



HETEROGENEIDADE DAS DOENÇAS REUMÁTICAS E DOENÇAS RARAS APRESENTADAS POR PACIENTES ATENDIDOS NUMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE-PB

Felipe Oliveira Barbosa¹; Sávila Josy de Alencar Melo²; Yasmim Machado Magalhães³; Cristiane Falcão de Almeida⁴;

1 Universidade Federal de Campina Grande, felipeoliveira321@gmail.com

2 Universidade Federal de Campina Grande, savilajosyam@hotmail.com

3 Universidade Federal de Campina Grande, yasmim_magalhaes@gmail.com

4 Programa Mais Médicos – Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB, cristiane.falcao@gmail.com

Resumo: Atenção Primária é considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando as Unidades Básicas de Saúde (UBS) o local onde indivíduos portadores de doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT) e outros tipos de patologias são identificados, acolhidos e, em alguns casos, referenciados para serviços de maior complexidade. Dentre as DANT encontram-se as doenças reumáticas, já dentre o outro espectro de afecções que chegam às demandas do SUS tem-se as doenças raras. Assim, este trabalho tem por objetivo traçar o perfil dos pacientes portadores de doenças reumáticas e identificar e discorrer sucintamente as doenças raras abordadas numa UBS de Campina Grande-PB. Os dados para este trabalho foram obtidos da UBS Raimundo Carneiro em Campina Grande-PB, no Bairro do Pedregal. Foram extraídos de fichas existentes na Unidade, transferidos para tabelas do *Microsoft Excel* que continham, para os portadores de doenças reumáticas, as variáveis: idade, sexo, doença. Para Doença Rara, utilizou-se as mesmas tabelas, observando quais estavam presentes. No que tange as doenças reumáticas, foram identificados treze pacientes. Destes, doze do sexo feminino e um do sexo masculino. Verificou-se 1 paciente até 19 anos, cinco pacientes na faixa de 30-39 anos, quatro de 40-49 anos, 1 de 50-59 anos, 1 de 70-79 anos e 1 de 80-89 anos. Quanto aos tipos de doença reumática, observou-se 4 tipos: Doença Reumática oriunda de Febre Reumática, Lupus Eritematoso Sistêmico (LES), Artrite Reumatóide (AR) e Osteoartrose. Destas, verificou-se 5 indivíduos com Doença Reumática oriunda de Febre Reumática, 4 com LES, 3 com AR e 1 com Osteoartrose. Com isso, notou-se a concordância com a literatura: as mulheres são o grupo mais afetado por essas doenças, especificamente na faixa que vai dos 30-40 anos, graças a relação dos sistemas imune e endócrino. Houve predomínio de LES e AR, o que coaduna com a literatura como sendo doenças mais comumente vistas. No caso da AR, atingindo predominantemente mulheres e pico de incidência de 30-50 anos. Para LES acomete também, predominante, mulheres e pico de incidência em idade reprodutiva a partir dos 20 anos. No que concerne ao aparecimento de doenças raras, foram detectados dois portadores assistidos pela Unidade: *Síndrome de Wiskott-Aldrich* (indivíduo do sexo masculino, 17 anos), *Síndrome de Ehlers-Danlos* (indivíduo do sexo feminino, 16 anos). A primeira é tem incidência de 1- 10 em 1 milhão de indivíduos. A segunda tem acometimento de 1 em 5000 indivíduos. Ambas com manifestações clínicas distintas. Observa-se, assim, quão heterogênea é a variedade de doenças vistas numa UBS cotidianamente. De tal modo, que o conhecimento delas possibilita a descoberta da realidade local, uma vez que muitas delas ocorrem e progridem relacionadas a condições biossocioeconômicas locais. Da mesma forma, deve-se olhar para as síndromes raras encontradas, pois, necessitam de atendimento especializado e direcionado aos demais níveis de Atenção. Com isso, a presença da UBS na vida dos portadores dessas doenças, leva-os a informações e cuidados maiores acerca do problema, redundando em um aumento considerável na qualidade de vida, graças ao acesso aos meios de saúde.

Palavras-chave: doença reumática, doença rara, unidade básica de saúde.



INTRODUÇÃO

Devido à hierarquização do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária é considerada a porta de entrada do sistema e, com isso, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) tornam-se local onde indivíduos portadores de doenças crônicas e outros agravos são identificados, acolhidos e, em alguns casos, referenciados para serviços de maior complexidade (CHIEREGHIN; MARTINEZ, 2015).

Grande variedade de demandas é acolhida nas Unidades Básicas, seja programada ou espontânea, gerando, portanto, enorme heterogeneidade nas patologias abordadas, incluindo-se aí, as doenças e agravos crônicos não transmissíveis, doenças infecciosas e parasitárias, síndromes raras, dentre outros. Esse acolhimento, envolvendo todo o processo de cuidado e de estabelecimento da relação médico-paciente é essencial para a resolutividade que a Atenção Primária propõe e é graças a ele que uma gama considerável de doenças chega e permanece sendo acompanhada nesse nível de Atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT) configuram-se como um dos maiores problemas de saúde pública. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), elas são responsáveis por cerca de 60% do total de mortes no mundo e 46% da quantidade global de doenças que atinge a população. Tais doenças seguem semelhante panorama no Brasil e têm sido consideradas a principal causa de óbito e incapacitação (MUNIZ et al., 2012). A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são as mais debatidas, no entanto, inserem-se nessa classificação as doenças reumáticas, o etilismo e outras afecções.

Dentre as DANT encontram-se as doenças reumáticas. Tais doenças são conceituadas pela Sociedade Brasileira de Reumatologia como patologias que afetam o sistema osteoarticular, mas que não se limitam apenas a ele, podendo acometer, em alguns casos, outros órgãos como os rins, coração, pulmões e pele (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2010).

Nesse contexto, insere-se o fenômeno da autoimunidade, conceituado como uma resposta imune contra antígenos próprios, levando à destruição das próprias estruturas orgânicas e, que apresenta como causa o envolvimento de genes que contribuem para a quebra da autotolerância (ABBAS e LICHTMAN, 2013).

Dentre as mais conhecidas doenças reumáticas relacionadas aos processos de autoimunidade estão a Artrite Reumatoide (AR) e o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES).

A AR é uma doença autoimune inflamatória sistêmica caracterizada pelo dano a membrana sinovial das articulações periféricas. Sua prevalência na população mundial é de



0,5-1%, predominando em mulheres e a faixa etária de 30-50 anos. As articulações de mãos e pés são as mais acometidas de modo simétrico, apresentando grande potencial para limitação funcional graças às suas características crônica e destrutiva (MOTA et al., 2012).

O LES é uma doença inflamatória crônica do tecido conjuntivo de múltipla etiologia que acomete vários tecidos e órgãos como articulações, pele, células sanguíneas, vasos sanguíneos, rins, membrana serosa e cérebro graças aos processos de autoimunidade presentes. Ocorre em ambos os sexos, tendo maior incidência em mulheres (10:1) e pico de incidência em torno dos 30 anos (FREIRE; SOUTO; CICONELLI, 2011).

Outras doenças reumáticas são a esclerose sistêmica, doença muscular inflamatória, policondrite recidivante, síndrome do anticorpo antifosfolípide, gota, espondilite anquilosante, osteoporose, osteoartrose e outras de variada etiologia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2010).

O outro espectro de afecções que chegam às demandas do SUS são as doenças raras, tanto que o Ministério da Saúde dispõe de Diretrizes para Atenção Integral às pessoas com Doenças Raras no SUS e utiliza a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) de que Doença Rara (DR) é tida “como aquela que afeta até 65 pessoas em cada 100.000 indivíduos, ou seja, 1,3 pessoas para cada 2.000 indivíduos.”. De acordo com o manual, tais doenças são caracterizadas com uma ampla variedade de manifestações clínicas e que variam muito a depender das idiosincrasias de cada indivíduo, podendo, muitas vezes, atrapalhar o diagnóstico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

De acordo com essa mesma Diretriz, tais doenças foram classificadas pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) em DR de origem genética e não genética. Na primeira encaixam-se 1) Doenças congênitas ou de manifestação tardia; 2) Deficiência intelectual; 3) Erros inatos do metabolismo. Na segunda a classificação é dada pela causa, que pode ser 1) Infecciosa; 2) Inflamatória; 3) Autoimunes e 4) Outras doenças raras de origem não genética. Cogita-se que existam aproximadamente 8.000 diferentes DR, sendo 80% advindas de fatores genéticos e que mesmo classificadas como raras, atingem parcela considerável da população, representando um significativo problema de saúde.

Desse modo, vê-se quão vasta é a gama de doenças atendidas pelo SUS, especificamente na Atenção Primária, e sua potencial capacidade para diminuir a qualidade de vida dos indivíduos, de tal modo que é fundamental identificar os tipos de patologias que acometem os pacientes atendidos e assim manejar o cuidado da melhor forma. Desse modo, este trabalho tem por objetivo traçar o perfil dos pacientes portadores de doenças reumáticas e



identificar e discorrer sucintamente as doenças raras abordadas numa Unidade Básica de Saúde de Campina Grande-PB.

METODOLOGIA

Os dados para este trabalho foram obtidos da Equipe II da Unidade Básica de Saúde Raimundo Carneiro em Campina Grande-PB, localizada no Distrito Sanitário II da cidade, no Bairro do Pedregal, na zona Oeste da Cidade. Há 2 equipes de Saúde da Família (I e II), tendo a equipe II profissional médico do Programa Mais Médicos.

A equipe II engloba 6 microáreas, no entanto, uma delas é considerada como “descoberta”, pois não possui Agente Comunitário de Saúde (ACS) há vários anos. De acordo com os últimos dados disponibilizados pela SMS, a área atende pouco mais de 3000 indivíduos.

Os dados para este trabalho foram extraídos de fichas existentes na Unidade, transferidos para tabelas do *Microsoft Excel 2010* que continham, para os portadores de doenças reumáticas, as variáveis: data de nascimento (idade), sexo, doença que apresentava. Para os dados de Doença Rara, utilizou-se as mesmas tabelas, observando quais estavam presentes.

Com base nisso, foram criados gráficos do *Microsoft Excel 2010* que permitiram a visualização estatística dos dados, bem como suas correlações.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através dos dados coletados foi observado que no que tange às doenças e agravos crônicos não transmissíveis, especificamente as doenças reumáticas, foram identificados treze (13) pacientes. Destes, doze (12) eram do sexo feminino e apenas um (1) do sexo masculino, como é possível observar na figura 1:

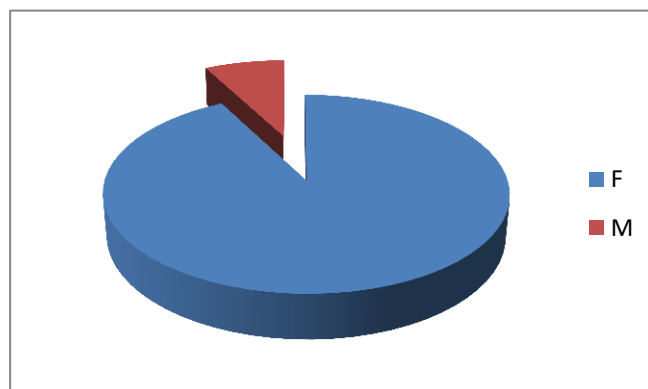


Figura 1 - Estratificação das doenças reumáticas por sexo. F – Feminino; M – Masculino.

Quanto a faixa etária, verificou-se 1 paciente até 19 anos, cinco (5) pacientes na faixa de 30-39 anos, quatro (4) de 40-49 anos, 1 de 50-59 anos, 1 de 70-79 anos e 1 de 80-89 anos (Figura 2). Sendo que desses dados, o único indivíduo do sexo masculino tinha idade até 19 anos e os do sexo feminino com idade maior ou igual a 30 anos (Figura 3).

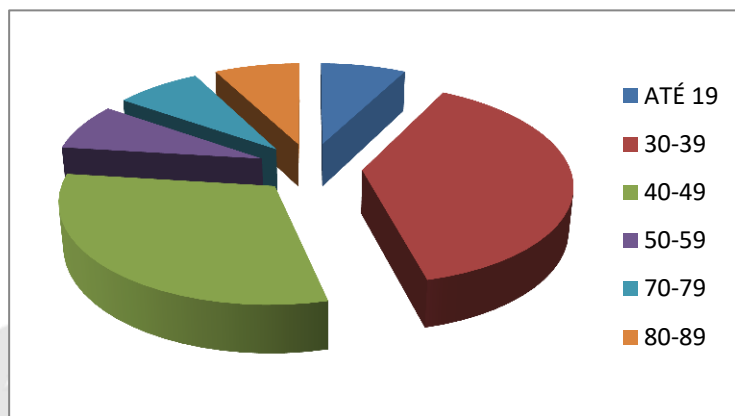


Figura 2 – Estratificação da doença reumática por faixa etária.

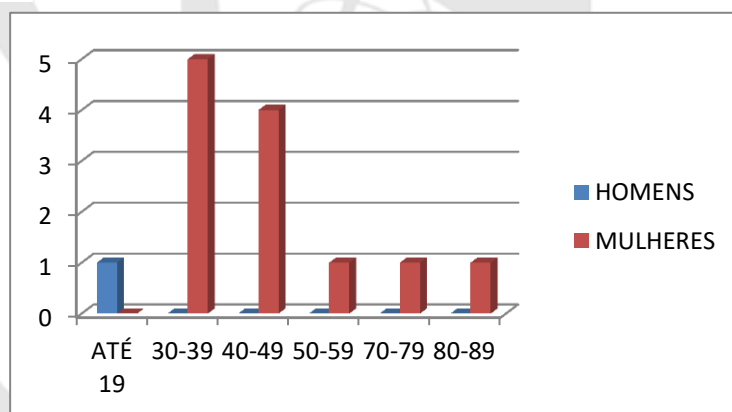


Figura 3 – Estratificação da doença reumática por faixa etária e por sexo.

Quanto aos tipos de doença reumática encontradas, observou-se a presença de 4 tipos: Doença Reumática oriunda de Febre Reumática, Lupus Eritematoso Sistêmico (LES), Artrite Reumatóide (AR) e Osteoartrose. Destas, verificou-se a presença de 5 indivíduos com Doença Reumática oriunda de Febre Reumática, 4 com LES, 3 com AR e 1 com Osteoartrose (Figura 4).

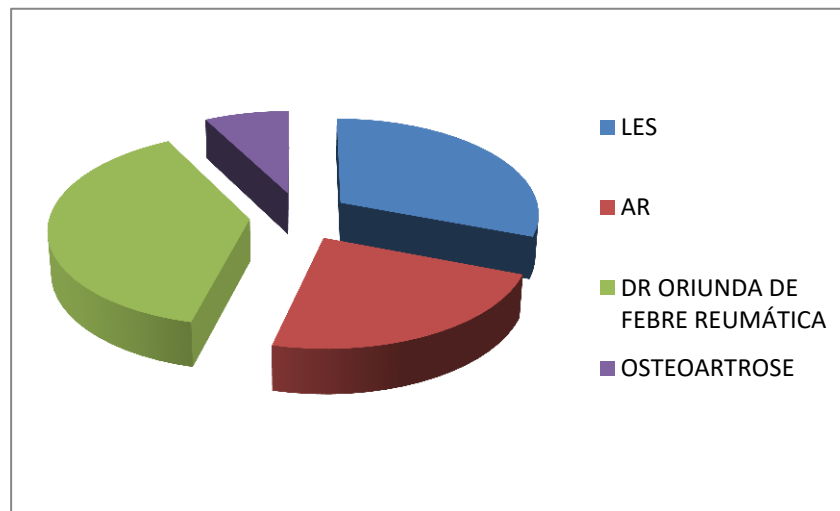


Figura 4 – Tipos de doença reumatoide encontrados.

Com base nessas informações é possível notar a concordância com a literatura no que concerne ao sexo e a idade, no qual como apontado por Carvalho, Costa e Silva (2013) em sua levantamento epidemiológico acerca da prevalência de doenças reumáticas em estados no Norte, Nordeste, Sudeste e Sul do Brasil, as mulheres são o grupo mais afetado por esse espectro de doenças, especificamente na faixa que vai dos 30 aos 40 anos.

O fato de mulheres serem mais afetadas encontra explicação a partir do fato de os esteroides sexuais modularem o sistema imunológico, havendo uma relação antagônica entre as ações dos estrogênios e dos androgênios/progestagênios. Os primeiros parecem estimular esse sistema (quando da dominância dos linfócitos B), enquanto os segundos parecem inibi-lo. Todavia, os estrogênios têm efeitos ambíguos, a depender da dose, quando outros tipos celulares estão dominantes: estimuladores (em doses baixas) e supressores (em doses altas). Receptores de estrogênio foram encontrados em certas subpopulações de linfócitos e, nessas células, podem alterar a função, reduzir a produção de citocinas, limitar a expressão de antígenos e diminuir a capacidade dos linfócitos de reagir com outras células (FARIA et al., 2013).

Ainda de acordo com esses autores, graças à relação entre sistema imunológico e sistema endócrino, no período pós-menopausa, a privação de estrogênios leva a alterações do sistema imunológico, verificando-se o aumento dos marcadores pró-inflamatórios no soro (IL-1, IL-6, TNF-alfa) e maior resposta das células do corpo a essas citocinas, e uma diminuição nas populações de linfócitos CD4 T e B e na atividade citotóxica das células NK. Contudo, estudos têm mostrado que elevados níveis de estrogênios tornam as mulheres susceptíveis a doenças autoimunes.



Quanto aos 4 tipos de doenças reumatológicas encontradas, há predomínio de LES e AR, o que coaduna com a literatura de que são as doenças mais comumente vistas. No caso da AR, atingindo predominantemente mulheres e pico de incidência de 30-50 anos. Para LES tem-se o quadro epidemiológico de acometimento predominante de mulheres e pico de incidência em idade reprodutiva a partir dos 20 anos, sugerindo, assim, um papel hormonal no surgimento da doença (CARVALHO; COSTA; SILVA, 2013).

Nos casos de Osteoatrose (OA) é uma doença articular crônico-degenerativa que se evidencia pelo desgaste da cartilagem articular estreitamento do espaço intra-articular, formações de osteófitos, esclerose do osso subcondral e formações císticas. Apresenta pico de incidência entre 50-60 anos, apresentando-se em 44-70% da população acima de 50 anos, chegando a 85% em indivíduos maiores de 75 anos (DUARTE et al., 2013). Em nosso trabalho, apenas um paciente apresentou OA, todavia, encontrava-se na faixa etária de 80-89 anos, o que condiz com o exposto pela literatura.

Acerca das doenças reumáticas oriundas de febre reumática, de acordo com Saraiva (2014), estão relacionadas com a tríade produtora da doença: estreptococcia da orofaringe (estreptolisina O dessas bactérias, com formação do respectivo anticorpo), condições de moradia (falta de saneamento) e hereditariedade (envolvimento do loci DR-7 e DR-53), podendo acometer o sistema cardiovascular. A maioria dos relatos para febre reumática dá-se em indivíduos adolescentes e jovens (SARAIVA, 2014). Em nossa pesquisa, o único indivíduo que apresentava doença reumática oriunda de febre reumática estava na faixa etária de até 19 anos, mais uma vez o que corresponde aos achados.

No que concerne ao aparecimento de doenças raras, foram detectados 2 portadores assistidos pela Unidade: *Síndrome de Wiskott-Aldrich* (indivíduo do sexo masculino, 17 anos), *Síndrome de Ehlers-Danlos* (indivíduo do sexo feminino, 16 anos). Tais síndromes já chegaram a Unidade com o diagnóstico pronto e foram reconhecidos como muito compatíveis com o que a literatura relatava a respeito.

A *síndrome de Wiskott-Aldrich* (SWA) é uma síndrome rara com incidência de 1- 10 em 1 milhão de indivíduos. Trata-se de uma imunodeficiência primária causada por mutação no gene *WASP* (gene que codifica a proteína da síndrome de Wiskot-Aldrich) localizado no braço curto do cromossomo X (ANDRADE, 2015).

A proteína *WASP* está presente no citoplasma de todas as células hematopoiéticas, tais como células tronco CD34+, macrófagos, neutrófilos, linfócitos, plaquetas e células dendríticas. Sua função está relacionada a transmissão de sinais da superfície celular para o



esqueleto de actina, estando envolvida, portanto, nos processos de locomoção e sinalização celular e formação das repostas imunológicas (GONZALEZ; CARVALHO, 2011)

As manifestações típicas da SWA são: trombocitopenia com tamanho de plaquetas reduzido, infecções recorrentes devido à função deficiente dos linfócitos T e B, eczema persistente e aumento da incidência de problemas autoimunes (anemia hemolítica autoimune, vasculite, glomerulonefrite, púrpura de Henoch-Schönlein e doença inflamatória intestinal) e neoplasias (leucemia, linfoma e mielodisplasias). A expectativa de vida para esses pacientes é em média 20 anos, sendo as principais causas de morte as infecções (44%), seguidas por hemorragias (23%) e neoplasias malignas (26%) (ANDRADE, 2015).

A segunda síndrome observada foi a *Síndrome de Ehlers-Danlos* (SED). Corresponde a um termo para um grupo de patologias relativamente raras do tecido conjuntivo. Surge a partir de alterações hereditárias em genes que afetam a síntese e processamento de diferentes formas de colágeno. O acometimento de SED nos é de 1 em 5000 indivíduos, não havendo predomínio racial ou entre sexos (FERNANDES; PEREIRA; OLIVEIRA, 2014).

A SED é classificada em 6 tipos, substituindo uma antiga classificação de 9 tipos: 1) Clássica (antigos tipo I e II), 2) Hiper mobilidade (antigo tipo III), 3) Vascular (antigo tipo IV), 4) Cifoescoliose (antigo tipo VI A/B), 5) Artrocalasia (antigo tipo VII A/B), 6) Dermatosparaxis (antigo tipo VII C). Os demais tipos não foram listados devido a sua pouca caracterização. O quadro clínico varia conforme o tipo, no entanto, os achados mais comuns são hiper mobilidade articular, pele hiper extensível e extremamente frágil, escaras e pseudo tumores cutâneos. Os maiores números de casos são dos tipos Clássicos e Hiper mobilidade (90%) seguidos pelo tipo Vascular (quase 10%), os demais correspondem a uma fração quase insignificante de casos (BICCA et al., 2011).

A presença de pacientes portadores de tais doenças na unidade corrobora para mostrar a heterogeneidade de atendimentos com os quais a UBS se depara. Além disso, é possível visualizar, a partir desses dados, o alcance que a Atenção Primária representa para o Sistema, pois se não houvesse redes de atenção como essas, os portadores de doenças raras seriam postos à margem da sociedade com conseqüente diminuição da expectativa e qualidade de vida.

CONCLUSÕES

Com base nos achados, observa-se quão amplo e heterogêneo é o espectro de doenças com as quais uma Unidade Básica de Saúde se depara cotidianamente. Além de todas as doenças já conhecidas como HAS e DM, há uma enorme variedade de outras DANT e



doenças raras, das quais destacamos as doenças reumáticas e as 2 síndromes raras encontradas, respectivamente.

De tal modo, que o conhecimento das doenças reumáticas apresentadas pelos usuários do SUS, bem como as idades e sexo predominantes para elas, nos casos de LES, AR, OA e doença reumática oriunda de febre reumática, possibilita o conhecimento da realidade local, uma vez que muitas delas ocorrem e progridem relacionadas a condições socioeconômicas e biológicas das pessoas. E, com base nesse conhecimento, estratégias podem ser planejadas, de modo a prevenir o agravamento desses quadros ou, até mesmo, impedir que eles venham a ocorrer, como no caso das patologias relacionadas a febre reumática. Do mesmo modo, deve-se olhar para as síndromes raras encontradas. Tais patologias, embora raras, necessitam de atendimento especializado e direcionado aos demais níveis de Atenção e, com isso, a presença da UBS na vida dos portadores dessas doenças, leva-os a informações e cuidados maiores acerca do problema, redundando em um aumento considerável na qualidade de vida, graças ao acesso aos meios de saúde.

Uma limitação desse estudo foi a quantidade muito reduzida de pacientes portadores das patologias, por tratar-se de um estudo qualitativo e não quantitativo. Uma possível ideia para próximos estudos seria analisar qualitativamente e quantitativamente todas as DANT atendidas pela Unidade.

REFERÊNCIAS

ABBAS, Abul K.; LICHTMAN, Andrew H. *Imunologia Básica: Funções e distúrbios do sistema imunológico*. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

ANDRADE, Pedro José Secchin. Síndrome de Wiskott-Aldrich: relato de caso. *Revista de Pediatria da Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 22-24, 2015.

BARRETO, Vitor Hugo Lima. et al. Dependência de álcool. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (org.). *Tratado de Medicina da Família e Comunidade*. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 1951 – 1965.

BICCA, Eduardo de Barros Coelho et al. Classical Ehlers-Danlos syndrome: clinical, Histological and ultrastructural aspects. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 86, suplemento 4, p. 164-167, 2011.



CARVALHO, Fernanda Martins; COSTA, Murielle Celestino da; SILVA, Tânia Cristina Dias da. Doenças reumáticas no Brasil: revisão de estudos epidemiológicos. *Revista Digital Educación Física y deportes*, Buenos Aires, n. 184, 2013. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd184/doencas-reumaticas-no-brasil-revisao.html>. Acesso em Abril de 2017.

CHIEREGHIN, Adriano; MARTINEZ, José Eduardo. Análise para as condições do diagnóstico de doenças reumáticas na atenção básica de saúde na cidade de Sorocaba – SP. *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 251-255, 2015.

DUARTE, Vanderlane de Souza et al. Exercícios físicos e osteoartrose: uma revisão sistemática. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v. 26, n.1, 2013)

FARIA, Márcio Antônio et al. Pós-menopausa e sistema imune. *Reprodução e Climatério – Sociedade Brasileira de Reprodução Humana*, Indianópolis, v. 28, n. 1, p. 30-35, 2013.

FERNANDES, Marta; PEREIRA, Iolanda; OLIVEIRA, Teresa. Síndrome de Ehlers-Danlos. *Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto*, Porto-PT, suplemento 3, p. 26, 2014.

FREIRE, Eutília Andrade Medeiros; SOUTO, Laís Medeiros; CICONELLI, Rozana Mesquita. Medidas de avaliação em Lúpus Eritematoso Sistêmico. *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v. 51, n. 1, p. 70 – 80, 2011.

GONZALEZ, Isabela Garrido; CARVALHO, Beatriz Tavares Costa. Síndrome de Wiskott-Aldrich, *Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia*, São Paulo, v. 34, n. 2, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Cadernos de Atenção Básica: acolhimento à demanda espontânea*. Brasília, v. 1, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Diretrizes para Atenção Integral às pessoas com Doenças Raras no SUS*. Brasília, 2014.

MOTA, Lícia Maria Henrique da. et al. Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da artrite reumatoide. *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 135-174, 2012.

MUNIZ, L. C.; SCHNEIDER, B. C.; SILVA, I. C. M. da; MATIJASEVICH, A.; SANTOS, I. S. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 2012.



II CONBRACIS
II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde

SARAIVA, Lurildo R. Aspectos atuais da doença reumática. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 76-83, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. A Reumatologia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, p. 1- 4, 2010.

