diferenças estatisticamente significativas no DAS 28 entre os dois grupos.

Observa-se, assim, a não inferioridade dos cuidados conduzidos por enfermeiros, quando comparados aos cuidados prestados por reumatologistas, no que respeita ao controlo da atividade da doença, existindo mesmo resultados favoráveis na monitorização por enfermeiros.

No que respeita à avaliação da **capacidade funcional**, cinco (Ndosi et al., 2014; Larsson et al., 2014; Primdahl et al., 2014; Sorensen et al., 2015; e Watts et al., 2015) dos sete estudos incluem-na nos seus *outcomes*, através do HAQ, procurando saber em que medida é que esta se altera, ao alterar a configuração dos cuidados.

Ndosi et al. (2014) encontraram melhores resultados para o HAQ no grupo monitorizado por enfermeiros, tanto na análise ITT (*intention to treat*) como na análise PP (*per protocol*) ( $\rho < 0.0001$ ).

No estudo de Watts et al. (2015), a evolução da incapacidade foi superior no grupo experimental (0.096), ainda que esteja abaixo do considerado importante em termos clínicos, que é de 0.22, ou seja, podemos inferir a inexistência de diferenças estatisticamente significativas.

Nos estudos de Larsson et al. (2014), Primdahl et al. (2014) e Sorensen et al. (2015) não se encontraram diferenças estatisticamente estatísticas entre os grupos.

Observa-se assim, para a avaliação da capacidade funcional, que os cuidados realizados por enfermeiros não são inferiores aos realizados por reumatologistas.

No que concerne ao *outcome* **fadiga**, este é avaliado nos estudos de Koksvik et al. (2013), Ndosi et al. (2014) e Primdahl et al. (2014), através da escala VAS – *fatigue*, com o propósito de verificar diferenças estatísticas significativas com a substituição de profissionais de saúde no acompanhamento ao doente com AR.

Tanto o estudo de Koksvik et al. (2013) como o de Primdahl et al. (2014) não encontram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no *outcome* fadiga.

Já no estudo de Ndosi et al. (2014), houve um ligeiro agravamento no grupo monitorizado por enfermeiros, comparado com ligeiras melhorias no grupo monitorizado por reumatologistas ( $\rho = 0.0132$  na análise PP;  $\rho = 0.0171$  na análise ITT).

Assim, neste *outcome* não se consegue mostrar benefícios no cuidado conduzido por enfermeiros pois, apesar de em dois estudos o resultado do *outcome* não se alterar significativamente, no 3º estudo já existem valores desfavoráveis ao grupo experimental.

No que respeita ao *outcome* **qualidade de vida**, quatro estudos o avaliam, com escalas diferentes: o estudo de Koksvik et al. (2013) usa a HRQOL – SF 36, já o estudo de Ndosí et al. (2014) utiliza a RAQoL, no estudo de Primdahl et al. (2014) é usada a SF 12, e Sorensen et al. (2015) empregam a escala EQ-5D. Mais uma vez, os autores tentam provar que os cuidados realizados por enfermeiros não são inferiores aos realizados por reumatologistas, nos doentes com AR estabilizada.

No estudo de Ndosí et al. (2014) houve melhoria no grupo monitorizado por enfermeiros, no que respeita à qualidade de vida, quando comparado ao grupo de controlo ( $\rho=0.0041$  na análise PP;  $\rho=0.0001$  na análise ITT).

No estudo de Koksvik et al. (2013), apesar de existirem pontuações favoráveis ao grupo experimental em duas subescalas ( $\rho=0.05$ ), isto apenas acontece na avaliação dos 9 meses, sendo a diferença estatística insignificante se tivermos em conta o total do *follow-up*.

Já nos estudos de Primdahl et al. (2014) e Sorensen et al. (2015), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Podemos então concluir que, para a qualidade de vida, uma monitorização realizada por enfermeiros trás benefícios aos doentes, mostrando assim que os cuidados prestados pelos enfermeiros não são inferiores aos cuidados prestados pelos reumatologistas, neste âmbito.

Considerando agora o *outcome* **dor**, avaliado através da escala VAS-pain nos estudos Koksvik et al. (2013), Ndosí et al. (2014), Larsson et al. (2014), e Primdahl et al. (2014), os autores objetivaram conhecer se existem diferenças quando se altera o profissional a realizar as consultas de monitorização.

O estudo de Ndosí et al. (2014), refere a existência de melhores resultados para o grupo experimental, quando comparando com os resultados do grupo de controlo ( $\rho<0.0001$  na análise PP;  $\rho=0.0004$  na análise ITT).

Koksvik et al. (2013) encontraram uma tendência para uma melhor pontuação no VAS-pain no grupo experimental, aos 9 meses de *follow-up* ( $\rho=0.06$ ). Esta tendência tornou-se menos significativa no fim do *follow-up* ( $\rho=0.08$ ), mostrando a não existência de diferenças estatisticamente significativas.

Quanto ao mesmo *outcome* avaliado nos estudos de Larsson et al. (2014) e Primdahl et al. (2014), não foram evidentes diferenças estatisticamente significativas.

Assim, os resultados mostram que os cuidados realizados por enfermeiros resultam num maior controlo da dor por parte dos doentes com AR estabilizada, ou, não havendo melhorias, também não encontramos piores resultados.

No que se refere ao *outcome* **auto-eficácia**, este é avaliado nos estudos de Ndosi et al. (2014) e Primdahl et al. (2014). Os autores têm como finalidade saber se o facto de se substituir os reumatologistas por enfermeiros nas consultas de follow-up, influencia a perceção da auto-eficácia dos doentes com artrite reumatoide.

Ndosi et al. (2014) usaram a escala ASES para avaliação da auto-eficácia e encontraram melhores resultados para o grupo monitorizado por enfermeiros, comparativamente com o grupo monitorizado por reumatologistas ( $p < 0.0042$  na análise PP;  $p = 0.0019$  na análise ITT).

Já Primdahl et al. (2014) empregou duas escalas: ASES DK e RASE DK para avaliar a auto-eficácia. Com a utilização da ASES DK, há um aumento da auto-eficácia no grupo monitorizado por enfermeiros ( $p = 0.001$ ) comparando com o grupo monitorizado por reumatologistas e com o grupo monitorizado em conjunto por reumatologistas e enfermeiros. Ao usar a RASE DK, existe um aumento significativo da auto-eficácia no grupo monitorizado por enfermeiros comparativamente com o grupo monitorizado por reumatologistas no 1º ano ( $p = 0.05$ ), mas a diferença torna-se insignificante no 2º ano de *follow-up*.

Com estes resultados, e não esquecendo o facto de apenas termos a auto-eficácia avaliada em dois estudos, voltamos a concluir que os cuidados de Enfermagem revelam não ser inferiores aos realizados pelos reumatologistas, mostrando mesmo melhores resultados.

Por último, analisando o *outcome* **satisfação**, vemos que este é examinado nos estudos de Koksvik et al. (2013), Ndosi et al. (2014) (que usaram a escala LSQ), Larsson et al. (2014) (que usou a escala NRS) e Primdahl et al. (2014) (que usou a escala VAS-satisfaction). Assim, os autores têm o intuito de saber se a satisfação com os cuidados se altera, alterando o profissional de saúde que efetua o *follow-up*.

No estudo de Koksvik et al. (2013) encontram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, em todas as subescalas do LSQ, favoravelmente ao grupo experimental, nos *follow-up* dos 9 e 21 meses. Estes participantes aumentaram a sua satisfação em todas as subescalas desde o início até aos 21 meses de monitorização (todos os valores de  $p < 0.05$ ). O grupo monitorizado por reumatologistas revelou satisfação reduzida na subescala “disponibilização de informação” e “acesso e continuidade dos cuidados” (com valores de  $p < 0.01$ ).

Já no estudo de Ndosi et al. (2014), a monitorização por enfermeiros apresentou uma melhor satisfação global na semana 26 ( $p=0.036$ ). Ao contrário do apresentado na semana 52, mas sem diferenças significativas entre os dois grupos ( $p=0.183$ ).

Quanto ao estudo de Primdahl et al. (2014), na avaliação realizada aos 24 meses, o grupo monitorizado por enfermeiros apresentou um aumento da confiança ( $p=0.001$ ) comparado com o grupo monitorizado por reumatologistas. Já o grupo com cuidados partilhados entre reumatologistas e enfermeiros reportou satisfação reduzida comparado com o grupo monitorizado por reumatologistas após um ano de *follow-up* ( $p=0.004$ ), mas as diferenças são insignificantes ao fim dos dois anos de *follow-up*.

Larsson et al. (2014) não encontraram diferenças estatisticamente significativas no NRS – satisfaction.

Assim, a monitorização realizada por enfermeiros revela a não existência de deterioração no *outcome* satisfação, mostrando até melhoria, revelando uma maior satisfação com os cuidados por parte dos doentes com AR seguidos por enfermeiros.

Tendo por base a análise dos estudos incluídos, considera-se possível responder de uma forma global à questão norteadora previamente enunciada nesta revisão sistemática: “*Qual a eficácia da consulta de follow-up realizada por enfermeiros, em conjugação ou comparação com a consulta realizada pelo reumatologista, no controlo da atividade da doença, na capacidade funcional, fadiga, qualidade de vida, dor, auto-eficácia e satisfação dos utentes com artrite reumatoide?*”

Esta inferência está suportada no facto dos estudos mostrarem benefícios numa monitorização realizada por enfermeiros, a doentes com artrite reumatoide com doença estabilizada.

Assim, há consenso entre os diversos autores de que os estudos evidenciam resultados favoráveis quando o seguimento dos doentes é realizado por enfermeiros, quando comparado com o seguimento oferecido pelos reumatologistas na atividade da doença (Koksvik et al., 2013; Ndosi et al., 2014), na capacidade funcional (Ndosi et al., 2014), na qualidade de vida (Ndosi et al., 2014), na dor (Ndosi et al., 2014), na auto-eficácia (Ndosi et al., 2014; Primdahl et al., 2014), e na satisfação global com os cuidados (Koksvik et al., 2014; Ndosi et al., 2014; Primdahl et al., 2014).

Nos *outcomes* atividade da doença (Larsson et al. 2014; Primdahl et al., 2014; Sorensen et al., 2015), capacidade funcional (Larsson et al., 2014; Primdahl et al., 2014; Sorensen et al., 2015), fadiga (Koksvik et al., 2013; Primdahl et al., 2014) qualidade de vida (Koksvik et al., 2013; Primdahl et al., 2014; Sorensen et al., 2015) dor (Koksvik et al., 2013; Larsson et al., 2014; Primdahl et al., 2014), auto-eficácia (Primdahl et al., 2014 – em uma de duas escalas usadas), e satisfação (Larsson et al., 2014) não existem diferenças estatisticamente significativas entre os cuidados prestados por enfermeiros e os cuidados realizados por reumatologistas.

No estudo de Watts et al. (2015), existe um resultado desfavorável para o *outcome* capacidade funcional, no grupo monitorizado por enfermeiros, assim como no estudo de Ndosi et al. (2014) para o *outcome* fadiga.

Os cuidados de Enfermagem oferecidos nos cuidados de saúde primários mostraram não trazer benefícios, quando comparados aos cuidados oferecidos no hospital (Watts et al., 2015). Porém, existem outros estudos (Horrocks, Anderson & Salisbury, 2002; Laurant et al., 2004; Davies et al., 2007; Solomon et al., 2015) que, apesar de não envolverem profissionais de Enfermagem, já comparam os resultados de doentes seguidos pelo seu médico de família nos cuidados de saúde primários, com os que são seguidos pelo reumatologista no hospital.

Apesar dos estudos incluídos nesta revisão sistemática terem sido avaliados como de boa qualidade, e de serem 6 RCT's e um estudo de coorte, como já descrito anteriormente, esta RS apresenta limitações, que se prendem com a heterogeneidade dos estudos incluídos. A meta-análise não foi passível de realização, por não existirem dados disponíveis e por os estudos serem muitos heterogêneos (a nível clínico, estatístico e metodológico).



## 7. Conclusão

O objetivo desta revisão sistemática foi determinar se os cuidados praticados pelos enfermeiros eram eficazes, isto é, se produziam efeitos semelhantes aos cuidados habituais, realizados por reumatologistas. Os cuidados realizados pelos enfermeiros no acompanhamento de utentes com AR com baixa atividade da doença ou em remissão, são efetuados com a mesma segurança e eficácia comparativamente ao previsto pelo reumatologista, mostrando ainda benefícios clínicos no que respeita à atividade da doença, capacidade funcional, qualidade de vida, dor, auto-eficácia e satisfação global com os cuidados. Assim, a evidência existente parece sugerir a não inferioridade da monitorização realizada por enfermeiros na gestão da AR.

Um contacto regular dos doentes com artrite reumatoide com enfermeiros, em substituição ou como complemento das consultas com o reumatologista, acrescenta valor aos cuidados reumatológicos. Os enfermeiros praticam escuta ativa de modo a que os utentes exponham as suas dúvidas e preocupações, aumentando assim a sua satisfação e capacitação para alcançarem maiores níveis de confiança. Envolver os utentes, numa perspetiva da pessoa como centro dos cuidados, com uma abordagem holística, é essencial no acompanhamento.

Com a intervenção dos enfermeiros, pode-se libertar recursos de modo a que os reumatologistas se concentrem na monitorização mais intensiva dos doentes em início da doença ou com elevada atividade da doença.

As nossas conclusões corroboram as recomendações da EULAR que enfatizam as competências e habilidades dos enfermeiros, e o seu papel na gestão da artrite reumatoide crónica.

No sentido de concretizar esta prática, os resultados preliminares desta RSL foram expostos numa Comunicação Oral, intitulada “Effectiveness of nurse-led care an alternative to rheumatologist follow-up in rheumatoid arthritis patients: a systematic review” no 3º World Congress of Health Research, na Escola Superior de Saúde de Viseu, em setembro de 2016 (Apêndice IV).

Face aos resultados, como implicações para a prática, sugere-se o desenvolvimento de diretrizes ou protocolos de atuação, de modo a gerir melhor a atuação dos profissionais envolvidos e a harmonizar os cuidados. Torna-se fundamental que os profissionais de saúde que

trabalham nesta área sejam sensibilizados para esta necessidade de adequar os cuidados e mudar procedimentos. Um enfermeiro especialista é um profissional competente, que deve atuar na defesa do bem-estar do doente, estando mais ativo no processo de gestão do cuidar.

Como sugestões para desenvolvimento da investigação na área, torna-se necessário uma maior investigação acerca do tema, nomeadamente em Portugal, com a realização de estudos primários e/ou secundários sobre o tema, dado não termos encontrado nenhum no nosso país. É ainda importante que as RS sejam atualizadas no sentido de se possibilitar a realização de uma meta-análise, devendo os estudos primários futuros contribuir com uma uniformidade de apresentação dos *outcomes*.

A questão económica não foi objeto de estudo nesta revisão. Ainda assim observou-se que os cuidados de Enfermagem e os cuidados partilhados entre médico e enfermeiro, revelaram custar um pouco menos, fornecendo resultados de saúde muito semelhantes aos obtidos com a monitorização realizada apenas pelo reumatologista. Enfoca-se ainda o facto da questão económica ser bastante importante na atualidade que vivemos, e a variedade de estudos que se podem realizar neste âmbito, por ser tão abrangente.

## Referências Bibliográficas

- Bennett, S., & Bennett, J. W. (2000). The process of evidence-based practice in occupational therapy: informing clinical decisions. *Australian Occupational Therapy Journal*, 47, 171-180.
- Bettany-Saltikov, J. (2012). How to do a Systematic Literature Review in Nursing. A step-by-step guide. England: Mc Graw Hill. 1-167.
- Bird, H. A. (1983). Divided rheumatological care: the advent of the nurse practitioner? *Ann Rheum Dis*. 42:354-5.
- Bugalho, A., & Carneiro, A. (2004). *Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crônicas*. 1.<sup>a</sup> Edição. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência. ISSN 1074-308.
- Cardoso, A., Branco, J., Silva, J., Cruz, M., & Costa, M. (2005). *Regras de Ouro em Reumatologia*. Lisboa: Edição da Sociedade Portuguesa de Reumatologia.
- Carneiro, A. V. (2008). Como avaliar a investigação clínica. O exemplo da avaliação crítica de um ensaio clínico. *GE - Jornal Português de Gastrenterologia*, 15, 30-36.
- Combe, B., Landewe, R., Lukas, C., Bolosiu, H. D., Breedveld, F., ... Dougados, M. (2007). EULAR recommendations for the management of early arthritis: report of a task force of the European Standing Committee for the International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis*;66:34-45.
- Coutinho, C. P. (2013). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. 2.<sup>a</sup> edição. Coimbra. Almedina.

- Cunha, M., Ribeiro, A., André, S. (2016). Anxiety, depression and stress in patients with rheumatoid arthritis. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 217 (2016) 337 – 343. doi: 10.1016/j.sbspro.2016.02.098
- Davies, L. M., Fargher, E. A., Tricker, K., Dawes, P., Scott, D. L., & Symmons, D. (2007). Is shared care with annual hospital review better value for money than predominantly hospital-based care in patients with established stable rheumatoid arthritis? *Ann Rheum Dis*, 66(5), 658-663. doi: 10.1136/ard.2006.061234
- Direção-Geral de Saúde. (2003). Rede de Referenciação Hospitalar de Reumatologia. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em:  
<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006184.pdf>
- Direcção-Geral de Saúde. (2004). *Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas*. Circular Normativa n.º 12/DGCG. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direcção-Geral de Saúde. (2011). Prescrição de Agentes Biológicos nas Doenças Reumáticas. Norma n.º 067/2011. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em:  
<http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0672011-de-30122011.aspx>.
- EpiReumaPt. (2015). O Retrato das doenças reumáticas em Portugal. MédicoNews. Acedido em [http://www.reumacensus.org/pdf/publicacoes/2015/medico-news/MN\\_Especial\\_EpiReumaPt\\_final\\_10.02.15\\_RPO.pdf](http://www.reumacensus.org/pdf/publicacoes/2015/medico-news/MN_Especial_EpiReumaPt_final_10.02.15_RPO.pdf)
- Fechtenbaum, M., Nam, J. L., & Emery, P. (2014). Biologics in rheumatoid arthritis: where are we going? Acedido em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=73f41158-c6df-4d7e-851cca275fc48d44%40sessionmgr4003&vid=22&hid=4112>.

- Fransen, J., Creemers, M. C., & Van Riel, P. L. (2004). Remission in rheumatoid arthritis: agreement of the disease activity score (DAS28) with the ARA preliminary remission criteria. *Rheumatology* (Oxford) 43(10), 1252–1255.
- Higgins, J., & Green, S. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions: version 5.1.0*. London: The Cochrane Collaboration. Acedido em <http://www.cochrane-handbook.org>.
- Hill, J. (1986). Patient evaluation of a rheumatology nursing clinic. *Nurse Times*. 82:42–3.
- Hill, J., Lewis, M., & Bird, H. (2009). Do OA patients gain additional benefit from care from a clinical nurse specialist?—a randomized clinical trial. *Rheumatology*. 48:658–664
- Horrocks, S., Anderson, E., & Salisbury, C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal* 324 (7341), 819.
- Joanna Briggs Institute. (2012). *User Manual: Version 5.0 System for the Unified Management, Assessment and Review of Information*. The Joanna Briggs Institute. Acedido em <http://www.nursingcenter.com/evidencebasedpracticenetwork/home/jbi@lww/jbi-sumari.aspx?id=1917714>
- Joanna Briggs Institute. (2013). *The JBI Approach – Levels of Evidence and Grades of Recommendation*. The Joanna Briggs Institute. Acedido em <http://joannabriggs.org/jbiapproach.html#tabbed-nav=Grades-of-Recommendation>.
- Joanna Briggs Institute. (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition*. Australia: The Joanna Briggs Institute/ The University of Adelaide. ISBN: 978-1-920684-11-2.
- Julião, M., Medina, D., Fareleira, F., Costa, J., & Carneiro, A. V. (2013). Norma de Orientação Clínica para o Tratamento Farmacológico da Dependência Opiácea.

Lisboa: CEMBE- Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina de Lisboa. Acedido em <http://cembe.org/avc/docs/NOC%20Tratamento%20Depend%C3%A2ncia%20Opi%C3%A1cia%20CEMBE%202013.pdf>

- Karlson, E. W., Chibnik, L. B., Tworoger, S. S., Lee, I., Buring, J. E., ... Shadick, N. A. (2009). Biomarkers of Inflammation and Development of Rheumatoid Arthritis in Women From Two Prospective Cohort Studies. *Arthritis and Rheumatism*. Mar;60(3):641-52.
- Koksvik, H. S., Hagen, K. B., Rodevand, E., Mowinckel, P., Kvien, T. K., & Zangi, H. A. (2013). Patient satisfaction with nursing consultations in a rheumatology outpatient clinic: a 21-month randomised controlled trial in patients with inflammatory arthritides. *Ann Rheum Dis*, 72(6), 836-843. doi: 10.1136/annrheumdis-2012-202296
- Larsson, I., Fridlund, B., Arvidsson, B., Teleman, A., & Bergman, S. (2014). Randomized controlled trial of a nurse-led rheumatology clinic for monitoring biological therapy. *J Adv Nurs*, 70(1), 164-175. doi: 10.1111/jan.12183
- Larsson, I., Fridlund, B., Arvidsson, B., Teleman, A., Svedberg, P., & Bergman, S. (2015). A nurse-led rheumatology clinic versus rheumatologist-led clinic in monitoring of patients with chronic inflammatory arthritis undergoing biological therapy: A cost comparison study in a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*.
- Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., & Sibbald, B. (2004). Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4.
- Laurindo, I., Ximenes, A., Lima, F., Pinheiro, G., Batistella, L., Bertolo, M., ... Radominski, S. (2004). Artrite Reumatóide: diagnóstico e tratamento. *Revista Brasileira Reumatologia*. 44(6).

- Lucas, R., & Monjardino, T. (2010). O Estado da Reumatologia em Portugal. Acedido em: [http://pns.dgs.pt/files/2010/05/ONDOR\\_Estado\\_Reumatologia\\_Portugal-1.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2010/05/ONDOR_Estado_Reumatologia_Portugal-1.pdf)
- McBain, H., Shipley, M., & Newman, S. (2013). The impact of appearance concerns on depression and anxiety in rheumatoid arthritis. Acedido em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=22711333&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097
- Monjardino, T., Lucas, R., & Barros, H. (2013). Dez anos de observatório nacional da Doenças Reumáticas: 2003-2013. Acedido em: <http://ondor.med.up.pt/uploads/cap1.pdf>
- Morretto, B., & Piloto, J. R. (2014). Tratamento da Artrite Reumatóide com Cloroquina: Uma Revisão da Literatura. (Portuguese). *Brazilian Journal Of Surgery & Clinical Research*. 7(3), 46-51.
- Ndosi, M., Johnson, D., Young, T., Hardware, B., Hill, J., Hale, C., ... Adebajo, A. (2016). Effects of needs-based patient education on self-efficacy and health outcomes in people with rheumatoid arthritis: a multicentre, single blind, randomised controlled trial. *Ann Rheum Dis*, 75(6), 1126-1132. doi: 10.1136/annrheumdis-2014-207171
- Ndosi, M., Lewis, M., Hale, C., Quinn, H., Ryan, S., Emery, P., & Hill, J. (2014). The outcome and cost-effectiveness of nurse-led care in people with rheumatoid arthritis: a multicentre randomized controlled trial. *Ann Rheum Dis*, 73(11), 1975-1982. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-203403
- Ndosi, M., Vinall, K., Hale, C., Bird, H., & Hill, J. (2010). Is nurse-led care effective in rheumatology? A systematic review. *Rheumatology*; 49(Suppl. 1):i14.

- Ndosi, M., Vinall, K., Hale, C., Bird, H., & Hill, J. (2011) The effectiveness of nurse-led care in people with rheumatoid arthritis: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 48:642-654.
- Prevo, M., Van't Hof, M., Kuper, H., Van Leeuwen, M., Van de Putte, L., Van Riel, P. (1995). Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts, Development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism* 38 (1), 44–48.
- Primdahl, J., Sorensen, J., Horn, H. C., Petersen, R., & Horslev-Petersen, K. (2014). Shared care or nursing consultations as an alternative to rheumatologist follow-up for rheumatoid arthritis outpatients with low disease activity--patient outcomes from a 2-year, randomized controlled trial. *Ann Rheum Dis*, 73(2), 357-364. doi: 10.1136/annrheumdis-2012-202695
- Primdahl, J., Wagner, L., Holst, R., & Horslev-Petersen, K. (2012). The impact on self-efficacy of different types of follow-up care and disease status in patients with rheumatoid arthritis--a randomized trial. *Patient Educ Couns*, 88(1), 121-128. doi: 10.1016/j.pec.2012.01.012
- Ramalho, A. (2005). *Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise*. Coimbra: FORMASAU. ISBN 972-8485-54-9.
- Reis, L. I. F. R. (2009) *Caracterização clínica e laboratorial de uma coorte de doentes com Artrite Reumatoide* (Tese de Mestrado, Universidade da Beira Interior). Acedido em: <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1029/1/TESE%20DE%20MESTRADO.pdf>
- Ribeiro, N., Schier, A., Ornelas, A. C., Oliveira, C. M., Nardi, A. E., & Silva, A. C. (2013). Anxiety, depression and suicidal ideation in patients with rheumatoid arthritis in use of

methotrexate, hydroxychloroquine, leflunomide and biological drugs. *Comprehensive Psychiatry*, 54(8). Acedido em: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/0010440X>

Roque, A., Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (2007). *Manual de Elaboração, Disseminação e Implementação de Normas de Orientação Clínica*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência - Faculdade de Medicina de Lisboa. Acedido em <http://cembe.org/avc/docs/Manual%20de%20NOCs%20CEMBE%202007.pdf>

Santos, E., & Cunha, M. (2013). Interpretação Crítica dos Resultados Estatísticos de uma Meta-Análise: Estratégias Metodológicas. *Millenium*, 44 (janeiro/junho), 85-98.

Silva, J. (2005) *Reumatologia Prática*. 2ª ed. Coimbra: Diagnóstico.

Sociedad Española de Reumatología. (2006). *Estándares de tiempos de proceso y calidad asistencial en reumatología*. Madrid: Sociedad Española de Reumatología. Acedido em: <http://www.srreumatologia.com/images/calidad.pdf>

Sociedad Española de Reumatología. (2011). (Actualización de la) *GUIPCAR: guía de práctica clínica para el manejo de la artritis reumatoide en España*. Madrid: Sociedad Española de Reumatología. Acedido em: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_503\\_Guipcar\\_\(diciembre-2011\).pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_503_Guipcar_(diciembre-2011).pdf)

Sociedade Portuguesa de Reumatologia (2014). EpiReumaPt, Acedido em <http://www.spreumatologia.pt/noticias/epireumapt/73>

Solomon, D. H., Fraenkel, L., Lu, B., Brown, E., Tsao, P., Losina, E., ... Bitton, A. (2015). Comparison of Care Provided in Practices With Nurse Practitioners and Physician Assistants Versus Subspecialist Physicians Only: A Cohort Study of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 67(12), 1664-1670. doi: 10.1002/acr.22643

- Sørensen, J., Primdahl, J., Horn, H. C., & Hørslev-Petersen, K. (2015). Shared care or nurse consultations as an alternative to rheumatologist follow-up for rheumatoid arthritis (RA) outpatients with stable low disease-activity RA: Cost-effectiveness based on a 2-year randomized trial. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 44(1), 13-21.
- Sousa, C. F., & Branco, M. Z. P. C. (2014). Meta-síntese: uma revisão da literatura – Contributos para o conhecimento e para os cuidados de enfermagem. Acedido em <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/519/202,p.97-101>
- Sousa, N. M. (2013). *Prevenção da pneumonia por aspiração: revisão sistemática* (Dissertação de mestrado, Universidade do porto). Acedido em <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/70898/2/1775.pdf>
- Symmons, D. P. (2003). Environmental factors and the outcome of rheumatoid arthritis. [Review]. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 17(5), 717-727.
- The Bone and Joint Decade (2005). *A Guide to the Prevention and Treatment of Musculoskeletal Conditions for the Healthcare Practitioner and Policy Maker*. Sweden: EULAR.
- Tijhuis, G. J., Zwinderman, A. H., Hazes, J. M., Breedveld, F. C., & Vlieland, P. M. (2003). Two-year follow-up of a randomized controlled trial of a clinical nurse specialist intervention, inpatient, and day patient team care in rheumatoid arthritis. *Journal of Advanced Nursing* 41 (1), 34–43
- van Eijk-Hustings, Y., van Tubergen, A., Bostrom, C., Braychenko, E., Buss, B., Felix, J., ... Hill, J. (2012). EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis*, 71(1), 13-19.
- Vaz, D., Fernandes, S. M., Santos, L., Santos, J., Fernandes, J. J., Bugalho, A., ... Vaz Carneiro, A. (2010). *Norma de Orientação Clínica para Insulinoterapia na Diabetes*

*Mellitus Tipo2*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência.

Acedido em <http://cembe.org/avc/docs/NOC%20Insulinoterapia%20na%20DM%202%20CEMBE%20da%20FMUL%202010.pdf>

Watts, R. A., Mooney, J., Barton, G., MacGregor, A. J., Shepstone, L., Irvine, L., & Scott, D. G. (2015). The outcome and cost-effectiveness of nurse-led care in the community for people with rheumatoid arthritis: a non-randomized pragmatic study. *BMJ Open*, 5(8), 2015-007696.



**ANEXOS**



**Anexo I – Parecer da Comissão de Ética da ESV**





Instituto Politécnico de Viseu  
 ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU  
 COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER

Nº 34/2015

**ASSUNTO:** PARECER SOBRE O ESTUDO "EFICÁCIA DA CONSULTA DE FOLLOW-UP REALIZADA POR ENFERMEIROS, EM COMPARAÇÃO COM A CONSULTA REALIZADA PELO REUMATOLOGISTA, EM DOENTES COM ARTRITE"

Tendo a estudante Fabiana Isabel Moreira de Sousa, sob a orientação da Prof. Doutora Madalena Cunha, solicitado emissão de parecer sobre o estudo a realizar no âmbito do Relatório Final do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu apresenta o seguinte parecer:

- As investigadoras propõem-se realizar um estudo de revisão sistemática que incorporará estudos publicados e indexados em bases de dados científicos. O objectivo principal consiste em determinar a eficácia da consulta de enfermagem no controlo da actividade da doença, fadiga, qualidade de vida, dor, satisfação, auto-eficácia e adesão terapêutica dos doentes com artrite reumatóide, em conjugação ou comparação com as consultas realizadas pelo reumatologista;
- Verificamos a adequação entre os objectivos, o método e as estratégias na selecção e avaliação dos estudos a incluir nesta investigação;
- Consideramos que está assegurada a viabilidade do trabalho dada a formação científica da equipe de investigadores, do tempo que dispõem e dos recursos apontados;
- Os benefícios previstos com este estudo são caracterizar os resultados sobre o impacto da consulta de enfermagem no controlo da actividade da doença nos doentes com artrite reumatóide, contribuindo para documentar o "estado da arte". Neste sentido, recomendamos que sejam enunciadas propostas e/ou estratégias que se revertam na melhoria da consulta de follow-up e que as conclusões sejam divulgadas pelos meios mais adequados;
- Não se verificam conflitos de interesses.

Face ao exposto, somos de parecer que este estudo não levanta questões éticas referentes à dignidade dos participantes pois trata-se de um estudo secundário e tem uma adequada metodologia científica para ser realizado.

Viseu, 26 de novembro de 2015

*Françoise Neiva Batista Lúcia*  
 A relatora e Presidente da CE da ESSV

*Prof. Madalena  
 Presidente da  
 Comissão de  
 26/11/2015*



## **Anexo II – Estratégia de Pesquisa**



PIO Pubmed:

Advanced search - PubM | "Multicenter study" - MeSH | ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/advanced

History [Download history](#) [Clear history](#)

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#30	<a href="#">Add</a>	Search (((("Arthritis, Rheumatoid"[Mesh] OR "Rheumatoid arthritis") AND ("Nurse's Role"[Mesh] OR (((("Nurse's role") OR "Nursing consultations") OR "shared care") OR "Nurse-led rheumatology clinic") OR "Multidisciplinary team-care")))) AND (((((((("Education"[Mesh] OR "Patient Satisfaction"[Mesh] OR "Quality-Adjusted Life Years"[Mesh] OR "Quality of Life"[Mesh] OR "Pain"[Mesh] OR "Self Efficacy"[Mesh] OR "Fatigue"[Mesh]) OR (((((((("Education") OR "Patient satisfaction") OR "Quality-Adjusted life years") OR "Quality of life") OR "Pain") OR "Self-efficacy") OR "Fatigue") OR "Disease activity") OR "Treatment Adherence")))) Filters: published in the last 10 years; Humans	46	09.05.19
#29	<a href="#">Add</a>	Search (((("Arthritis, Rheumatoid"[Mesh] OR "Rheumatoid arthritis") AND ("Nurse's Role"[Mesh] OR (((("Nurse's role") OR "Nursing consultations") OR "shared care") OR "Nurse-led rheumatology clinic") OR "Multidisciplinary team-care")))) AND (((((((("Education"[Mesh] OR "Patient Satisfaction"[Mesh] OR "Quality-Adjusted Life Years"[Mesh] OR "Quality of Life"[Mesh] OR "Pain"[Mesh] OR "Self Efficacy"[Mesh] OR "Fatigue"[Mesh]) OR (((((((("Education") OR "Patient satisfaction") OR "Quality-Adjusted life years") OR "Quality of life") OR "Pain") OR "Self-efficacy") OR "Fatigue") OR "Disease activity") OR "Treatment Adherence")))) Filters: published in the last 10 years	49	09.04.01
#28	<a href="#">Add</a>	Search (((("Arthritis, Rheumatoid"[Mesh] OR "Rheumatoid arthritis") AND ("Nurse's Role"[Mesh] OR (((("Nurse's role") OR "Nursing consultations") OR "shared care") OR "Nurse-led rheumatology clinic") OR "Multidisciplinary team-care")))) AND (((((((("Education"[Mesh] OR "Patient Satisfaction"[Mesh] OR "Quality-Adjusted Life Years"[Mesh] OR "Quality of Life"[Mesh] OR "Pain"[Mesh] OR "Self Efficacy"[Mesh] OR "Fatigue"[Mesh]) OR (((((((("Education") OR "Patient satisfaction") OR "Quality-Adjusted life years") OR "Quality of life") OR "Pain") OR "Self-efficacy") OR "Fatigue") OR "Disease activity") OR "Treatment Adherence"))))	71	09.03.51
#27	<a href="#">Add</a>	Search (((("Arthritis, Rheumatoid"[Mesh] OR "Rheumatoid arthritis") AND ("Nurse's Role"[Mesh] OR (((("Nurse's role") OR "Nursing consultations") OR "shared care") OR "Nurse-led rheumatology clinic") OR "Multidisciplinary team-care"))))	104	09.01.08
#26	<a href="#">Add</a>	Search (((("Randomized Controlled Trial"[Publication Type] OR "Comparative Study"[Publication Type] OR "Multicenter Study"[Publication Type] OR "Cohort Studies"[Mesh]	3190536	08.56.41
#21	<a href="#">Add</a>	Search (((((((("Education"[Mesh] OR "Patient Satisfaction"[Mesh] OR "Quality-Adjusted Life Years"[Mesh] OR "Quality of Life"[Mesh] OR "Pain"[Mesh] OR "Self Efficacy"[Mesh] OR	1929543	08.53.43

Advanced search - PubM | "Multicenter study" - MeSH | ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/advanced

#27	<a href="#">Add</a>	Search (((("Arthritis, Rheumatoid"[Mesh] OR "Rheumatoid arthritis") AND ("Nurse's Role"[Mesh] OR (((("Nurse's role") OR "Nursing consultations") OR "shared care") OR "Nurse-led rheumatology clinic") OR "Multidisciplinary team-care"))))	104	09.01.08
#26	<a href="#">Add</a>	Search (((("Randomized Controlled Trial"[Publication Type] OR "Comparative Study"[Publication Type] OR "Multicenter Study"[Publication Type] OR "Cohort Studies"[Mesh]	3190536	08.56.41
#21	<a href="#">Add</a>	Search (((((((("Education"[Mesh] OR "Patient Satisfaction"[Mesh] OR "Quality-Adjusted Life Years"[Mesh] OR "Quality of Life"[Mesh] OR "Pain"[Mesh] OR "Self Efficacy"[Mesh] OR "Fatigue"[Mesh]) OR (((((((("Education") OR "Patient satisfaction") OR "Quality-Adjusted life years") OR "Quality of life") OR "Pain") OR "Self-efficacy") OR "Fatigue") OR "Disease activity") OR "Treatment Adherence"))))	1929543	08.53.43
#20	<a href="#">Add</a>	Search (((((((("Education") OR "Patient satisfaction") OR "Quality-Adjusted life years") OR "Quality of life") OR "Pain") OR "Self-efficacy") OR "Fatigue") OR "Disease activity") OR "Treatment Adherence"	1724300	08.53.29
#19	<a href="#">Add</a>	Search (((((((("Education"[Mesh] OR "Patient Satisfaction"[Mesh] OR "Quality-Adjusted Life Years"[Mesh] OR "Quality of Life"[Mesh] OR "Pain"[Mesh] OR "Self Efficacy"[Mesh] OR "Fatigue"[Mesh]	1124236	08.51.48
#11	<a href="#">Add</a>	Search ("Standard of Care"[Mesh] OR (((("Standard of care") OR "Rheumatologist") OR "Consultant") OR "Junior physician")	37883	08.47.27
#10	<a href="#">Add</a>	Search (((("Standard of care") OR "Rheumatologist") OR "Consultant") OR "Junior physician"	37444	08.47.14
#9	<a href="#">Add</a>	Search "Standard of Care"[Mesh]	1679	08.46.30
#7	<a href="#">Add</a>	Search ("Nurse's Role"[Mesh] OR (((("Nurse's role") OR "Nursing consultations") OR "shared care") OR "Nurse-led rheumatology clinic") OR "Multidisciplinary team-care")	37662	08.45.47
#6	<a href="#">Add</a>	Search (((("Nurse's role") OR "Nursing consultations") OR "shared care") OR "Nurse-led rheumatology clinic") OR "Multidisciplinary team-care"	37662	08.45.32
#5	<a href="#">Add</a>	Search "Nurse's Role"[Mesh]	34973	08.44.20
#3	<a href="#">Add</a>	Search ("Arthritis, Rheumatoid"[Mesh] OR "Rheumatoid arthritis"	123894	08.43.43
#2	<a href="#">Add</a>	Search "Rheumatoid arthritis"	112945	08.43.28
#1	<a href="#">Add</a>	Search "Arthritis, Rheumatoid"[Mesh]	97387	08.42.17

## PIO EBSCO:

The screenshot shows the EBSCOhost search results page for a search query. The page is titled "Histórico/alertas de pesquisa" and displays a list of search items. The search results are filtered by "Pesquisar com AND". The table below summarizes the search items shown in the screenshot.

Pesquisar número de ID	Termos da pesquisa	Opções de pesquisa	Ações
S8	S4 AND S6	Limitadores - Data de publicação: 20040101-20141231 Modos de pesquisa - Booleano/Frase	<a href="#">Exibir resultados (45)</a> <a href="#">Exibir detalhes</a> <a href="#">Editar</a>
S7	S4 AND S6	Modos de pesquisa - Booleano/Frase	<a href="#">Exibir resultados (52)</a> <a href="#">Exibir detalhes</a> <a href="#">Editar</a>
S6	(TX "Cohort study" OR TX "Multicenter study" OR TX "Comparative study" OR TX "Randomised controlled trial") AND (S1 AND S2)	Modos de pesquisa - Booleano/Frase	<a href="#">Exibir resultados (52)</a> <a href="#">Exibir detalhes</a> <a href="#">Editar</a>
S5	TX "Cohort study" OR TX "Multicenter study" OR TX "Comparative study" OR TX "Randomised controlled trial"	Modos de pesquisa - Booleano/Frase	<a href="#">Exibir resultados (297,855)</a> <a href="#">Exibir detalhes</a> <a href="#">Editar</a>
S4	TX "Education" OR TX "Patient satisfaction" OR TX "Quality-Adjusted life years" OR TX "Quality of life" OR TX "Pain" OR TX "Self-efficacy" OR TX "Fatigue" OR TX "Disease activity" OR TX "Treatment Adherence"	Modos de pesquisa - Booleano/Frase	<a href="#">Exibir resultados (1,420,572)</a> <a href="#">Exibir detalhes</a> <a href="#">Editar</a>
S3	TX "Standard of care" OR TX "Rheumatologist" OR TX "Consultant" OR "Junior physician"	Modos de pesquisa - Booleano/Frase	<a href="#">Exibir resultados (133,989)</a> <a href="#">Exibir detalhes</a> <a href="#">Editar</a>
S2	TX "Nurse's role" OR TX "Nursing consultations" OR TX "shared care" OR TX "Nurse-led rheumatology clinic" OR TX "Multidisciplinary team-care"	Modos de pesquisa - Booleano/Frase	<a href="#">Exibir resultados (10,629)</a> <a href="#">Exibir detalhes</a> <a href="#">Editar</a>
S1	TX "Rheumatoid arthritis"	Modos de pesquisa - Booleano/Frase	<a href="#">Exibir resultados (33,249)</a> <a href="#">Exibir detalhes</a> <a href="#">Editar</a>

At the bottom of the page, the search results are summarized as "Resultados da pesquisa: 1 - 20 de 33,249". The Windows taskbar at the bottom shows the time as 15:50 on 30-12-2015.

PIO Embase:

The screenshot shows the Embase search results page for search #30. The left sidebar lists various filters such as Sources, Drugs, Diseases, Devices, etc. The main content area displays a list of search items with their IDs, search terms, and counts.

ID	Search Term	Count
#30	#22 AND #28 AND [humans]/tm AND [2005-2015]/py	35
#29	#22 AND #28	55
#28	#1 AND #7	80
#27	#23 OR #24 OR #25 OR #26	1,007,807
#26	'cohort study'	138,967
#25	'multicenter study'	148,315
#24	'comparative study'	725,863
#23	'randomised controlled trial'	18,062
#22	#13 OR #14 OR #15 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21	2,352,358
#21	'treatment adherence'	1
#20	'disease activity'	74,591
#19	'fatigue'	177,729
#18	'self-efficacy'	19,312
#17	'pain'	922,686
#16	'quality of life'	360,481
#15	'quality-adjusted life years'	7,044
#14	'patient satisfaction'	102,666

The screenshot shows the Embase search results page for search #30, displaying a list of search items. Below the list, the first result is expanded to show its details.

ID	Search Term	Count
#15	'quality-adjusted life years'	7,044
#14	'patient satisfaction'	102,666
#13	'education'	1,194,389
#12	#8 OR #9 OR #10 OR #11	68,912
#11	'junior physician'	29
#10	'consultant'	35,921
#9	'rheumatologist'	5,092
#8	'standard of care'	28,232
#7	#2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6	2,192
#6	'nurse role'	494
#5	'nursing consultations'	89
#4	'shared care'	1,481
#3	'nurse-led rheumatology clinic'	9
#2	'multidisciplinary team-care'	126
#1	'rheumatoid arthritis'/exp OR 'rheumatoid arthritis'	180,650

**35 results for search #30**

**Results** View | Print | Export | Email | Order | Add to Clipboard 1 - 35

Select number of items | Selected: 0 (Clear) Sort by: Relevance | Publication Year | Entry Date

1 A nurse-led rheumatology clinic versus rheumatologist-led clinic in monitoring of patients with chronic inflammatory arthritis undergoing biological therapy: A cost comparison study in a randomised controlled trial  
Larsson I, Fridlund B, Arvidsson B, Teleman A, Svedberg P, Bergman S.



**Anexo III - JBI data extraction form for systematic review of experimental/  
observational studies**



Reviewer \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 Author \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_  
 Journal \_\_\_\_\_ Record Number \_\_\_\_\_

**Study Method**    RCT     Quasi-RCT     Longitudinal   
                          Retrospective     Observational     Other

**Participants**

Setting \_\_\_\_\_  
 Population \_\_\_\_\_  
 Sample size \_\_\_\_\_  
 Intervention 1 \_\_\_\_\_    Intervention 2 \_\_\_\_\_    Intervention 3 \_\_\_\_\_

**Interventions**

**Intervention 1:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**Intervention 2:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**Intervention 3:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Clinical outcome measures**

Outcome Description	Scale/measure

**Study results****Dichotomous data**

Outcome	Intervention ( ) number / total number	Intervention ( ) number / total number

**Continuous data**

Outcome	Intervention ( ) mean & SD (number)	Intervention ( ) mean & SD (number)

**Authors' conclusions:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Comments:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **APÊNDICES**



## **Apêndice I – Características dos estudos incluídos**



**Koksvik, H. S., Hagen, K. B., Rodevand, E., Mowinckel, P., Kvien, T. K., & Zangi, H. A. (2013). Patient satisfaction with nursing consultations in a rheumatology outpatient clinic: a 21-month randomised controlled trial in patients with inflammatory arthritides. *Ann Rheum Dis*, 72(6), 836-843. doi: 10.1136/annrheumdis-2012-202296**

<b>Participantes</b>	68 Doentes (com mais de 18 anos) portadores de Artrite Inflamatória, em que 35 participantes (53%) eram portadores de Artrite Reumatoide, com doença estabilizada e que iniciaram fármacos modificadores da doença reumática 3 meses antes de serem randomizados para o estudo. <i>Setting:</i> Hospital da Noruega.
<b>Métodos</b>	Um estudo randomizado controlado, em que o principal objetivo foi investigar os efeitos das consultas de Enfermagem individuais, em comparação com as consultas com o reumatologista, na satisfação do doente com AR. Além disto, pretendeu-se investigar a existência de diferenças nos resultados da atividade da doença, nos sintomas relacionados com a doença, na qualidade de vida (HRQOL) e nas estratégias de coping. A hipótese do estudo foi que a satisfação do doente seria igual ou superior quando acompanhados por um enfermeiro especialista em reumatologia, em comparação com os doentes acompanhados por um reumatologista, e que não haveria diferenças noutros resultados entre os dois grupos, em 21 meses de follow-up. <i>O outcome</i> primário foi a satisfação do doente (LSQ), avaliado no início, aos 9 meses e aos 21 meses. Os <i>outcomes</i> secundários incluem estratégias de coping (CORS), atividade da doença (DAS-28), dor (VAS-pain), fadiga (VAS- fatigue), avaliação global do doente – PGA (VAS-symptoms) e qualidade de vida – HRQOL (SF-36).
<b>Intervenções</b>	Os participantes foram randomizados usando um programa informático desenvolvido pela Universidade Norueguesa de Ciência e Tecnologia, dando-lhes acesso a um dos dois grupos: <u>Grupo de controlo:</u> Follow-up realizado por um médico reumatologista (n=17: doentes diagnosticados com AR), correspondendo a 49% (n = 33) do total dos participantes; <u>Grupo de intervenção:</u> Follow-up realizado por um enfermeiro especificamente treinado em reumatologia (n=19: doentes diagnosticados com AR), correspondendo a 51% (n = 35) do total dos participantes. Após a randomização, eram agendadas consultas com os respetivos profissionais, realizando-se follow-up aos 3, 9 e 21 meses.

<b>Resultados</b>	<p>A média do DAS-28 da totalidade dos participantes em estudo foi de 3.0. Em relação ao <i>outcome</i> primário, foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos em todas as subescalas do LSQ, favoravelmente ao grupo monitorizado por enfermeiros, nos follow-up dos 9 e 21 meses. Observou-se ainda que os participantes deste grupo aumentaram a sua satisfação em todas as subescalas desde o início até aos 21 meses de monitorização (todos os valores de <math>p &lt; 0.05</math>). O grupo monitorizado por reumatologistas revelou satisfação reduzida na subescala “disponibilização de informação” e “acesso e continuidade dos cuidados (com valores de <math>p &lt; 0.01</math>).</p> <p>Em relação aos <i>outcomes</i> secundários, a atividade da doença melhorou, desde o início do estudo até aos 9 meses de follow-up, em ambos os grupos e a melhoria manteve-se até aos 21 meses de follow-up (média de <math>DAS-28 &lt; 2.6</math>, que é definida como remissão); Esta melhoria foi ligeiramente superior no grupo monitorizado por enfermeiros aos 9 meses de follow-up (diferença entre os grupos de 0.45, <math>p = 0.03</math>). Aos 9 meses de follow-up, houve uma tendência para uma melhor pontuação na avaliação geral do doente (PGA) e dor nas articulações (VAS-pain) no grupo monitorizado por enfermeiros comparativamente ao grupo monitorizado por reumatologistas (<math>p = 0.05</math> e <math>0.06</math>, respetivamente).</p>
<b>Conclusões</b>	<p>Este estudo mostra aumento de satisfação por parte dos doentes quando lhe é transmitida mais informações. Providenciar educação para a saúde e fornecer informações aos doentes é um dos principais cuidados dos enfermeiros em reumatologia, pois estes defendem que a informação capacita os doentes, permitindo-lhes tomarem decisões informadas e assumir o controlo sobre a sua doença, associando-se a uma maior satisfação com os cuidados.</p>
<b>Implicações para a prática</b>	<p>As conclusões deste estudo são suportadas pelas recomendações recentemente emanadas pela EULAR sobre o papel do enfermeiro na gestão das doenças reumáticas., que afirmam que “os doentes devem ter acesso a um enfermeiro para educação para a saúde, melhorando o seu conhecimento e gestão da doença”. Maior conhecimento do processo da doença, estratégias de tratamento e estratégias de auto-gestão, foram encontrados em doentes seguidos em consultas de Enfermagem.</p>

Larsson, I., Fridlund, B., Arvidsson, B., Teleman, A., & Bergman, S. (2014). Randomized controlled trial of a nurse-led rheumatology clinic for monitoring biological therapy. *J Adv Nurs*, 70(1), 164-175. doi: 10.1111/jan.12183

<b>Participantes</b>	107 Doentes com Artrite Inflamatória Crónica em que 60 participantes eram portadores de Artrite Reumatoide a realizar terapia com biológicos, com baixa atividade da doença ou em remissão (DAS 28 $\leq$ 3.2).  <i>Setting</i> : Clinica Reumatológica na Suécia.
<b>Métodos</b>	Foi realizado um estudo randomizado controlado com a intenção de substituir uma das duas consultas anuais de monitorização com o reumatologista, por uma consulta realizada por um enfermeiro especialista em reumatologia, em doentes a realizar terapia com biológicos. A hipótese do estudo foi que os resultados das monitorizações realizadas por enfermeiros não seriam inferiores aos resultados obtidos pelas monitorizações dos reumatologistas, em 12 meses de follow-up. O <i>outcome primário</i> foi a atividade da doença medida através do DAS 28.  Todos os doentes incluídos no estudo tiveram consulta com o reumatologista no início e após 12 meses. No grupo experimental, uma das duas consultas anuais com o reumatologista era substituída por uma consulta com o enfermeiro especialista (aos 6 meses).
<b>Intervenções</b>	Os 60 doentes que cumpriram critérios e aceitaram participar no estudo, estiveram sujeitos a um pré-teste antes da inclusão no estudo, um teste na consulta aos 6 meses, e aos 12 meses, baseado no DAS 28. Foram randomizados retirando um envelope selado que lhes deu acesso a um dos dois grupos:  <u>Grupo de controlo</u> : Monitorizado pelo seu reumatologista após 6 meses (n = 35); <u>Grupo experimental</u> : Monitorizado por um enfermeiro especialista após 6 meses (n = 25).  Em ambos os grupos, a consulta de 30 minutos servia para avaliar os efeitos da medicação e a atividade da doença através do DAS 28, além de examinar os resultados analíticos dos exames laboratoriais, o tratamento farmacológico, adesão, efeitos colaterais, bem como o estado geral de saúde, usando o HAQ, VAS-pain e NRS.
<b>Resultados</b>	52 doentes completaram o estudo.  <i>Outcome primário</i> : Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas no DAS 28 entre os dois grupos. Há diferenças

	<p>estatisticamente significativas, mas não clinicamente relevantes, em algumas medições individuais, mas que não provocou alterações significativas entre os grupos.</p> <p><i>Outcome secundário:</i> Sem diferenças significativas entre os grupos, na avaliação da capacidade funcional (HAQ), na auto-avaliação da dor (VAS-pain), e no nível de satisfação ou de confiança (NRS) com os cuidados de saúde reumatológicos.</p>
<b>Conclusões</b>	<p>Não há diferenças estatisticamente significativas nos resultados avaliados pelo DAS 28, no seguimento por enfermeiros comparando ao realizado pelos reumatologistas, em 12 meses de tratamento. A monitorização de doentes sob terapia com biológicos realizada por enfermeiros especialistas em reumatologia revela a não existência de deterioração, comparativamente à monitorização realizada por reumatologistas. Assim, conclui-se neste estudo que os cuidados realizados pelo enfermeiro no acompanhamento de doentes com baixa atividade da doença ou em remissão, são efetuados com a mesma segurança e eficácia comparativamente ao previsto pelo reumatologista.</p>
<b>Implicações para a prática</b>	<p>A consulta de follow-up em doentes sob terapia com biológicos pode ser desenvolvida por enfermeiros especialistas em reumatologia, baseando-se no cuidado centrado na pessoa como complemento às consultas com o reumatologista, e indo de encontro às recomendações emanadas pelas EULAR.</p>

Larsson, I., Fridlund, B., Arvidsson, B., Teleman, A., Svedberg, P., & Bergman, S. (2015). A nurse-led rheumatology clinic versus rheumatologist-led clinic in monitoring of patients with chronic inflammatory arthritis undergoing biological therapy: A cost comparison study in a randomised controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*.

<b>Participantes</b>	107 Doentes (com mais de 18 anos) com Artrite Inflamatória Crónica em que 60 participantes eram portadores de Artrite Reumatoide a realizar terapia com biológicos e com DAS 28 $\leq$ 3.2. <i>Setting</i> : Clinica Reumatológica na Suécia.
<b>Métodos</b>	Estudo de comparação de custos baseado num estudo randomizado controlado com o objetivo de comparar a monitorização da terapia biológica realizada por um enfermeiro especialista em reumatologia versus a que é realizada por um reumatologista.  Foi definido como <i>outcome primário</i> qual o custo anual total dos recursos e custos diretos dos cuidados reumatológicos para monitorizar a terapia biológica durante 12 meses; Como <i>outcome secundário</i> procurou-se saber onde foram usados os recursos e custos diretos para implementar a monitorização, referidos no <i>outcome primário</i> .
<b>Intervenções</b>	Os intervenientes foram randomizados retirando um envelope selado que lhes deu acesso a um dos dois grupos:  <u>Grupo experimental</u> : Monitorizado por enfermeiros especialistas após 6 meses (n = 25);  <u>Grupo de controlo</u> : Monitorizado por reumatologistas após 6 meses (n = 35).  Todos os doentes incluídos no estudo tiveram consulta com o reumatologista no início e após 12 meses. Nas consultas foi avaliada a atividade da doença baseado no DAS 28, o regime terapêutico considerando a administração, adesão terapêutica, efeitos colaterais e análises sanguíneas, assim como o seu estado geral de saúde avaliado pelo HAQ e Eq5D.  No grupo experimental, uma das duas consultas anuais com o reumatologista era substituída por uma consulta com o enfermeiro especialista. Este focava-se nas atuais necessidades do doente e nas suas potencialidades para as superar, considerando-o <i>expert</i> na sua doença e situação de vida atual, e discutindo e planeando o tratamento em conjunto.
<b>Resultados</b>	52 doentes completaram o estudo.  <i>Outcome primário</i> : o custo total anual com os cuidados reumatológicos (monitorização fixa, monitorização variável, reabilitação, consultas com especialistas, exames complementares de diagnóstico e fármacos) foi de

	<p>14107.7€ por doente quando a monitorização foi realizada por enfermeiros, comparando com 16274.9€ quando realizada por reumatologistas (<math>\rho=0.004</math>), revelando custos anuais 13% mais reduzidos para a monitorização por enfermeiros.</p> <p><i>Outcome secundário:</i> Encontram-se diferenças estatisticamente significativas nos grupos relativamente às análises sanguíneas (1:3.9; <math>\rho=0.014</math>); relativamente ao custo total anual fixo, em que se gasta 381.7€ (+/- 2.3) no grupo de intervenção, comparado com 498.3€ (+/- 2.6) no grupo de controlo (<math>\rho=0.001</math>); relativo ao custo total anual (fixo e variável) com a monitorização, sendo 24% mais reduzidos quando realizada por enfermeiros (<math>\rho=0.001</math>); assim como em relação aos fármacos prescritos e custos relacionados (1:1.1, <math>\rho=0.029</math>).</p>
<b>Conclusões</b>	<p>Substituindo uma das duas consultas anuais com o reumatologista por uma consulta realizada por enfermeiros mostrou não existirem contactos adicionais durante o ambulatório, mas sim uma diminuição no uso de recursos e redução de custos. Esta redução não está relacionada com qualquer diferença entre os grupos em termos de resultados clínicos.</p>
<b>Implicações para a prática</b>	<p>Doentes com AR com baixa atividade da doença submetidos a terapia biológica, podem ser monitorizados com uma redução de custos anuais e de recursos por enfermeiros especialistas em reumatologia, baseando-se nos cuidados centrados na pessoa, comparativamente com reumatologistas, sem diferenças nos <i>outcomes</i> clínicos. A intervenção dos enfermeiros especialistas pode libertar recursos de modo a que os reumatologistas se concentrem na monitorização mais intensiva dos doentes em início da doença ou com elevada atividade da doença.</p>

Ndosi, M., Lewis, M., Hale, C., Quinn, H., Ryan, S., Emery, P., Hill, J. (2014). The outcome and cost-effectiveness of nurse-led care in people with rheumatoid arthritis: a multicentre randomised controlled trial. *Ann Rheum Dis*, 73(11), 1975-1982. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-203403

<b>Participantes</b>	181 Adultos com Artrite Reumatoide <i>Setting:</i> 10 clínicas reumatológicas no Reino Unido.
<b>Métodos</b>	Estudo multicêntrico randomizado controlado, com objetivo de determinar a eficácia clínica e o custo-eficácia da monitorização realizada por enfermeiros, em pessoas com artrite reumatoide.  Os doentes eram observados em 5 consultas que decorriam na semana 0, 13, 26, 39 e 52, por reumatologistas ou por enfermeiros.  Foi definido como <i>Outcome primário</i> o score da atividade da doença (DAS 28) e como <i>Outcomes secundários</i> a intensidade da dor (pain-VAS), a fadiga (fatigue-VAS), duração da rigidez matinal, qualidade de vida (RAQol e EQ5D), avaliação da capacidade funcional (HAQ –DI), ansiedade e depressão hospitalar (HADS), autoeficácia (ASES), satisfação (LEQ), e custos diretos e indiretos associados.
<b>Intervenções</b>	Os participantes foram escolhidos aleatoriamente através de um serviço remoto telefónico de randomização fornecido pela universidade de Leeds.  <u>Grupo de controlo:</u> Cuidados conduzidos por reumatologistas (n = 90), com uma média de idades de 57.27 anos (+/- 12.20), em que 67% eram do sexo feminino,  <u>Grupo experimental:</u> Cuidados conduzidos por enfermeiros (n = 91), com média de idades de 60.20 anos (+/- 11.26), em que 67% eram do sexo feminino.  Os participantes eram observados pelos respetivos profissionais (reumatologistas ou enfermeiros) e todos os procedimentos seguiam um protocolo e eram registados.
<b>Resultados</b>	133 participantes completaram o estudo.  Em média, as consultas realizadas por enfermeiros foram mais longas (92% das consultas com uma média de 111min) do que as realizadas pelos reumatologistas (85% com 71min). Foram ainda nas consultas realizadas por enfermeiros que se fizeram mais alterações de terapêutica, que se indicou mais injeções com corticoides e mais exames radiológicos, e onde se forneceu mais educação para a saúde e suporte psicossocial. Houve ainda menos taxas de internamentos não programados ou de visitas às urgências, e a melhoria na atividade da doença (alteração no DAS28) no decorrer das

	<p>consultas foi melhor.</p> <p>Os resultados dos <i>outcomes secundários</i> mostram uma não inferioridade para as consultas realizadas por enfermeiros. Melhorias foram consistentemente melhores para os cuidados realizados por enfermeiros nos resultados da dor e função física. Na fadiga, rigidez matinal e escalas de ansiedade e depressão hospitalar houve ligeiro agravamento no grupo monitorizado por enfermeiros, comparado com ligeiras melhorias no grupo monitorizado por reumatologistas. A monitorização por enfermeiros apresentou uma melhor satisfação global (escala LSQ) na semana 26, mas não na semana 52, mas sem diferenças significativas entre os dois grupos. As consultas realizadas por enfermeiros têm custos inferiores, especialmente após o ajuste para o agente biológico de base.</p> <p>A monitorização por enfermeiros é mais custo-efetivo no que respeita aos custos relativos com o DAS 28 em ambas as análises realizadas (ITT e PP). Por outro lado, quando usada a QALY, a probabilidade de a monitorização realizada por enfermeiros ser mais benéfica economicamente, depende do tipo de análise usada: favorável com a PP mas não na análise ITT.</p>
<b>Conclusões</b>	<p>O cuidado conduzido por enfermeiros não foi inferior ao cuidado conduzido por reumatologistas, em qualquer ponto do follow-up. Isto sugere que o cuidado conduzido por enfermeiros pode ser aplicado à maioria dos doentes com AR, sem perda da eficácia em termos da atividade da doença. Em termos económicos, não são consistentes as conclusões sobre custo-eficácia, existindo variações de resultados entre resultados específicos da doença e resultados genéricos, de acordo com o tipo de análise estatística usada.</p>
<b>Implicações para a prática</b>	<p>Os resultados mostram benefícios clínicos no cuidado conduzido por enfermeiros, nomeadamente no respeito à atividade da doença e satisfação global com os cuidados. Não são, porém, consistentes as conclusões sobre custo-eficácia das políticas de saúde.</p>

Primdahl, J., Horn, H. C., & Hørslev-Petersen, K. (2012). Shared care and nursing consultations: A useful alternative to rheumatologist-initiated follow-up in outpatients with rheumatoid arthritis. Results from a 2-year randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 41, 35-36.

<b>Participantes</b>	287 Doentes, adultos, com AR à pelo menos 18 meses, com baixa atividade da doença (DAS 28 < 3.2), avaliação da capacidade funcional (HAQ) < 2.5 e sem aumento das dosagens dos fármacos modificadores da doença reumática ou esteroides nos últimos 3 meses, seguidos em consulta. <i>Setting:</i> 2 clínicas reumatológicas na Dinamarca.
<b>Métodos</b>	Um estudo randomizado controlado, com a duração de 2 anos de acompanhamento, com o objetivo de comparar os resultados de três métodos diferentes de cuidados aplicados a doentes com AR com baixa atividade da doença, a serem seguidos em consultas de follow-up. Foi definido como <i>outcome primário</i> : alteração no score da atividade da doença baseado na proteína C reativa (DAS 28-CRP). Outros <i>outcomes</i> avaliados são: avaliação da capacidade funcional (HAQ), intensidade da dor (VAS-pain), fadiga (VAS-fatigue), estado global de saúde (VAS-global health), confiança e satisfação (VAS-confidence and VAS-satisfaction), qualidade de vida (SF-12), e autoeficácia (RASE-DK e ASES-DK).
<b>Intervenções</b>	Os participantes foram randomizados usando uma sequência de números aleatórios gerados por computador, em blocos de 9: 3 para cada grupo. Não há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. <u>Grupo de controlo:</u> Consultas com o reumatologista (n = 97) com 64 do sexo feminino e 33 do masculino, com média de idades de 60 anos (+/- 11.1). Consultas planeadas, a cada 3 e 12 meses, em que a frequência das consultas era baseada no julgamento clínico. O objetivo era a manutenção do DAS 28 < 3.2. <u>Grupo experimental 1:</u> Consultas realizadas por reumatologistas e enfermeiros em conjunto, sem consultas planeadas (n = 96) com 71 de sexo feminino e 25 do masculino, em média com idade de 62 anos (+/- 10.2). Além das revisões anuais, não eram planeadas mais consultas adicionais para estes doentes. Tinham à disposição uma linha telefónica para contactar com os seus enfermeiros e médicos de família, do centro de saúde. <u>Grupo experimental 2:</u> Consultas com enfermeiros (n = 94) com 65 do sexo feminino e 29 do masculino, com média de 61 anos (+/- 12.4). As consultas de 30 min eram planeadas e agendadas a cada 3 meses, com um enfermeiro especialista e treinado em reumatologia. Estes doentes podiam igualmente

	<p>contactar o enfermeiro através da linha telefónica. Se o DAS28 &gt; 3.2, os doentes teriam de ser observados pelo reumatologista.</p> <p>Todos os participantes preenchiem uma série de questionários no início e após o 1º e 2º ano de follow-up. Extraordinariamente, completavam a cada 3 meses o HAQ. Todos faziam raio-X das articulações das mãos e pés no início e após 2 anos.</p>
<b>Resultados</b>	<p>No período total dos 2 anos, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em relação às diferenças no DAS 28-CPR e nas alterações observadas nos raio-X das mãos e pés entre os 3 grupos.</p> <p>Na avaliação realizada aos 24 meses, o grupo monitorizado por enfermeiros apresentou menos atividade da doença (-0.3, p=0.049), aumento da sua auto-eficácia (ASES-DK 18.8, p=0.001), aumento da confiança (10.7, p=0.001), e aumento da satisfação (10.8, p&lt;0.001), comparado com o grupo monitorizado por reumatologistas.</p>
<b>Conclusões</b>	<p>Os resultados mostram que o regime de follow-up dos doentes com artrite reumatoide pode ser alterado da configuração tradicional de acompanhamento pelo reumatologista, para um follow-up realizado por enfermeiros ou por uma partilha entre enfermeiros e reumatologistas.</p> <p>Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na atividade da doença entre o grupo dos cuidados partilhados por reumatologistas e enfermeiros e o grupo de cuidados realizados por reumatologistas. O grupo monitorizado por enfermeiros exibiu significativamente menor atividade da doença nos 2 anos de follow-up, em comparação com o monitorizado por reumatologistas, mas as diferenças não excederam os mínimos considerados importantes.</p> <p>A confiança e satisfação dos participantes com o seu follow-up foi superior no grupo monitorizado por enfermeiros e inferior no grupo com monitorização partilhada entre enfermeiros e reumatologistas, comparativamente com o grupo monitorizado por reumatologistas.</p>
<b>Implicações para a prática</b>	<p>É seguro implementar cuidados partilhados ou permitir o follow-up por enfermeiros experientes em reumatologia a doentes com artrite reumatoide com baixa atividade da doença. Incluindo enfermeiros nos cuidados de follow-up, aumenta a autoeficácia dos doentes e a sua confiança e satisfação em relação aos cuidados de acompanhamento.</p>

Sørensen, J., Primdahl, J., Horn, H. C., & Hørslev-Petersen, K. (2015). Shared care or nurse consultations as an alternative to rheumatologist follow-up for rheumatoid arthritis (RA) outpatients with stable low disease-activity RA: Cost-effectiveness based on a 2-year randomized trial. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 44(1), 13-21.

<b>Participantes</b>	287 Doentes, adultos, com AR à pelo menos 18 meses, com baixa atividade da doença (DAS 28 < 3.2), avaliação da capacidade funcional (HAQ) < 2.5 e sem aumento das dosagens dos fármacos modificadores da doença reumática ou esteroides nos últimos 3 meses, seguidos em consulta. <i>Setting:</i> 2 clínicas reumatológicas na Dinamarca.
<b>Métodos</b>	Um estudo pragmático, multicêntrico, randomizado controlado, com a duração de 2 anos e com o objetivo de comparar o custo-eficácia de três tipos de follow-up realizados a doentes com artrite reumatoide estabilizada e com baixa atividade da doença. Foram avaliados três <i>outcomes</i> no momento de inclusão e após 12 e 24 meses: score da atividade da doença baseando na proteína C reativa (DAS 28-CPR), avaliação da capacidade funcional (HAQ) e qualidade de vida (EQ-5D).
<b>Intervenções</b>	Todos os doentes incluídos participaram num curso ministrado por uma equipa multidisciplinar, visando o desenvolvimento da sua auto-eficácia e conhecimento do tratamento. A randomização dos participantes efetuou-se utilizando uma sequência de números aleatórios, gerados por computador, e foi conduzida de forma independente do corpo clínico, alocando-os num dos três grupos: <u>Grupo de controlo:</u> Consultas com o reumatologista (n = 97) com 64 do sexo feminino e 33 do masculino, com média de idades de 61 anos (+/- 11.1). Consultas planeadas, a cada 3 e 12 meses, em que a frequência das consultas era baseada no julgamento clínico. O objetivo era a manutenção do DAS 28 < 3.2. <u>Grupo experimental 1:</u> Consultas realizadas por reumatologistas e enfermeiros em conjunto, sem consultas planeadas (n = 96) com 71 de sexo feminino e 25 do masculino, em média com idade de 62 anos (+/- 10.2). Além das revisões anuais, não eram planeadas mais consultas adicionais para estes doentes. Tinham à disposição uma linha telefónica para contactar com os seus enfermeiros e médicos de família, do centro de saúde. <u>Grupo experimental 2:</u> Consultas com enfermeiros (n = 94) com 65 do sexo feminino e 29 do masculino, com média de 61 anos (+/- 12.4). As consultas

	<p>de 30 min eram planeadas e agendadas a cada 3 meses, com um enfermeiro especialista e treinado em reumatologia. Estes doentes podiam igualmente contactar o enfermeiro através da linha telefónica. Se o DAS28 &gt; 3.2, os doentes teriam de ser observados pelo reumatologista.</p>
<b>Resultados</b>	<p>No início do estudo, tanto o grupo monitorizado por enfermeiros, como o grupo monitorizado por enfermeiros e reumatologistas em conjunto, pontuam melhor do que o grupo monitorizado por reumatologistas, na ED-5D. Sem diferenças significativas entre os grupos no HAQ e DAS28.</p> <p>Apesar de o número médio de consultas com o médico de família ter sido similar nos 3 grupos, o número total de serviços requeridos ao médico de família foi superior no grupo com cuidados partilhados (57.8) em comparação com o grupo monitorizado por reumatologistas (55.2, p=0.02), e com o grupo monitorizado por enfermeiros (46.9, p&lt;0.01).</p> <p>Os custos médios com as intervenções para o grupo com cuidados partilhados (1085€) foi significativamente menor do que para o grupo monitorizado por reumatologistas (1226€, p=0.03).</p> <p>O custo dos cuidados partilhados e os realizados por enfermeiros são ligeiramente mais baixos, mas não significativamente, quando comparados com os cuidados realizados por reumatologistas.</p> <p>Para uma “willingness to pay” (vontade de pagar) de 10000€ por QALY, os cuidados de Enfermagem têm uma probabilidade de 75% de serem mais custo-efetivos em comparação com os cuidados prestados pelos reumatologistas, e uma probabilidade de 80% de serem custo-efetivos quando comparados com os cuidados partilhados por enfermeiros e reumatologistas.</p>
<b>Conclusões</b>	<p>Este estudo de custo-eficácia sugere que os cuidados de Enfermagem e os cuidados partilhados entre médico e enfermeiro, podem custar um pouco menos e fornecer resultados de saúde muito semelhantes com os obtidos com a monitorização realizada apenas pelo reumatologista, em doentes com artrite reumatoide estabilizada ou com baixa atividade da doença.</p>
<b>Implicações para a prática</b>	<p>É ainda incerto se os cuidados de Enfermagem e os partilhados são rentáveis em comparação com a atual monitorização realizada por reumatologistas.</p>

Watts, R. A., Mooney, J., Barton, G., MacGregor, A. J., Shepstone, L., Irvine, L., & Scott, D. G. (2015). The outcome and cost-effectiveness of nurse-led care in the community for people with rheumatoid arthritis: a non-randomised pragmatic study. *BMJ Open*, 5(8), 2015-007696.

<b>Participantes</b>	349 Doentes, adultos, com AR estabilizada há pelo menos um ano, sem doença ativa ou instável, seguidos em consultas de follow-up nos cuidados de saúde primários ou secundários.  <i>Setting:</i> Reino Unido
<b>Métodos</b>	Estudo observacional não randomizado, com a duração de um ano, com o objetivo de avaliar os resultados em saúde e os custos associados à monitorização de doentes com AR nos cuidados de saúde primários, por enfermeiros, em comparação com a monitorização <i>standard</i> realizada nos cuidados de saúde secundários por reumatologistas.  Foram avaliados 2 <i>outcomes</i> , no início, aos 6 e aos 12 meses: avaliação da capacidade funcional (HAQ) e qualidade de vida (EQ-5D), tendo sido estimada a qualidade de vida durante o ano de acompanhamento através da análise QALY.
<b>Intervenções</b>	Os participantes foram recrutados no momento das suas consultas de rotina, no hospital ou nos cuidados de saúde primários. O recrutamento realizou-se em todos os cuidados de saúde primários, e nos principais centros hospitalares, para minimizar o risco de viés.  <u>Grupo de Controlo:</u> Doentes (n = 154) seguidos em consulta de follow-up, com reumatologistas, nos cuidados secundários (hospital), em que 69% eram do sexo feminino, com média de idades de 65 anos (+/- 11.39) e com média de duração da doença de 13 anos (+/- 11.45);  <u>Grupo Experimental:</u> Doentes (n = 192) seguidos em consulta de follow-up, com enfermeiros, nos cuidados de saúde primários, em que 70% eram do sexo feminino, com média de idades de 66 anos (+/- 10.56) e com média de duração da doença de 14 anos (+/- 11.33).
<b>Resultados</b>	A qualidade de vida (EQ5D) no grupo de controlo melhorou ligeiramente ao longo dos 12 meses de follow-up, enquanto o grupo experimental teve um resultado com ligeiro declínio comparativamente, representado um ganho no QALY de 0.026, que é ínfimo em termos de impacto na qualidade de vida.  Em relação à avaliação da capacidade funcional (HAQ), a evolução da incapacidade foi superior no grupo experimental (0.096), ainda que esteja abaixo do considerado importante em termos clínicos, que é de 0.22.  Quando comparados os custos totais para os follow-up, o custo dos cuidados

	no hospital são inferiores ( $p=0.020$ ). Ao comparar os custos dos cuidados para os resultados clínicos (avaliado através do HAQ), concluiu-se que os cuidados na comunidade tiveram custos médios mais elevados ( $p=0.589$ ) e um maior nível de incapacidade funcional ( $p=0.169$ ). No entanto, estas diferenças não foram estatisticamente significativas.
<b>Conclusões</b>	Conclui-se que os cuidados prestados por enfermeiros na comunidade podem estar associados a custos mais elevados (ainda que pouco expressivos), mas sem diferenças significativas nos resultados clínicos quando comparados com os cuidados prestados pelos reumatologistas no hospital, sugerindo reduzida probabilidade de serem rentáveis.
<b>Implicações para a prática</b>	Os autores sugerem que a relação custo-eficácia poderia ser melhorada na comunidade se os enfermeiros fossem totalmente autónomos na prescrição e na administração de injeções intra-articulares.

## **Apêndice II - Estudos excluídos e motivo**



Estudo	Motivo de Exclusão
Arvidsson, S. B., Peterson, A., Nilsson, I., Andersson, B., Arvidsson, B. I., Petersson, I. F., & Fridlund, B. (2006). A nurse-led rheumatology clinic's impact on empowering patients with rheumatoid arthritis: A qualitative study. <i>Nursing and Health Sciences</i> , 8(3), 133-139.	Desenho
Bearne, L. M., Byrne, A. M., Segrave, H., & White, C. M. (2015). Multidisciplinary team care for people with rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. <i>Rheumatology International</i> .	Desenho
Cornell, P. (2007). Management of patients with rheumatoid arthritis. <i>Nurs Stand</i> , 22(4), 51-57; quiz 58. doi: 10.7748/ns2007.10.22.4.51.c4622	Intervenção
Cottrell, J. E., Jonas, M., Bergsten, U., Blaas, E., de la Torre Aboki, J., Howse, C., Bulinckx, L. (2013). The nurse's role in addressing unmet treatment and management needs of patients with rheumatoid arthritis: Delphi-based recommendations. <i>Int J Nurs Knowl</i> , 24(2), 66-76. doi: 10.1111/j.2047-3095.2013.01231.x	Desenho
Davies, L. M., Fargher, E. A., Tricker, K., Dawes, P., Scott, D. L., & Symmons, D. (2007). Is shared care with annual hospital review better value for money than predominantly hospital-based care in patients with established stable rheumatoid arthritis? <i>Ann Rheum Dis</i> , 66(5), 658-663. doi: 10.1136/ard.2006.061234	Intervenção
Firth, J. (2011). Rheumatoid arthritis: diagnosis and multidisciplinary management. <i>Br J Nurs</i> , 20(18), 1179-1180, 1182, 1184-1175. doi: 10.12968/bjon.2011.20.18.1179	Intervenção
Keefe, F. J., Anderson, T., Lumley, M., Caldwell, D., Stainbrook, D., McKee, D., Uhlin, B. D. (2008). A randomized, controlled trial of emotional disclosure in rheumatoid arthritis: can clinician assistance enhance the effects? <i>Pain</i> , 137(1), 164-172. doi: 10.1016/j.pain.2007.08.031	Intervenção
Kennedy, T., McCabe, C., Struthers, G., Sinclair, H., Chakravaty, K., Bax, D., Hull, R. (2005). BSR guidelines on standards of care for persons with rheumatoid arthritis. <i>Rheumatology</i> , 44(4), 553-556.	Desenho
Larsson, I., Bergman, S., Fridlund, B., & Arvidsson, B. (2012). Patients' experiences of a nurse-led rheumatology clinic in Sweden: a qualitative study. <i>Nurs Health Sci</i> , 14(4), 501-507. doi: 10.1111/j.1442-2018.2012.00723.x	Desenho

Larsson, I., Fridlund, B., Arvidsson, B., Teleman, A., & Bergman, S. (2014). Biological therapy can be monitored more cost effectively by a nurse-led rheumatology clinic. <i>Annals of the Rheumatic Diseases</i> , 73.	Mesmo ensaio que Larsson et al. (2015)
Lesko, M., Young, M., & Higham, R. (2010). Managing inflammatory arthritides: Role of the nurse practitioner and physician assistant. <i>J Am Acad Nurse Pract</i> , 22(7), 382-392. doi: 10.1111/j.1745-7599.2010.00525.	Intervenção
Primdahl, J., Horn, H. C., & Hørslev-Petersen, K. (2012). Shared care and nursing consultations: A useful alternative to rheumatologist-initiated follow-up in outpatients with rheumatoid arthritis. Results from a 2-year randomized controlled trial. <i>Scandinavian Journal of Rheumatology</i> , 41, 35-36.	Mesmo ensaio que Primdahl et al. (2014)
Primdahl, J., Wagner, L., Holst, R., & Hørslev-Petersen, K. (2012). The impact on self-efficacy of different types of follow-up care and disease status in patients with rheumatoid arthritis--a randomized trial. <i>Patient Educ Couns</i> , 88(1), 121-128. doi: 10.1016/j.pec.2012.01.012	Mesmo ensaio que Primdahl et al. (2014)
Primdahl, J., Horn, H. C., Petersen, R., & Hørslev-Petersen, K. (2013). Clinical and radiological outcome in outpatients with rheumatoid arthritis followed by medical, nursing or shared care-a two year randomized controlled trial. <i>Annals of the Rheumatic Disease</i> , 71.	Mesmo ensaio que Primdahl et al. (2014)
Solomon, D. H., Bitton, A., Fraenkel, L., Brown, E., Tsao, P., & Katz, J. N. (2014). Roles of nurse practitioners and physician assistants in rheumatology practices in the US. <i>Arthritis Care Res (Hoboken)</i> , 66(7), 1108-1113. doi: 10.1002/acr.22255	Desenho
Walker, J. (2012). Rheumatoid arthritis: role of the nurse and multidisciplinary team. <i>Br J Nurs</i> , 21(6), 334, 336-339. doi: 10.12968/bjon.2012.21.6.334	Intervenção
Ndosi, M., Johnson, D., Young, T., Hardware, B., Hill, J., Hale, C., Adebajo, A. (2016). Effects of needs-based patient education on self-efficacy and health outcomes in people with rheumatoid arthritis: a multicentre, single blind, randomised controlled trial. <i>Ann Rheum Dis</i> , 75(6), 1126-1132. doi: 10.1136/annrheumdis-2014-207171	Intervenção
Solomon, D. H., Fraenkel, L., Lu, B., Brown, E., Tsao, P., Losina, E., Bitton, A. (2015). Comparison of Care Provided in Practices With Nurse Practitioners and Physician Assistants Versus Subspecialist Physicians Only: A Cohort Study of Rheumatoid Arthritis. <i>Arthritis Care Res (Hoboken)</i> , 67(12), 1664-1670. doi: 10.1002/acr.22643	Intervenção

### **Apêndice III – Avaliação crítica da qualidade dos estudos incluídos**



**Koksvik, H. S., Hagen, K. B., Rodevand, E., Mowinckel, P., Kvien, T. K., & Zangi, H. A. (2013). Patient satisfaction with nursing consultations in a rheumatology outpatient clinic: a 21-month randomised controlled trial in patients with inflammatory arthritides. *Ann Rheum Dis*, 72(6), 836-843. doi: 10.1136/annrheumdis-2012-202296**

<b>VALIDADE DOS RESULTADOS</b>	<b>S</b>	<b>?</b>	<b>N</b>	<b>n/a</b>
1. A gama de doentes foi bem definida?	2	1	0	n/a
2. Os critérios de inclusão e exclusão são lógicos e claros?	2	1	0	n/a
3. O diagnóstico da doença estava bem caracterizado?	2	1	0	n/a
4. Os doentes foram aleatorizados?	2	1	0	n/a
5. O método de aleatorização foi explicado?	2	1	0	n/a
6. A distribuição foi ocultada?	2	1	0	n/a
7. Os doentes foram analisados nos grupos para os quais tinham sido aleatorizados inicialmente (intenção de tratar)?	2	1	0	n/a
8. A dimensão da amostra foi estatisticamente calculada?	2	1	0	n/a
9. Os doentes nos grupos em comparação eram semelhantes em termos dos seus factores de prognóstico conhecidos?	2	1	0	n/a
10. Com excepção do tratamento em estudo, todos os doentes foram tratados da mesma maneira?	2	1	0	n/a
11. Foi ocultado aos doentes o grupo a que pertenciam?	2	1	0	n/a
12. Foram ocultados aos investigadores os grupos em estudo?	2	1	0	n/a
13. Foram ocultados aos analisadores dos dados os grupos em estudo?	2	1	0	n/a
14. O seguimento ( <i>follow-up</i> ) final superior a 80%?	2	1	0	n/a
<b>IMPORTÂNCIA DOS RESULTADOS</b>				
15. A dimensão do efeito terapêutico (RRR, RRA, NNT) foi importante?	2	1	0	n/a
16. A estimativa do efeito é suficientemente precisa (IC)?	2	1	0	n/a
17. Esse efeito tem importância clínica?	2	1	0	n/a
<b>APLICABILIDADE DOS RESULTADOS</b>				
18. Os doentes do estudo são semelhantes aos da prática clínica do método individual?	2	1	0	n/a
19. Foram considerados todos os resultados clínicos importantes?	2	1	0	n/a
20. Os benefícios do tratamento sobrepõem-se aos potenciais riscos e custos da sua implementação?	2	1	0	n/a
Marcar o código apropriado: 2 – Resposta afirmativa = sim; 1 – Pouco claro/ possivelmente; 0 – Resposta negativa = não; n/a – Não aplicável.				
Score total (soma dos scores atribuídos) ----- [A]				
Nº de questões aplicáveis (máx. 20) ----- [B]				
Score máximo possível (2 x B) ----- [C]				
CLASSIFICAÇÃO FINAL (A/C em %) -----%				

[A] = 34

[B] = 20

[C] = 40

$$\text{Classificação} = \frac{[A]}{[C]} = \frac{34}{40} = 85\%$$

Larsson, I., Fridlund, B., Arvidsson, B., Teleman, A., & Bergman, S. (2014). Randomized controlled trial of a nurse-led rheumatology clinic for monitoring biological therapy. *J Adv Nurs*, 70(1), 164-175. doi: 10.1111/jan.12183

VALIDADE DOS RESULTADOS	S	?	N	n/a
1. A gama de doentes foi bem definida?	2	1	0	n/a
2. Os critérios de inclusão e exclusão são lógicos e claros?	2	1	0	n/a
3. O diagnóstico da doença estava bem caracterizado?	2	1	0	n/a
4. Os doentes foram aleatorizados?	2	1	0	n/a
5. O método de aleatorização foi explicado?	2	1	0	n/a
6. A distribuição foi ocultada?	2	1	0	n/a
7. Os doentes foram analisados nos grupos para os quais tinham sido aleatorizados inicialmente (intenção de tratar)?	2	1	0	n/a
8. A dimensão da amostra foi estatisticamente calculada?	2	1	0	n/a
9. Os doentes nos grupos em comparação eram semelhantes em termos dos seus factores de prognóstico conhecidos?	2	1	0	n/a
10. Com excepção do tratamento em estudo, todos os doentes foram tratados da mesma maneira?	2	1	0	n/a
11. Foi ocultado aos doentes o grupo a que pertenciam?	2	1	0	n/a
12. Foram ocultados aos investigadores os grupos em estudo?	2	1	0	n/a
13. Foram ocultados aos analisadores dos dados os grupos em estudo?	2	1	0	n/a
14. O seguimento ( <i>follow-up</i> ) final superior a 80%?	2	1	0	n/a
IMPORTÂNCIA DOS RESULTADOS				
15. A dimensão do efeito terapêutico (RRR, RRA, NNT) foi importante?	2	1	0	n/a
16. A estimativa do efeito é suficientemente precisa (IC)?	2	1	0	n/a
17. Esse efeito tem importância clínica?	2	1	0	n/a
APLICABILIDADE DOS RESULTADOS				
18. Os doentes do estudo são semelhantes aos da prática clínica do método individual?	2	1	0	n/a
19. Foram considerados todos os resultados clínicos importantes?	2	1	0	n/a
20. Os benefícios do tratamento sobrepõem-se aos potenciais riscos e custos da sua implementação?	2	1	0	n/a
Marcar o código apropriado: 2 – Resposta afirmativa = sim; 1 – Pouco claro/ possivelmente; 0 – Resposta negativa = não; n/a – Não aplicável.				
Score total (soma dos scores atribuídos) ----- [A]				
Nº de questões aplicáveis (máx. 20) ----- [B]				
Score máximo possível (2 x B) ----- [C]				
CLASSIFICAÇÃO FINAL (A/C em %) -----%				

[A] = 32

[B] = 20

[C] = 40

$$\text{Classificação} = \frac{[A]}{[C]} = \frac{32}{40} = 80\%$$

Larsson, I., Fridlund, B., Arvidsson, B., Teleman, A., Svedberg, P., & Bergman, S. (2015). A nurse-led rheumatology clinic versus rheumatologist-led clinic in monitoring of patients with chronic inflammatory arthritis undergoing biological therapy: A cost comparison study in a randomised controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*.

VALIDADE DOS RESULTADOS	S	?	N	n/a
1. A gama de doentes foi bem definida?	2	1	0	n/a
2. Os critérios de inclusão e exclusão são lógicos e claros?	2	1	0	n/a
3. O diagnóstico da doença estava bem caracterizado?	2	1	0	n/a
4. Os doentes foram aleatorizados?	2	1	0	n/a
5. O método de aleatorização foi explicado?	2	1	0	n/a
6. A distribuição foi ocultada?	2	1	0	n/a
7. Os doentes foram analisados nos grupos para os quais tinham sido aleatorizados inicialmente (intenção de tratar)?	2	1	0	n/a
8. A dimensão da amostra foi estatisticamente calculada?	2	1	0	n/a
9. Os doentes nos grupos em comparação eram semelhantes em termos dos seus factores de prognóstico conhecidos?	2	1	0	n/a
10. Com excepção do tratamento em estudo, todos os doentes foram tratados da mesma maneira?	2	1	0	n/a
11. Foi ocultado aos doentes o grupo a que pertenciam?	2	1	0	n/a
12. Foram ocultados aos investigadores os grupos em estudo?	2	1	0	n/a
13. Foram ocultados aos analisadores dos dados os grupos em estudo?	2	1	0	n/a
14. O seguimento ( <i>follow-up</i> ) final superior a 80%?	2	1	0	n/a
IMPORTÂNCIA DOS RESULTADOS				
15. A dimensão do efeito terapêutico (RRR, RRA, NNT) foi importante?	2	1	0	n/a
16. A estimativa do efeito é suficientemente precisa (IC)?	2	1	0	n/a
17. Esse efeito tem importância clínica?	2	1	0	n/a
APLICABILIDADE DOS RESULTADOS				
18. Os doentes do estudo são semelhantes aos da prática clínica do método individual?	2	1	0	n/a
19. Foram considerados todos os resultados clínicos importantes?	2	1	0	n/a
20. Os benefícios do tratamento sobrepõem-se aos potenciais riscos e custos da sua implementação?	2	1	0	n/a
Marcar o código apropriado: 2 – Resposta afirmativa = sim; 1 – Pouco claro/ possivelmente; 0 – Resposta negativa = não; n/a – Não aplicável.				
Score total (soma dos scores atribuídos) ----- [A]				
Nº de questões aplicáveis (máx. 20) ----- [B]				
Score máximo possível (2 x B) ----- [C]				
CLASSIFICAÇÃO FINAL (A/C em %) -----%				

[A] = 32

[B] = 20

[C] = 40

$$\text{Classificação} = \frac{[A]}{[C]} = \frac{32}{40} = 80\%$$

Ndosi, M., Lewis, M., Hale, C., Quinn, H., Ryan, S., Emery, P., Hill, J. (2014). The outcome and cost-effectiveness of nurse-led care in people with rheumatoid arthritis: a multicentre randomised controlled trial. *Ann Rheum Dis*, 73(11), 1975-1982. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-203403

<b>VALIDADE DOS RESULTADOS</b>	S	?	N	n/a
1. A gama de doentes foi bem definida?	2	1	0	n/a
2. Os critérios de inclusão e exclusão são lógicos e claros?	2	1	0	n/a
3. O diagnóstico da doença estava bem caracterizado?	2	1	0	n/a
4. Os doentes foram aleatorizados?	2	1	0	n/a
5. O método de aleatorização foi explicado?	2	1	0	n/a
6. A distribuição foi ocultada?	2	1	0	n/a
7. Os doentes foram analisados nos grupos para os quais tinham sido aleatorizados inicialmente (intenção de tratar)?	2	1	0	n/a
8. A dimensão da amostra foi estatisticamente calculada?	2	1	0	n/a
9. Os doentes nos grupos em comparação eram semelhantes em termos dos seus factores de prognóstico conhecidos?	2	1	0	n/a
10. Com excepção do tratamento em estudo, todos os doentes foram tratados da mesma maneira?	2	1	0	n/a
11. Foi ocultado aos doentes o grupo a que pertenciam?	2	1	0	n/a
12. Foram ocultados aos investigadores os grupos em estudo?	2	1	0	n/a
13. Foram ocultados aos analisadores dos dados os grupos em estudo?	2	1	0	n/a
14. O seguimento ( <i>follow-up</i> ) final superior a 80%?	2	1	0	n/a
<b>IMPORTÂNCIA DOS RESULTADOS</b>				
15. A dimensão do efeito terapêutico (RRR, RRA, NNT) foi importante?	2	1	0	n/a
16. A estimativa do efeito é suficientemente precisa (IC)?	2	1	0	n/a
17. Esse efeito tem importância clínica?	2	1	0	n/a
<b>APLICABILIDADE DOS RESULTADOS</b>				
18. Os doentes do estudo são semelhantes aos da prática clínica do método individual?	2	1	0	n/a
19. Foram considerados todos os resultados clínicos importantes?	2	1	0	n/a
20. Os benefícios do tratamento sobrepõem-se aos potenciais riscos e custos da sua implementação?	2	1	0	n/a
Marcar o código apropriado: 2 – Resposta afirmativa = sim; 1 – Pouco claro/ possivelmente; 0 – Resposta negativa = não; n/a – Não aplicável.				
Score total (soma dos scores atribuídos) ----- [A]				
Nº de questões aplicáveis (máx. 20) ----- [B]				
Score máximo possível (2 x B) ----- [C]				
CLASSIFICAÇÃO FINAL (A/C em %) -----%				

[A] = 32

[B] = 20

[C] = 40

$$\text{Classificação} = \frac{[A]}{[C]} = \frac{32}{40} = 88\%$$

Primdahl, J., Horn, H. C., & Hørslev-Petersen, K. (2012). Shared care and nursing consultations: A useful alternative to rheumatologist-initiated follow-up in outpatients with rheumatoid arthritis. Results from a 2-year randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 41, 35-36.

VALIDADE DOS RESULTADOS	S	?	N	n/a
1. A gama de doentes foi bem definida?	2	1	0	n/a
2. Os critérios de inclusão e exclusão são lógicos e claros?	2	1	0	n/a
3. O diagnóstico da doença estava bem caracterizado?	2	1	0	n/a
4. Os doentes foram aleatorizados?	2	1	0	n/a
5. O método de aleatorização foi explicado?	2	1	0	n/a
6. A distribuição foi ocultada?	2	1	0	n/a
7. Os doentes foram analisados nos grupos para os quais tinham sido aleatorizados inicialmente (intenção de tratar)?	2	1	0	n/a
8. A dimensão da amostra foi estatisticamente calculada?	2	1	0	n/a
9. Os doentes nos grupos em comparação eram semelhantes em termos dos seus factores de prognóstico conhecidos?	2	1	0	n/a
10. Com excepção do tratamento em estudo, todos os doentes foram tratados da mesma maneira?	2	1	0	n/a
11. Foi ocultado aos doentes o grupo a que pertenciam?	2	1	0	n/a
12. Foram ocultados aos investigadores os grupos em estudo?	2	1	0	n/a
13. Foram ocultados aos analisadores dos dados os grupos em estudo?	2	1	0	n/a
14. O seguimento ( <i>follow-up</i> ) final superior a 80%?	2	1	0	n/a
IMPORTÂNCIA DOS RESULTADOS				
15. A dimensão do efeito terapêutico (RRR, RRA, NNT) foi importante?	2	1	0	n/a
16. A estimativa do efeito é suficientemente precisa (IC)?	2	1	0	n/a
17. Esse efeito tem importância clínica?	2	1	0	n/a
APLICABILIDADE DOS RESULTADOS				
18. Os doentes do estudo são semelhantes aos da prática clínica do método individual?	2	1	0	n/a
19. Foram considerados todos os resultados clínicos importantes?	2	1	0	n/a
20. Os benefícios do tratamento sobrepõem-se aos potenciais riscos e custos da sua implementação?	2	1	0	n/a
Marcar o código apropriado: 2 – Resposta afirmativa = sim; 1 – Pouco claro/ possivelmente; 0 – Resposta negativa = não; n/a – Não aplicável.				
Score total (soma dos scores atribuídos) ----- [A]				
Nº de questões aplicáveis (máx. 20) ----- [B]				
Score máximo possível (2 x B) ----- [C]				
CLASSIFICAÇÃO FINAL (A/C em %) -----%				

[A] = 36

[B] = 20

[C] = 40

$$\text{Classificação} = \frac{[A]}{[C]} = \frac{36}{40} = 90\%$$

Sørensen, J., Primdahl, J., Horn, H. C., & Hørslev-Petersen, K. (2015). Shared care or nurse consultations as an alternative to rheumatologist follow-up for rheumatoid arthritis (RA) outpatients with stable low disease-activity RA: Cost-effectiveness based on a 2-year randomized trial. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 44(1), 13-21.

VALIDADE DOS RESULTADOS	S	?	N	n/a
1. A gama de doentes foi bem definida?	2	1	0	n/a
2. Os critérios de inclusão e exclusão são lógicos e claros?	2	1	0	n/a
3. O diagnóstico da doença estava bem caracterizado?	2	1	0	n/a
4. Os doentes foram aleatorizados?	2	1	0	n/a
5. O método de aleatorização foi explicado?	2	1	0	n/a
6. A distribuição foi ocultada?	2	1	0	n/a
7. Os doentes foram analisados nos grupos para os quais tinham sido aleatorizados inicialmente (intenção de tratar)?	2	1	0	n/a
8. A dimensão da amostra foi estatisticamente calculada?	2	1	0	n/a
9. Os doentes nos grupos em comparação eram semelhantes em termos dos seus factores de prognóstico conhecidos?	2	1	0	n/a
10. Com excepção do tratamento em estudo, todos os doentes foram tratados da mesma maneira?	2	1	0	n/a
11. Foi ocultado aos doentes o grupo a que pertenciam?	2	1	0	n/a
12. Foram ocultados aos investigadores os grupos em estudo?	2	1	0	n/a
13. Foram ocultados aos analisadores dos dados os grupos em estudo?	2	1	0	n/a
14. O seguimento ( <i>follow-up</i> ) final superior a 80%?	2	1	0	n/a
IMPORTÂNCIA DOS RESULTADOS				
15. A dimensão do efeito terapêutico (RRR, RRA, NNT) foi importante?	2	1	0	n/a
16. A estimativa do efeito é suficientemente precisa (IC)?	2	1	0	n/a
17. Esse efeito tem importância clínica?	2	1	0	n/a
APLICABILIDADE DOS RESULTADOS				
18. Os doentes do estudo são semelhantes aos da prática clínica do método individual?	2	1	0	n/a
19. Foram considerados todos os resultados clínicos importantes?	2	1	0	n/a
20. Os benefícios do tratamento sobrepõem-se aos potenciais riscos e custos da sua implementação?	2	1	0	n/a
Marcar o código apropriado: 2 – Resposta afirmativa = sim; 1 – Pouco claro/ possivelmente; 0 – Resposta negativa = não; n/a – Não aplicável.				
Score total (soma dos scores atribuídos) ----- [A]				
Nº de questões aplicáveis (máx. 20) ----- [B]				
Score máximo possível (2 x B) ----- [C]				
CLASSIFICAÇÃO FINAL (A/C em %) -----%				

[A] = 34

[B] = 20

[C] = 40

$$\text{Classificação} = \frac{[A]}{[C]} = \frac{34}{40} = 85\%$$

Watts, R. A., Mooney, J., Barton, G., MacGregor, A. J., Shepstone, L., Irvine, L., & Scott, D. G. (2015). The outcome and cost-effectiveness of nurse-led care in the community for people with rheumatoid arthritis: a non-randomised pragmatic study. *BMJ Open*, 5(8), 2015-007696.

VALIDADE DOS RESULTADOS	S	?	N	n/a
1. A amostra é representativa da população em estudo (como um todo)?	X			
2. Os utentes são semelhantes na sua condição/ doença?	X			
3. O risco de erro foi minimizado em relação à seleção de casos e do controlo?	X			
4. Os <i>confounding factors</i> foram identificados e declaradas estratégias para lidar com os mesmos?	X			
5. Os resultados foram avaliados através de critérios objetivos?	X			
6. Os utentes foram seguidos durante um período de tempo suficiente?	X			
7. Os resultados dos utentes que se retiraram do estudo foram descritos e incluídos na análise?	X			
8. Os resultados foram medidos de forma fidedigna?	X			
9. A análise estatística utilizada foi apropriada?	X			
<b>TOTAL</b>				<b>9 pontos</b>

Score	Nível de Qualidade
< 6	Baixa qualidade
7 - 9	Alta qualidade



**Apêndice IV – Certificado da Apresentação Oral no 3º Word Congresso of  
Healh Research na ESSV**





## Certificate of Oral Communication

This is to certify that

**FABIANA SOUSA**

Presented the Oral Communication

**EFFECTIVENESS OF NURSE-LED CARE AN ALTERNATIVE TO RHEUMATOLOGIST FOLLOW-UP IN RA PATIENTS: A SYSTEMATIC REVIEW**

Written by

**FABIANA SOUSA, ANDRÉA MARQUES, EDUARDO SANTOS, MADALENA CUNHA**

in the *3<sup>rd</sup> World Congress of Health Research* held in the

Escola Superior de Saúde de Viseu

Viseu, Portugal, 29<sup>th</sup> - 30<sup>th</sup> september 2016

The President of the Congress,

Prof. Doutor Carlos Pereira

(President of Escola Superior de Saúde de Viseu)

The President of the Technical and Scientific Council,

Prof.ª Doutora Manuela Ferreira

[www.wchr2016.essv.ipv.pt](http://www.wchr2016.essv.ipv.pt)





### September 29, 2016

- 08:00 Registration  
 09:15 Musical Moment  
 09:30 **Inaugural Conference**  
 "New infections, old challenges", Jaime Nino  
 "Cancer in Portugal", Barbara Peleteiro  
 Chair: Carlos Pereira  
 10:30 Coffee Break  
 11:00 **Conference II – Immigrants and public health**  
 "'Do no harm': the importance of a competent health service, in refugees consultation", Cristina Sardinha  
 "Support networks and care of elderly immigrants in Portugal", Barbara Rückström  
 "Care process among nurses and immigrants in CSP", Alcindo Reis  
 Chair: Juan Casanova  
 12:30 **Welcome Note**  
 Fernando Sebastião, IPV President  
 Carlos Pereira, Congress President, ESSH President  
 José Manuel Tenes, Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional do Centro, I.R.  
 13:00 Lunch  
 14:30 **Conference III – Investing in family – Winning the Future**  
 "Gender equality and vulnerability", Sara Falcão Casaca  
 "Ethics and medically assisted reproduction", Ana Sofia Carvalho  
 "Caring family in environments with great complexity", Maria do Céu Barbieri  
 Chair: Emília Coutinho  
 Coffee Break  
 15:30 Symposiums, Oral Communications and Posters  
 20:00 Congress Dinner

### September 30, 2016

- 08:30 Registration  
 09:00 **Conference IV – Mental health: a public health priority**  
 Mental health politics and plans – Iberian Reality, António Leuschner, Francisco Javier Castro Molina  
 Chair: Lúcia Cabral  
 10:15 Coffee Break  
 10:45 **Conference V – Palliative care: An emerging need**  
 Training and advanced research in palliative care, António Barbosa  
 Strategic plan for palliative care, Edna Gonçalves  
 Chair: Lucília Nunes  
 13:00 Lunch  
 14:30 **Conference VI – Rehabilitation Nursing: Intervention and Impact on Population Health Promotion**  
 "Evolution and relevance of rehabilitation nursing", José Manuel Correia  
 "Rehabilitation nursing action: Gains on population health", Carlos Albuquerque  
 Chair: Manuel Martins  
 15:30 Closing session  
 16:00 Symposiums, Oral Communications and Posters  
 18:00 Musical Moment  
 Wine Tasting  
 18:30 Social Program