

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA
Curso de Medicina

**ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS PACIENTES COM ARTRITE
REUMATOIDE ATENDIDOS NO HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA-GO DE 2016 A
2021**

Jéssica de Castro Oliveira,
Deise Elen Oliveira dos Santos Reis,
Davi Mamede da Luz,
Elano Jaime Azevedo Júnior,
Maria Luiza Silva Teixeira e
Paôlla Nayme Martins Morais Nicolau

Anápolis - Goiás

2022

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA
Curso de Medicina

**ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS PACIENTES COM ARTRITE
REUMATOIDE ATENDIDOS NO HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA-GO DE 2016 A
2021**

Trabalho de Curso apresentado à
Iniciação Científica do curso de
Medicina da Universidade
Evangélica de Goiás -
UniEVANGÉLICA, sob a
orientação do Prof^a. Me. Marcelo
Pimenta.

Anápolis - Goiás

2022

FOLHA DE APROVAÇÃO



ANEXO 4- RELATÓRIO DE PESQUISA PARECER DO ORIENTADOR

RELATÓRIO PARCIAL DE TRABALHO DE CURSO PARECER FAVORÁVEL DO ORIENTADOR

À

Coordenação de Iniciação Científica

Faculdade da Medicina – UniEvangélica

Eu, Prof^(a) Orientador Marcelo Pimenta venho, respeitosamente, informar a essa Coordenação, que os(as) acadêmicos(as) Deise Elen Oliveira dos Santos Reis, Davi Mamede da Luz, Elano Jaime Azevedo Júnior, Jéssica de Castro Oliveira, Maria Luiza Silva Teixeira, Paólla Nayme Martins Moraes Nicolau estão desenvolvendo o trabalho de curso intitulado Análise sociodemográfica e clínica dos pacientes com artrite reumatoide atendidos no Hospital Geral de Goiânia-GO de 2016 a 2021 _____. O relatório parcial em anexo foi revisado e aprovado e retrata o desenvolvimento do TC sob minha orientação.

Observações:

Anápolis, 07 de novembro de 2022.

Assinatura do orientador:

Dr. Marcelo Pimenta
Reumatologista
CRM-GO 6619 / RQE 2643

RESUMO

A artrite reumatoide é uma doença crônica, inflamatória e imunomediada que atinge cerca de 1% da população brasileira. Objetivou-se descrever a análise sociodemográfica e clínica dos pacientes com artrite reumatoide atendidos no ambulatório de Reumatologia do Hospital Geral de Goiânia entre os anos 2016 e 2021. Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo e de abordagem quantitativa. A amostra foi constituída por 209 pacientes, cujos dados foram coletados por meio de pesquisa em prontuário eletrônico com base em ficha de coleta elaborada pelos pesquisadores. Observou-se que a maioria dos pacientes era do sexo feminino (85,2%), com idade de 60 anos ou mais (54,5%) e solteiro (66%). Acerca dos dados clínicos, 89,5% dos pacientes possuíam comorbidades, sendo a hipertensão arterial sistêmica a mais prevalente, 89% usavam medicamentos contínuos para o tratamento das comorbidades e o mais usado foi a vitamina D. Além disso, 80,4% usavam medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos e o mais usado foi o metotrexato (50,7%). Entre os que usavam medicamentos biológicos ou sintéticos alvo específico, o mais utilizado foi o adalimumabe (6,7%). 60,8% dos pacientes faziam uso de corticoide. O esquema terapêutico mais usado foi o de metotrexato associado a corticoide (23,9%). Conclui-se, portanto, que a maioria dos dados encontrados concordam com a literatura, exceto aqueles que apresentaram limitações como estado civil, presença de autoanticorpos, síndrome de Sjögren, comprometimento pulmonar e vasculites. A maior parte dos esquemas terapêuticos utilizados concorda com o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (2021) do Ministério da Saúde para artrite reumatoide.

Palavras-chave: Artrite reumatoide. Epidemiologia. Fatores socioeconômicos. Tratamento farmacológico. Doenças autoimunes.

ABSTRACT

Rheumatoid arthritis is a chronic, inflammatory and immunomediated disease that affects about 1% of the Brazilian population. This study aimed to describe the sociodemographic and clinical analysis of patients with rheumatoid arthritis treated at the Rheumatology outpatient clinic of the General Hospital of Goiânia between 2016 and 2021. This is a cross-sectional, retrospective and quantitative study. The sample consisted of 209 patients, whose data were collected through research in electronic medical records based on a collection form elaborated by the researchers. It was observed that most patients were female (85.2%), aged 60 years or older (54.5%) and single (66%). Regarding clinical data, 89.5% of the patients had comorbidities, with systemic arterial hypertension being the most prevalent, 89% used continuous medications for the treatment of comorbidities and the most used was vitamin D. In addition, 80.4% used synthetic disease-modifying medications and the most used was methotophy (50.7%). Among those who used specific target biological or synthetic drugs, the most used was adalimumab (6.7%). 60.8% of the patients used corticosteroids. The most commonly used therapeutic regimen was methodof methodwith corticosteroids (23.9%). It is concluded, therefore, that most of the data found agree with the literature, except those that presented limtics such as marital status, presence of autoantibodies, Sjögren's syndrome, pulmonary involvement and vasculitis. Most of the therapeutic regimens used agree with the Clinical Protocol of Therapeutic Guidelines (2021) of the Ministry of Health for rheumatoid arthritis.

Keywords: Rheumatoid Arthritis. Epidemiology. Socioeconomic Factors. Physicochemical Treatment. Autoimmune Diseases.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DE LITERATURA	3
2.1. Conceito e história	3
2.2. Epidemiologia	3
2.3. Fisiopatologia	4
2.3.1. Fatores iniciadores e promotores da AR	5
2.3.2. Imunidade celular	6
2.3.3. Imunidade humoral	6
2.3.4. Tabagismo	7
2.4. Diagnóstico	7
2.5. Tratamento	8
3. OBJETIVOS	10
3.1. Objetivo geral	10
3.2. Objetivos específicos	10
4. METODOLOGIA	11
4.1. Tipo de estudo	11
4.2. Local de realização	11
4.3. População	12
4.4. Cálculo amostral.....	12
4.5. Coleta de dados	12
4.6. Análise de dados	12
4.7. Aspectos éticos	12
5. RESULTADOS	14
6. DISCUSSÃO	29
7. CONCLUSÃO	33
BIBLIOGRAFIA	34
APÊNDICES	41
APÊNDICE A	41
ANEXOS	43
ANEXO 1	43
ANEXO 2	47

1. INTRODUÇÃO

A artrite reumatoide (AR) é uma doença de caráter crônico e progressivo que cursa com acometimento sistêmico das articulações (ANDRADE; DIAS, 2019). Essa doença atinge cerca de 0,5 a 1% da população adulta mundial e 0,2 a 1% da população brasileira, com maiores taxas entre o sexo feminino e a partir da quarta década de vida (SILVA *et al.*, 2018).

A AR costuma se apresentar como uma poliartrite crônica, com envolvimento simétrico e aditivo das articulações, sendo mais frequente em punhos, mãos, pés e tornozelos (SPARKS, 2019). O quadro clínico mais comum entre os pacientes é o de dor articular, com rigidez matinal acompanhada ou não de edema articular (OTON; CARMONA, 2019). Sendo assim, a diferenciação entre AR e as demais artrites é complexa, visto que não há características patognomônicas que distingam das diversas artrites em sua fase inicial (MOTA; LAURINDO; SANTOS NETO, 2010).

A AR também pode cursar com manifestações extra-articulares, dentre elas: cutâneas (como os nódulos reumatoides), pleuropulmonares (como a doença intersticial pulmonar), oftalmológicas (como a esclerite), hematológicas (como as vasculites) e neurológicas (como as neuropatias periféricas). Tais manifestações são consideradas marcadores de pior prognóstico, pois implicam em maior perda da capacidade funcional e aumento da mortalidade (OTON; CARMONA, 2019; SPARKS, 2019; CONITEC, 2020).

Além disso, em razão do caráter autoimune da AR, outras doenças desencadeadas pelo mesmo mecanismo podem estar associadas, como a síndrome de Sjögren e a tireoidite de Hashimoto. Ademais, entre os pacientes com AR, são bastante frequentes a hipertensão arterial, o diabetes mellitus, o hipotireoidismo, o transtorno de ansiedade, a depressão e os transtornos do sono (EMMANIFAR; HANSEN, 2018; FIGUS *et al.*, 2020).

Nesse sentido, trata-se de uma doença com significativo impacto social devido à sua elevada morbimortalidade, visto que a maioria dos pacientes terá sua independência afetada em graus variáveis, incluindo limitações nas atividades sociais, profissionais e de lazer. Dessa forma, a AR acarreta considerável ônus socioeconômico, com custos individuais de mais de 40 bilhões de euros na Europa e nos Estados Unidos relacionados ao diagnóstico, ao tratamento ambulatorial e hospitalar e à mortalidade (MOTA; LAURINDO; SANTOS NETO, 2010; CASTRO-SANTOS; DÍAZ-PEÑA, 2016; GOMES *et al.*, 2017).

Para além disso, a AR acomete indivíduos em idade produtiva e pode determinar importante limitação na capacidade funcional e perda de capacidade laboral, o que eleva os custos indiretos relacionados a doença (VAZ *et al.*, 2013).

A propedêutica para AR é complexa e constitui-se por achados clínicos e exames complementares, visto que nenhum parâmetro isolado, seja ele laboratorial, de imagem estabelece o diagnóstico (MOTA *et al.*, 2013).

Por sua vez, o tratamento constitui-se de modificações dos hábitos de vida, uso de medicamentos modificadores do curso da doença (MMCD) e uso de medicamentos sintomáticos (CONITEC, 2021).

Perante o exposto, como justificativas para essa pesquisa, destaca-se que a AR acomete indivíduos em idade produtiva e leva a importantes limitações na capacidade funcional e laboral e elevados custos relacionados ao seu tratamento. Assim sendo, é relevante um estudo que analise o perfil epidemiológico da doença visando o mapeamento da AR para possíveis ações preventivas e terapêuticas (LEE *et al.*, 2001; GOMES *et al.*, 2017).

Ademais, as características demográficas e clínicas da AR são variáveis de acordo com a população acometida e a maior parte das informações disponíveis provêm da Europa e dos Estados Unidos com poucos estudos no Brasil (MOTA; LAURINDO; SANTOS NETO, 2010; ALMEIDA *et al.*, 2014). Logo, a presente pesquisa é de grande valia para identificar o perfil da AR na população goiana e o seu tratamento.

Diante disso, o presente estudo tem por objetivo descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com artrite reumatoide atendidos no Hospital Geral de Goiânia durante o período de 2016 a 2021.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Conceito e História

A artrite reumatoide (AR) é uma doença inflamatória de caráter crônico, progressivo e de etiologia desconhecida que pode cursar com acometimento de múltiplas articulações e manifestações sistêmicas com alterações em diversos órgãos (ANDRADE; DIAS, 2019; CONITEC, 2020).

O termo “artrite reumatoide” foi utilizado pela primeira vez em 1859 pelo inglês Alfred Garrod, englobando diferentes doenças, que só foram diferenciadas e o termo atualizado a partir de 1906, por Gilbert Alexander Bannatyne. Sabe-se, porém, que a diferenciação entre a AR e outras doenças articulares é complexa, já que as várias artrites cursam com aspectos clínicos semelhantes no estágio inicial (MOTA; LAURINDO; SANTOS NETO, 2010; ANDRADE; DIAS, 2019).

Nos anos 1970, se deram as primeiras descobertas entre o fator genético e a AR com o relato da associação da doença com a maior prevalência em gêmeos homozigotos (BATISTA, 2012).

2.2. Epidemiologia

A AR acomete cerca de 1% da população mundial, atinge mais as mulheres do que os homens (em uma proporção de cerca de 3:1). No que tange à faixa etária, é mais frequente em indivíduos de 30 a 50 anos. (VAZ *et al.*, 2013; CONITEC, 2021).

Sabe-se que a maior parte dos estudos de prevalência da doença provém de países desenvolvidos do norte da Europa e da América do Norte com taxas estimadas entre 0,5 e 1% (VAN DER WOUDE; VAN DER HELM-VAN MIL, 2018). Além disso, um estudo multicêntrico realizado com amostras populacionais das macrorregiões brasileiras demonstrou prevalência da AR entre 0,2 e 1% da população adulta (MARQUES NETO *et al.*, 1993).

Acerca da preponderância feminina da AR é atribuída à influência dos hormônios sexuais no sistema imunológico e na microbiota, bem como às questões epigenéticas. Ressalta-se também que as diferenças entre a percepção e os cuidados em saúde entre os gêneros podem contribuir para uma melhor avaliação da doença em mulheres (OTON; CARMONA, 2019).

Algumas doenças crônicas com prevalência crescente na população hodierna parecem estar relacionadas ao desenvolvimento da AR, dentre elas a depressão, a asma, a doença pulmonar obstrutiva crônica, os eventos cardiovasculares e as neoplasias malignas

sólidas (exceto carcinoma basocelular). Atribui-se a relação da AR com algumas dessas comorbidades aos fatores genéticos compartilhados entre elas, aos efeitos adversos dos glicocorticoides utilizados no tratamento e à inflamação crônica relacionada à doença (DOUGADOS *et al.*, 2014).

A morbidade entre os pacientes com AR é elevada e está principalmente relacionada aos eventos cardiovasculares e outras complicações sistêmicas, como a osteoporose. Isso se configura como um grande desafio dentro da gestão clínica desses pacientes por elevar a mortalidade, a incapacidade funcional e os custos relacionados ao tratamento (BAUTISTA-MOLANO *et al.*, 2016; GIL-CONESA *et al.*, 2020).

Se por um lado o surgimento de novas estratégias de tratamento como os glicocorticoides e os imunobiológicos aprimorou os resultados clínicos relacionados à AR, por outro, o uso desses medicamentos elevou a incidência de comorbidades como osteoporose, neoplasias e infecções como o herpes-zóster, a tuberculose, as celulites bacterianas e as infecções pelo papilomavírus humano e pelo influenza. (DE COCK; HYRICH, 2019; CONITEC, 2021).

Por fim, destaca-se que a AR se relaciona com diversos fatores socioeconômicos, sendo mais prevalente em indivíduos de meia-idade, casados, de baixa escolaridade, desempregados ou em afastamento do trabalho, baixo conhecimento sobre a doença e baixa adesão ao tratamento (MALM *et al.*, 2017; NAQVI; HASSALI; AFTAB, 2019).

2.3. Fisiopatologia

A AR é reconhecida como uma doença inflamatória imunomediada cuja causa não está completamente esclarecida. No entanto, sabe-se que sua fisiopatogênese está relacionada aos mecanismos de imunidade celular e de imunidade humoral. Além disso, a suscetibilidade genética, as infecções bacterianas e virais e o tabagismo podem corroborar como fatores iniciadores e promotores da doença (JOHNS HOPKINS MEDICINE, 2021)

Nos estágios precoces da AR, ocorre proliferação e edema das células na membrana sinovial, com infiltração de células B e T, macrófagos e granulócitos. Nessa perspectiva, a membrana sinovial se torna densa e a articulação edemaciada e dolorosa. Com a progressão, ocorre a formação do *pannus*, um tecido com características invasivas que infiltra cartilagem articular e o osso, conseqüentemente ocorre destruição articular irreversível. Como resultado, a cartilagem e o osso perdem sua arquitetura e função normais e a articulação fica deformada, instável, dolorosa e inflamada (PICCOLI *et al.*, 2011).

2.3.1. Fatores iniciadores e promotores da AR

A AR apresenta etiologia multifatorial, com 60% de chances de transmissão hereditária e notável influência do fator genético sobre a história natural da doença. Dentre os hábitos de vida, o tabagismo é o principal agente promotor do desenvolvimento da doença (CASTRO-SANTOS; DÍAZ-PEÑA, 2016) e será discutido posteriormente.

A suscetibilidade genética da AR é atribuída a alguns genes potenciais, em especial, aos pertencentes ao complexo principal de histocompatibilidade (do inglês, *major histocompatibility complex - MHC*) de classe II. Dentre os genes do MHC está o antígeno leucocitário humano (do inglês *human leukocyte antigens - HLA*) HLA-DR, especialmente o HLA-DRB1 que contribui para o desenvolvimento de AR e é de alta prevalência entre os pacientes com anticorpos anti-CCP (do inglês, *anti-cyclic citrullinated peptides - anti-CCP*) positivos. A presença de HLA-DRB1 e anti-CCP em conjunto favorece a ligação de alta afinidade a antígenos próprios implicada na fisiopatogenia da AR. Ademais, o HLA-DP também está sendo relacionado à AR devido ao seu papel nos processos de infecção e autoimunidade (CROIA *et al.*, 2019; SCHERER; HÄUPL; BURMESTER, 2020).

Outrossim, vários genes não pertencentes ao MHC são elencados na fisiopatogênese da AR. Sabe-se que os polimorfismos em genes da interleucina-1-beta promovem destruição articular, do fator de necrose tumoral alfa (do inglês, *tumor necrosis factor alpha - TNF-alfa*) geram pleiotropismo de células T auxiliares, do fator de transcrição-kappa-B (do inglês, *nuclear factor kappa-B - NFkB*) causam destruição da cartilagem e queda da densidade mineral óssea. Também são documentados polimorfismos em genes de quimiocinas, de codificação da sinalização de linfócitos T e de caspases associados ao aumento do risco de AR (CROIA *et al.*, 2019).

Tal como a suscetibilidade genética, as infecções bacterianas e virais também são elencadas como possíveis fatores iniciadores na patogênese da AR. Essa associação se confirma especialmente diante das infecções por vírus respiratórios tais como parainfluenza, coronavírus e metapneumovírus e das pneumonias por micoplasma (JOO *et al.*, 2019; KRONZER; DAVIS, 2021).

Outro aspecto que merece atenção é a relação entre a periodontite e a AR. Logo, ambas se comportam com inflamação crônica e culminam em destruição dos tecidos contíguos por altos níveis de interleucina-1, interleucina-6, espécies reativas de oxigênio e metaloproteinases. Além disso, a periodontite é frequentemente associada à bactéria *Porphyromonas gingivalis* que possui capacidade de citrulinização de proteínas envolvidas na fisiopatogênese da AR (ROSZYK; PUSZCZEWICK, 2017).

2.3.2. Imunidade celular

A contribuição da imunidade celular para a patogênese da AR situa-se nas funções de linfócitos T, linfócitos B, macrófagos, células *natural killer* (NK), além de fibroblastos e osteoclastos (YAP *et al.*, 2018; LIN; ANZAGHE; SCHÜLKE, 2020).

Os linfócitos T CD4+, mediante interação com o HLA ou com as moléculas de MHC de classe II, produzem inflamação por meio da secreção de citocinas pró-inflamatórias como interferon-gama (IFN-gama), interleucina-2 e TNF-alfa por linfócitos T auxiliares do tipo 1 (Th1) e de interleucina-17 por linfócitos T auxiliares do tipo 17 (Th17). Além disso, tais citocinas promovem ativação de macrófagos e fibroblastos, produção de quimiocinas e metaloproteinases e promovem a neoangiogênese e a osteoclastogênese. Tais macrófagos são ativados para o fenótipo pró-inflamatório (M1) e secretam citocinas e enzimas proteolíticas causadoras de danos articulares e ósseos (YAP *et al.*, 2018).

Ademais, as células NK contribuem para os mecanismos celulares da AR por meio da hipersecreção de IFN-gama nas articulações inflamadas e os linfócitos B são responsáveis pela falha nos mecanismos de verificação de autotolerância com produção de células e anticorpos autorreativos (YAP *et al.*, 2018).

2.3.3. Imunidade humoral

Tratando-se a AR de uma doença de origem autoimune, os autoanticorpos desempenham papel significativo em sua patogênese. Assim, vários anticorpos são relacionados ao desenvolvimento da AR como o fator reumatoide (FR), o anti-CCP, o fator reumatoide regulatório, o anticorpo contra antígenos carbamilados, os anticorpos anti-K8, anti-p68, anti-AR33 e anti-calpastastina, os anticorpos anti-citoplasma de neutrófilos e os anticorpos para antígenos nucleares, anti-colágeno tipo II e anti-fibronectina (YAP *et al.*, 2018)

Dentre esses, o FR e o anti-CCP têm maior utilidade para diagnóstico e prognóstico da AR, apesar de não serem obrigatórios para o diagnóstico. Logo, pacientes com altos títulos de FR possuem pior prognóstico, pois cursam com doença articular agressiva, alta atividade da doença, menor taxa de remissão, maior prevalência de manifestações extra-articulares e aumento da morbimortalidade (ROCHA; BALDO; ANDRADE, 2019).

Por sua vez, a presença de anti-CCP está relacionada com um fenótipo de doença articular mais grave e erosiva e maior frequência de manifestações extra-articulares pulmonares e cardiovasculares (WU *et al.*, 2020).

2.3.4. Tabagismo

O tabagismo é o principal fator de risco ambiental da AR, especialmente da AR com anti-CCP positivo. Nesse sentido, a exposição das vias aéreas à fumaça do cigarro estimula a expressão da enzima peptidilarginina deiminase (PAD) e a consequente citrulinização de nos pulmões. A partir disso, as proteínas citrulinadas promovem a ativação de células T e B e a produção de anticorpos anti-CCP responsáveis por alterações no parênquima pulmonar e nas articulações (PETROVSKÁ *et al.*, 2021).

Além disso, o tabagismo também foi associado resposta clínica inferior ao tratamento com metotrexato, inibidores do fator de necrose tumoral (anti-TNFs) e rituximabe, independente do uso concomitante de prednisona (SAFY-KHAN *et al.*, 2021).

Ademais, o efeito do tabagismo é dose-dependente (em anos-maço) para o risco de AR soropositiva e a latência para a diminuição do risco de AR após a cessação do hábito de fumar é bastante longo. Do mesmo modo, outros irritantes de vias aéreas como a sílica e a poeira têxtil também podem levar à produção de anti-CCP e elevar o risco de AR (PETROVSKÁ *et al.*, 2021).

2.4. Diagnóstico

O diagnóstico é feito em grande parte por achados clínicos e por exames complementares. Nesse sentido, a queixa clínica mais usual é a de aparecimento insidioso de edema e rigidez de articulações dos membros superiores como os dedos e o punho, e dos membros inferiores, como os pés e os tornozelos (PEREIRA *et al.*, 2017).

Acerca disso, nenhum exame isolado, seja ele clínico, laboratorial, de imagem ou histopatológico, confirma o diagnóstico de AR. Dessa forma, para auxiliar nesse processo, podem ser utilizados alguns critérios de classificação como os do *American College of Rheumatology* (ACR)/ *European League Against Rheumatism* (EULAR) de 2010 e os do ACR de 1987 (PEREIRA *et al.*, 2017; CONITEC, 2021).

Sobre os exames complementares, a radiografia pode demonstrar descalcificação ou erosão dos ossos na região do punho e da mão e a ressonância magnética possui destaque no diagnóstico precoce e na avaliação das partes moles acometidas pela AR (membrana e líquido sinovial, cartilagem, ligamentos e tendões). Além disso, a ultrassonografia também pode ser usada na avaliação das partes moles, bem como das alterações inflamatórias e estruturais da doença, podendo ser aprimorada pela utilização do doppler e pela realização por um examinador experiente (ANDRADE; DIAS, 2019; CONITEC, 2021).

Nos exames laboratoriais, o hemograma pode revelar inflamação com níveis elevados da velocidade de hemossedimentação e da proteína C reativa. Ademais, a titulação de autoanticorpos como o FR e o anti-CCP auxiliam no diagnóstico e prognóstico, sendo que o FR possui menor especificidade e o anti-CCP é mais específico (CONITEC, 2021).

Tais dados laboratoriais são importantes para avaliação da atividade da doença realizada por meio de instrumentos como o *Disease Activity Score 28 (DAS-28)*, o *Simplified Disease Activity Index (SDAI)* e o *Clinical Disease Activity Index (CDAI)* (SCOTT; WOLFE; HUIZINGA, 2010; MEDEIROS *et al.*, 2015; RODRIGUES *et al.*, 2017).

2.5. Tratamento

Não há prevenção conhecida para a AR além da redução de fatores de risco e nem cura para a AR, por isso o tratamento adequado é primordial para a melhora dos sintomas e da qualidade de vida do paciente, bem como para retardar o progresso da doença (SPRIGGS, 2017).

Atualmente, é recomendado o uso da estratégia *treat to target* independente do nível de atividade da doença. Nesse sentido, institui-se o tratamento com uma meta para o controle dos sintomas por meio de decisão compartilhada entre paciente e profissional de saúde e o objetivo é a remissão ou a baixa atividade de doença em casos específicos (CONITEC, 2021).

O tratamento da doença consiste inicialmente na modificação de hábitos de vida – tais como cessação do tabagismo, prática regular de exercício físico, redução do consumo de álcool e redução do peso – além do acompanhamento e tratamento das comorbidades como a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes mellitus, a dislipidemia e a osteoporose. Ademais, é importante orientar a atualização do calendário de vacinação para todos os pacientes e a contracepção às mulheres em idade fértil tendo em vista que grande parte dos medicamentos utilizados no controle da AR é contraindicada durante a gestação (MOTA; LAURINDO; SANTOS NETO, 2010; CONITEC, 2021).

O tratamento medicamentoso da AR consiste no uso de medicamentos sintomáticos como os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) e os glicocorticoides, além do uso de Medicamentos Modificadores do Curso da Doença (MMCD) e imunossupressores (SAAG *et al.*, 2008; CONITEC, 2021).

O tratamento com os MMCD no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide (PCDT) é dividido em etapas: primeira, segunda e terceira etapas. Desse modo, a primeira etapa contempla o uso de MMCDs sintéticos: metotrexato (MTX) como

primeira escolha, a leflunomida (LEF) e a sulfassalazina (SSZ) para os casos de toxicidade ao MTX e hidroxicloroquina/cloroquina (HCQ/CQ) que se mostra pouco efetiva em uso isolado. Como segunda linha para os casos de falha à monoterapia inicial, pode-se considerar a combinação dupla ou tripla dos medicamentos sintéticos (CONITEC, 2021).

Sucessivamente, a segunda etapa de tratamento é constituída por medicamentos biológicos (MMCDbio) e sintéticos alvo específico (MMCDsae) e deve ser instituída em caso de falha da primeira etapa, ou seja, após dois esquemas da primeira etapa (com duração de três meses cada um) com persistência da atividade da doença. Nesse sentido, são MMCDbio: abatacepte, adalimumabe, certolizumabe pegol, etanercepte, golimumabe, infliximabe, rituximabe, tocilizumabe; e MMCDsae: baracitinibe, tofacitinibe e upadacitinibe (MARTINS *et al.*, 2013; CONITEC, 2021).

Por conseguinte, a terceira etapa de tratamento inclui os mesmos medicamentos da etapa anterior e consiste na troca do MMCDbio ou MMCDsae. Os MMCDbio devem ser usados em associação com o MTX, exceto nos casos de contraindicação quando podem ser substituídos por outro MMCD sintético de primeira linha, e os MMCDsae podem ser usados em monoterapia ou associação com MMCD sintético (SINGH *et al.*, 2015; CONITEC, 2021).

Ademais, convém ressaltar que não há diferença significativa em perfil de segurança e de eficácia entre os MMCDbio. No que tange aos MMCDsae, existe a vantagem da administração oral e o rituximabe deve ser reservado para os pacientes com contraindicação absoluta, toxicidade ou falha a todos os demais MMCDbio e MMCDsae (GOLDMAN; SCHAFER, 2018; CONITEC, 2021).

Acerca do tratamento sintomático, esse pode ser aplicado em qualquer etapa terapêutica. Sobre os medicamentos, como AINE são recomendados o ibuprofeno e o naproxeno e como glicocorticoides, a prednisona ou a prednisolona (CONITEC, 2021)

Dessa forma, o tratamento sintomático pode ser adotado nos casos de AR de início recente com atividade moderada ou alta ou nas manifestações extra-articulares. Para os casos de AR recente, propõe-se AINEs e glicocorticoide em baixa dose (menor ou igual 10mg/dia) por curto tempo (menor que três meses), e o uso de corticoide em alta dose deve ser reservado para manifestações extra-articulares (como neurite, vasculite e pneumonite) (FRAENKEL *et al.*, 2021; CONITEC, 2021).

Por fim, no tocante aos imunossuppressores, são usadas a azatioprina e a ciclosporina que, apesar da efetividade como modificadores do curso da doença, estão associadas a diversos efeitos adversos, e principalmente à imunossupressão (CONITEC, 2021).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com artrite reumatoide atendidos no Hospital Geral de Goiânia (HGG) durante o período de 2016 a 2021.

3.2. Objetivos específicos

- Comparar os dados sociodemográficos obtidos pelo estudo com a literatura nacional e internacional.
- Verificar a conformidade do tratamento medicamentoso instituído de acordo com o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (2021) do Ministério da Saúde para artrite reumatoide.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo documental e de abordagem quantitativa.

4.2. Local de realização

O HGG possui mais de 35 especialidades médicas e multiprofissionais. A unidade é referência internacional no tratamento de pacientes portadores de Xeroderma Pigmentoso e também conta com ambulatórios exclusivos para doenças como a AR e outras como Alzheimer, Parkinson, Tuberculose e Asma.

Inaugurado em 1959, foi o primeiro hospital ensino do Centro-Oeste. Em 2014, tornou-se o primeiro hospital público do Centro-Oeste acreditado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e, em 2018, conquistou a categoria de Hospital Acreditado com excelência, ONA 3.

Atualmente a capacidade instalada é de 62 leitos de Clínica Médica, 113 leitos de Clínica Cirúrgica, 10 leitos de Cuidados Paliativos. 14 leitos de Diálise, 5 leitos de intercorrências, 30 leitos de Centro de Terapia Intensiva e 13 salas de cirurgia. No que diz respeito aos ambulatórios, possui 32 consultórios, 01 consultório odontológico, 03 salas de pequenos procedimentos, 02 salas multiuso e 14 vagas de hemodiálise.

4.3. População

A população amostral foi constituída por pacientes com artrite reumatoide atendidos no ambulatório de reumatologia do HGG nos anos de 2016 a 2021.

Para a presente pesquisa foi considerada como população apenas os pacientes com artrite reumatoide cujo diagnóstico realizado pelo médico especialista atende aos códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) M06.0 (artrite reumatoide soronegativa) e M05.9 (artrite reumatoide soropositiva não especificada). A população total e por CID-10 está descrita no quadro abaixo.

Quadro 1 – População do estudo

CID-10	Número de pacientes (N)
M06.0	566
M05.9	209
Total	775

Fonte: Elaboração própria

4.4. Cálculo amostral

O cálculo amostral foi realizado no Software G*Power (3.1). Atribuiu-se poder amostral de 80%, tamanho de efeito médio de 0,3, nível de significância de 5% e acréscimo de 20% de perdas. Sendo assim, para a amostra da pesquisa, foram considerados 209 pacientes.

4.5. Coleta de dados

Os dados foram coletados a partir de prontuários eletrônicos disponibilizados pela instituição coparticipante.

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizada uma versão online da ficha elaborada pelos pesquisadores (**Apêndice A**). Ademais, os dados obtidos foram categorizados e dispostos em tabela pré-elaborada e padronizada para essa finalidade.

4.6. Análise de dados

Os dados foram transcritos para uma planilha online, analisados através do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 23 e descritos como frequência e porcentagem.

4.7. Aspectos éticos

Os critérios de inclusão foram pacientes do HGG com o diagnóstico realizado pelo médico especialista de acordo com o CID 10 – M05.9 (artrite reumatoide soropositiva não especificada) e CID 10 – M06.0 (artrite reumatoide soronegativa) e atendidos entre 2016 e 2021. Os critérios de exclusão foram pacientes cujos prontuários não continham nenhum dos dados sociodemográficos de interesse da presente pesquisa.

O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Evangélica de Goiás (CEP UNIEVANGÉLICA) e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Alberto Rassi – HGG (CEP HGG), isto é, da instituição coparticipante, seguindo a

Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre a pesquisa com seres humanos.

A pesquisa em questão passou por apreciação e foi aprovada no CEP UNIEVANGÉLICA segundo o parecer nº 5.323.640 (**Anexo 1**) e no CEP HGG segundo parecer nº 5.429.064 (**Anexo 2**).

5. RESULTADOS

Foram coletados dados de 209 pacientes e, no que tange ao perfil sociodemográfico, nota-se que a maioria foi do sexo feminino (85,2%), da faixa etária de 60 anos ou mais (54,5%) e solteiros (66%). Quanto à procedência, 56% residiam em Goiânia e 43,5% em outros locais do estado de Goiás, e todos eram brasileiros.

Os dados de etnia/cor, escolaridade e profissão não foram informados entre a maioria dos pacientes. Porém, entre os informados, a maioria foi de pardos (28,2%), de escolaridade nível fundamental (7,7%) ou médio (7,2%) e autônomos (7,2%) (**Tabela 1**).

Tabela 1: Distribuição dos dados de acordo com o perfil sociodemográfico da população do estudo (n=209).

Variáveis	n (%)
Sexo	
Masculino	31 (14,8)
Feminino	178 (85,2)
Faixa etária	
<18 anos	-
18-24 anos	2 (1,0)
25-44 anos	17 (8,1)
44-59 anos	76 (36,4)
60 anos ou mais	114 (54,5)
Procedência	
Goiânia	117 (56,0)
Outro local no Estado de Goiás	91 (43,5)
Outro Estado	-
Não informado	1(0,5)
Nacionalidade	
Brasileiro	209 (100,0)
Estrangeiro	-
Etnia/Cor	
Branca	13 (6,2)
Parda	59 (28,2)
Negra	1 (0,5)
Amarela	-
Indígena	-
Não informado	136 (65,1)

continua...

Estado civil	
Solteiro(a)	138 (66,0)
Casado(a)	50 (23,9)
Divorciado(a)	11 (5,3)
União estável	2 (1,0)
Viúvo	5 (2,4)
Não informado	3 (1,4)
Escolaridade	
Analfabeto	-
Nível Fundamental	16 (7,7)
Nível Médio	15 (7,2)
Nível Técnico	-
Nível superior	-
Não informado	178 (85,2)
Profissão	
Celetista	4 (1,9)
Servidor(a) público	-
Autônomo	15 (7,2)
Dona(o) de casa	6 (2,9)
Desempregado(a)	1 (0,5)
Aposentado(a)	7 (3,3)
Estudante	-
Não informado	176 (84,2)

Fonte: Elaboração própria

Acerca dos hábitos de vida, é importante ressaltar que o tabagismo, o etilismo e a prática de atividade física regular não foram informados para a maioria dos pacientes. Dentre os informados, a maioria foi de não-tabagistas (26,8%), não-etilistas (34,4%) e sedentários (31,6%) (**Tabela 2**).

Tabela 2: Distribuição dos dados de acordo com os hábitos de vida da população do estudo (n=209).

Variáveis	n (%)
Tabagismo	
Sim	16 (7,7)
Não	56 (26,8)
Ex-tabagista	29 (13,9)
Não informado	108 (51,7)

continua...

Etilismo	
Sim	9 (4,3)
Não	72 (34,4)
Ex-etilista	4 (1,9)
Não informado	124 (59,3)
Atividade física	
Sim	28 (13,4)
Não	66 (31,6)
Não informado	115 (55)

Fonte: Elaboração própria

Quanto aos fatores de risco para AR, o histórico familiar não foi informado para 92,3% dos pacientes, o fator reumatoide esteve positivo em 34%, e o anticorpo anti-CCP em 14,8% sendo não informado em 75,1% (**Tabela 3**).

Tabela 3: Distribuição dos dados de acordo com os fatores de risco para artrite reumatoide da população do estudo (n=209).

Variáveis	n (%)
Histórico familiar de artrite reumatoide	
Sim	5 (2,4)
Não	11 (5,3)
Não informado	193 (92,3)
Fator reumatoide positivo	
Sim	71 (34,0)
Não	91 (43,5)
Não informado	47 (22,5)
Anticorpo anti-CCP	
Sim	31 (14,8)
Não	21 (10,0)
Não informado	157 (75,1)

Fonte: Elaboração própria

Acerca da presença de outras doenças além da AR e do uso de outros medicamentos de uso contínuo além daqueles direcionados ao tratamento da AR, 89,5% dos pacientes apresentaram ao menos uma comorbidade e 89% usavam pelo menos um medicamento além daqueles utilizados para o tratamento da AR (**Tabela 4**).

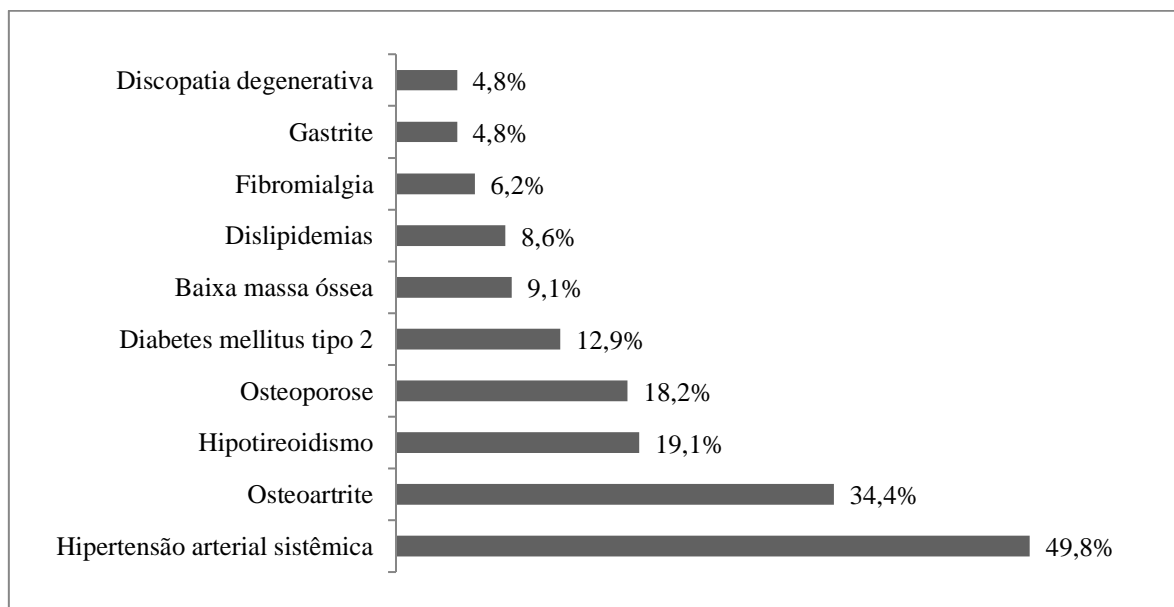
Tabela 4: Distribuição dos dados de acordo com as comorbidades e uso de outros medicamentos de uso contínuo da população do estudo (n=209).

Variáveis	n (%)
Comorbidades	
Sim	187 (89,5)
Não	22 (10,5)
Uso de outros medicamentos de uso contínuo	
Sim	186 (89,0)
Não	23 (11,0)

Fonte: Elaboração própria

O **gráfico 1** demonstra as dez principais comorbidades apresentadas pelos pacientes do estudo, sendo que a comorbidade mais prevalente foi a hipertensão arterial sistêmica (HAS).

Gráfico 1: Distribuição das principais comorbidades apresentadas pela população do estudo.



Fonte: Elaboração própria

As comorbidades apresentadas pelos pacientes do estudo estão dispostas na **tabela 5**, de acordo com as categorias propostas pela Classificação Internacional de Doenças (CID-11) proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2022). É importante ressaltar que um mesmo paciente poderia ser acometido por mais de uma doença.

Tabela 5: Distribuição dos dados de acordo com as comorbidades apresentadas pela população do estudo (n=187).

Variáveis	n (%)
Doenças do sistema musculoesquelético e tecido conjuntivo	
Osteoartrite	72 (34,4)
Osteoporose	38 (18,2)
Baixa massa óssea	19 (9,1)
Discopatia degenerativa	10 (4,8)
Tendinopatia (não especificada)	4 (1,9)
Fratura da coluna vertebral	3 (1,4)
Osteomielite	3 (1,4)
Esporão do calcâneo	3 (1,4)
Síndrome do impacto	2 (1,0)
Artrite gotosa	2 (1,0)
Cisto de Baker	2 (1,0)
Osteonecrose	1 (0,5)
Estenose de canal vertebral	1 (0,5)
Pés planos	1 (0,5)
Hiperostose esquelética idiopática difusa	1 (0,5)
Tenossinovite de De Quervain	1 (0,5)
Epicondilite medial do cotovelo	1 (0,5)
Lesão de ligamento cruzado anterior	1 (0,5)
Lesão de menisco	1 (0,5)
Lombociatalgia	1 (0,5)
Doenças do sistema circulatório	
Hipertensão arterial sistêmica	104 (49,8)
Insuficiência venosa periférica crônica	9 (4,3)
Doença oclusiva arterial crônica	2 (1,0)
Valvopatia mitral	1 (0,5)
Arritmia cardíaca (não especificada)	1 (0,5)
Fibrilação atrial	1 (0,5)
Bradicardia	1 (0,5)
Bloqueio cardíaco (não especificado)	1 (0,5)
Insuficiência cardíaca	1 (0,5)
Hipertensão arterial pulmonar	1 (0,5)
Infarto agudo do miocárdio anterior	1 (0,5)
Cardiomiopatia dilatada	1 (0,5)

continua...

Doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas

Hipotireoidismo	40 (19,1)
Diabetes mellitus tipo 2	27 (12,9)
Dislipidemia (não especificada)	18 (8,6)
Obesidade	8 (3,8)
Esteatose hepática	4 (1,9)
Síndrome de Cushing	1 (0,5)
Síndrome dos ovários policísticos	1 (0,5)
Doenças do sistema digestivo	
Gastrite	10 (4,8)
Doença diverticular	6 (2,9)
Doença do refluxo gastroesofágico	5 (2,4)
Doença hemorroidária	3 (1,4)
Hérnia hiatal	3 (1,4)
Úlcera péptica	2 (1,0)
Isquemia mesentérica	1 (0,5)
Pancreatite crônica	1 (0,5)
Doenças do sistema nervoso	
Polineuropatia periférica (não especificada)	8 (3,8)
Síndrome do túnel do carpo	6 (2,9)
Acidente vascular encefálico anterior	4 (1,9)
Epilepsia	2 (1,0)
Mononeuropatia periférica (não especificada)	2 (1,0)
Neuropatia pós-herpética	1 (0,5)
Radiculopatia	1 (0,5)
Doença desmielinizante (não especificada)	1 (0,5)
Transtornos mentais e comportamentais	
Transtorno depressivo	8 (3,8)
Transtorno de ansiedade generalizada	5 (2,4)
Transtorno bipolar	1 (0,5)
Transtorno do pânico	1 (0,5)
Transtorno somatoforme	1 (0,5)
Transtorno de humor não especificado	1 (0,5)
Transtorno neurocognitivo maior	1 (0,5)
Sintomas gerais, sinais ou achados clínicos	
Fibromialgia	13 (6,2)
Dor miofascial	2 (1,0)
Enxaqueca	2 (1,0)
Cefaleia tensional	1 (0,5)
	continua...
Neoplasias	
Nódulo tireoideano	3 (1,4)

Hiperplasia prostática benigna	2 (1,0)
Câncer de pele	2 (1,0)
Cisto ovariano	1 (0,5)
Cistos renais	1 (0,5)
Cisto de cordas vocais	1 (0,5)
Câncer de mama	1 (0,5)
Gamopatia monoclonal	1 (0,5)
Câncer de intestino	1 (0,5)
Câncer de útero	1 (0,5)
Câncer de bexiga	1 (0,5)

Doenças infecciosas ou parasitárias

Doença de Chagas	3 (1,4)
Hepatite C	3 (1,4)
Hanseníase	2 (1,0)
Tuberculose	2 (1,0)
Tuberculose latente	2 (1,0)
Herpes simples	2 (1,0)

Doenças do sistema respiratório

Asma	4 (1,9)
Doença pulmonar obstrutiva crônica	4 (1,9)
Bronquiectasia	2 (1,0)
Silicose	1 (0,5)
Pneumonite intersticial idiopática	1 (0,5)
Fibrose pulmonar idiopática	1 (0,5)

Distúrbios do ciclo sono-vigília

Insônia crônica	9 (4,3)
Apneia obstrutiva do sono	1 (0,5)

Doenças do sistema visual

Glaucoma	4 (1,9)
Catarata	3 (1,4)
Ceratite ulcerativa	1 (0,5)
Esclera azul	1 (0,5)
Esclerite refratária	1 (0,5)

Doenças da pele

Psoríase	4 (1,9)
Vitiligo	3 (1,4)
Ceratose actínica	1 (0,5)
Dermatite ocre	1 (0,5)

continua...

Doenças do sangue ou dos órgãos formadores de sangue

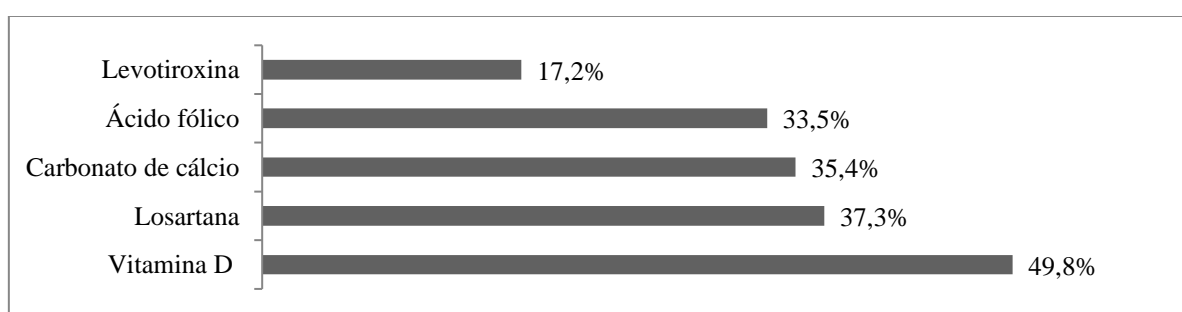
Anemia crônica	4 (1,9)
----------------	---------

Lúpus eritematoso sistêmico	4 (1,9)
Doenças do ouvido	
Perda auditiva (não especificada)	4 (1,9)
Vestibulopatias	3 (1,4)

Fonte: Elaboração própria

Os medicamentos mais usados para o controle das comorbidades foram vitamina D, losartana, carbonato de cálcio, ácido fólico e levotiroxina, conforme o **gráfico 2**.

Gráfico 2 - Distribuição dos medicamentos usados para o controle das comorbidades pela população do estudo.



Fonte: Elaboração própria

Os medicamentos utilizados pelos pacientes do estudo foram dispostos de acordo com a classificação Anatômica Terapêutico-Química (do inglês, *Anatomical Therapeutic Chemical - ATC*) recomendada pela OMS (MGJS, 2022) (**Tabela 6**).

O mesmo paciente podia utilizar mais de um medicamento e, com base na classificação ATC, foram mais usados os medicamentos direcionados ao sistema gastrointestinal e metabolismo, ao sistema cardiovascular e ao sistema nervoso.

Tabela 6: Distribuição dos dados de acordo com o uso de medicamentos pela população do estudo (n=186).

Variáveis	n (%)
SISTEMA GASTROINTESTINAL E METABOLISMO	
Antissecretores	
Omeprazol	27 (12,9)
Pantoprazol	10 (4,8)
Ranitidina	2 (1,0)
Famotidina	1 (0,5)
	continua...
Antidiabéticos	
Metformina	26 (12,4)
Glibenclamida	5 (2,4)

Gliclazida	4 (1,9)
Insulina NPH	2 (1,0)
Linagliptina	1 (0,5)
Vitaminas	
Vitamina D	104 (49,8)
Multivitamínicos	8 (3,8)
Tiamina + piridoxina + cianocobalamina	3 (1,4)
Ribonucleotídeos + hidroxocobalamina	2 (1,0)
Mecobalamina	1 (0,5)
Benfotiamina	1 (0,5)
Vitamina C + colágeno + ácido hialurônico	1 (0,5)
Suplementos minerais	
Carbonato de cálcio	74 (35,4)
Cálcio não especificado	26 (12,4)
Citrato de cálcio	7 (3,3)
Magnésio	2 (1,0)
Potássio	2 (1,0)
Outros suplementos alimentares	
<i>Cranberry</i>	1 (0,5)
<i>Maca peruana</i>	1 (0,5)
Ômega 3	1 (0,5)
SISTEMA CARDIOVASCULAR	
Antiarrítmicos e betabloqueadores	
Amiodarona	3 (1,4)
Propranolol	6 (2,9)
Metoprolol	4 (1,9)
Carvedilol	3 (1,4)
Bisoprolol	3 (1,4)
Nebivolol	2 (1,0)
Diuréticos	
Hidroclorotiazida	33 (15,8)
Furosemida	7 (3,3)
Espironolactona	6 (2,9)
Clortalidona	4 (1,9)
Amilorida	1 (0,5)
Indapamida	1 (0,5)
Bloqueadores dos canais de cálcio	
Anlodipino	15 (13,8)
Nifedipino	5 (2,4)
	continua...
Inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona	
Losartana	78 (37,3)
Captopril	4 (1,9)
Olmesartana	3 (1,4)

Enalapril	3 (1,4)
Valsartana	1 (0,5)
Outros anti-hipertensivos	
Clonidina	1 (0,5)
Antivaricosos	
Diosmina + hesperidina	2 (1,0)
Cumarina + troxerrutina	1 (0,5)
Antidislipidêmicos	
Sinvastatina	24 (11,5)
Atorvastatina	6 (2,9)
Ciprofibrato	3 (1,4)
Rosuvastatina	2 (1,0)
SISTEMA NERVOSO	
Anticonvulsivantes	
Pregabalina	14 (6,7)
Gabapentina	8 (3,8)
Oxcarbazepina	1 (0,5)
Divalproato de sódio	1 (0,5)
Antipsicóticos	
Olanzapina	1 (0,5)
Hipnótico/sedativos	
Zolpidem	5 (2,4)
Eszopiclona	1 (0,5)
Ansiolíticos	
Clonazepam	7 (3,3)
Clordiazepóxido	1 (0,5)
Antidepressivos	
Amitriptilina	16 (7,7)
Duloxetina	13 (6,2)
Fluoxetina	9 (4,3)
Trazodona	3 (1,4)
Citalopram	3 (1,4)
Venlafaxina	2 (1,0)
Escitalopram	2 (1,0)
Desvenlafaxina	2 (1,0)
Paroxetina	1 (0,5)
Antidemência e nootrópicos	
Donepezila	1 (0,5)
Piracetam	1 (0,5)
	continua...
Antivertiginosos	
Betaistina	2 (1,0)
Cinarizina	1 (0,5)
SANGUE E ÓRGÃOS HEMATOPOIÉTICOS	
Antitrombóticos	

Ácido acetilsalicílico	14 (6,7)
Cilostazol	1 (0,5)
Rivaroxabana	1 (0,5)
Varfarina	1 (0,5)
Antianêmicos	
Ácido fólico	70 (33,5)
Glicinato férrico	1 (0,5)
Eritropoetina	1 (0,5)
SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO E TECIDO CONJUNTIVO	
Antirreumáticos	
Diacereína	17 (8,1)
Colchicina	2 (1,0)
Antigotosos	
Alopurinol	3 (1,4)
Relaxantes musculares	
Ciclobenzaprina	8 (3,8)
Antiosteoporóticos	
Alendronato	24 (11,5)
Risedronato	11 (5,3)
Denosumabe	2 (1,0)
Ácido zoledrônico	1 (0,5)
Outros	
Sulfato sódico de glicosamina	18 (8,6)
Sulfato de condroitina	3 (1,4)
HORMONAIS SISTÊMICOS	
Levotiroxina	36 (17,2)
Deflazacorte	3 (1,4)
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Salbutamol	3 (1,4)
Salmeterol + fluticasona	2 (1,0)
Formoterol + budesonida	2 (1,0)
Tiotrópio	2 (1,0)
FITOTERÁPICOS	
<i>Passiflora</i>	2 (1,0)
<i>Harpagophytum procumbens</i>	2 (1,0)
<i>Curcuma longa L.</i>	1 (0,5)
<i>Echinacea purpurea (L.) Moench</i>	1 (0,5)
	continua...
SISTEMA GENITOURINÁRIO E HORMÔNIOS SEXUAIS	
Estrogênios conjugados	2 (1,0)
Anticoncepcional oral	1 (0,5)
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS E IMUNOMODULADORES	
Nintedanibe	2 (1,0)

Aflibercepte 1 (0,5)

ANTI-INEFECIOSOS DE USO SISTÊMICO

Sulfametoxazol + trimetoprima 2 (1,0)

Fonte: Elaboração própria

Acerca da apresentação clínica da AR entre os pacientes, a forma de início da doença, a presença de nódulos subcutâneos e o DAS-28 não foram informados na maioria dos prontuários. Mas, entre os informados, a poliartrite crônica (12,4%) foi a principal apresentação e a remitência esteve presente em 16,3% (**Tabela 7**).

A síndrome de Sjögren, o comprometimento pulmonar e a vasculite estiveram presentes na minoria dos pacientes pesquisados, respectivamente 1,9%, 5,3% e 0,5% (**Tabela 7**).

Tabela 7: Distribuição dos dados de acordo com apresentação clínica da artrite reumatoide da população do estudo (n=209).

Variáveis	n (%)
Forma de início da doença	
Monoartrite aguda	1 (0,5)
Monoartrite crônica	15 (7,2)
Poliartrite aguda	1 (0,5)
Poliartrite crônica	26 (12,4)
Não informado	166 (79,4)
Presença de nódulos subcutâneos	
Sim	31 (14,8)
Não	38 (18,2)
Não informado	140 (67)
Síndrome de Sjögren	
Sim	4 (1,9)
Não	205 (98,1)
Comprometimento pulmonar	
Sim	11 (5,3)
Não	198 (94,7)
Vasculite	
Sim	1 (0,5)
Não	208 (99,5)
continua...	
DAS-28	
Remitência (<2,6)	34 (16,3)
Atividade baixa (>2,6-3,2)	14 (6,7)
Atividade moderada (>3,2-5,1)	9 (4,3)

Atividade alta (>5,1)	4 (1,9)
Não informado	148 (70,8)

Fonte: Elaboração própria

Sobre os medicamentos usados para o tratamento da AR, 80,4% dos pacientes usavam MMCD sintéticos e entre os sintéticos o mais usado foi metotrexato (50,7%). A associação mais comum entre os sintéticos foi a de metotrexato e hidroxicloroquina (14%) (**Tabela 8**).

Os MMCDbio ou MMCDsae foram utilizados por 26,3% dos pacientes, sendo mais utilizados os biológicos adalimumabe (6,7%), golimumabe (3,8%) etanercepte (3,3%) e abatacepte (3,3%). Ademais, entre os sintéticos alvo específico, o mais usado foi o upadacitinibe (2,4%) (**Tabela 8**).

Tabela 8: Distribuição dos dados de acordo com o uso de medicamentos modificadores do curso da doença pela população do estudo.

Variáveis	n (%)
Uso de MMCD sintético (n=209)	
Sim	168 (80,4)
Não	41 (19,6)
MMCD sintéticos (n=168)	
MTX	106 (50,7)
LEF	19 (9,1)
SSZ	-
HCQ/cloroquina	29 (13,9)
MTX ou LEF em associação com HCQ	14 (6,7)
MTX ou LEF em associação com SSZ	-
MTX e SSZ em associação com HCQ	-
Uso de MMCD biológico ou sintético alvo específico (n=209)	
Sim	55 (26,3)
Não	154 (73,6)
MMCD biológicos ou sintéticos alvo específico (n=55)	
Certolizumabe pegol	2 (1,0)
Golimumabe	8 (3,8)
Infliximabe	4 (1,9)
Adalimumabe	14 (6,7)
Etanercepte	7 (3,3)
Abatacepte	7 (3,3)

continua...

Tocilizumabe	2 (1,0)
Rituximabe	3 (1,4)
Baracitinibe	1 (0,5)
Tofacitinibe	2 (1,0)
Upadacitinibe	5 (2,4)

Fonte: Elaboração própria

A maioria dos pacientes não utilizava imunossupressor (98,1%) e a prednisona foi utilizada por 60,8%, sendo que a dosagem menor que 10mg foi a mais usada (37,3%) (**Tabela 9**).

Tabela 9: Distribuição dos dados de acordo com o uso de imunossupressores, uso de prednisona e dosagem de prednisona pela população do estudo.

Variáveis	n (%)
Uso de imunossupressores (n=209)	
Sim	4 (1,9)
Não	205 (98,1)
Imunossupressores (n=4)	
Azatioprina	1 (0,5)
Ciclosporina	2 (1,0)
Micofenolato de mofetila	-
Não informado	1 (0,5)
Uso de prednisona (n=209)	
Sim	127 (60,8)
Não	82 (39,2)
Dosagem de prednisona (n=127)	
Menor que 10mg/dia	78 (37,3)
Entre 10 e 20mg/dia	48 (23)
Maior que 20mg/dia	1 (0,5)

Fonte: Elaboração própria

A maioria dos pacientes estava na primeira etapa de tratamento de acordo com o PCDT 2021. O esquema terapêutico mais usado foi o de metotrexato associado a corticoide (23,9%) e a monoterapia mais usada foi a de metotrexato (10,5%) (**Tabela 10**).

Os MMCDbio ou sae foram mais usados associados ao metotrexato e ao corticoide (12,4%) (**Tabela 10**).

22,5% dos pacientes não se encontravam em nenhuma etapa de tratamento, alguns sem uso de medicamentos para o tratamento da AR (7,7%) e outros em uso apenas de corticoide (2,8%) (**Tabela 10**).

Tabela 10: Distribuição dos dados de acordo com os esquemas terapêuticos para o tratamento da AR utilizados pela população do estudo (n=209).

Variáveis	n (%)
Primeira etapa de tratamento	129 (61,7)
MTX em monoterapia	22 (10,5)
LEF em monoterapia	12 (5,7)
HCQ/CQ em monoterapia	12 (5,7)
Associação entre MMCDs sintéticos	3 (1,4)
MTX associado a corticoide	50 (23,9)
LEF associado a corticoide	6 (2,9)
HCQ associado a corticoide	16 (7,7)
Associação entre MMCDs sintéticos e corticoide	8 (3,8)
Segunda ou terceira etapa de tratamento	54 (25,8)
MMCDbio ou MMCDsae em monoterapia	8 (3,8)
MMCDbio ou MMCDsae associado a MTX	7 (3,3)
MMCDbio ou MMCDsae associado a corticoide	9 (4,3)
MMCDbio ou MMCDsae associado a MTX e corticoide	26 (12,4)
MMCDbio ou MMCDsae associado a LEF e corticoide	1 (0,5)
MMCDbio ou MMCDsae e associação entre MMCD sintéticos	1 (0,5)
MMCDbio ou MMCDsae, associação entre MMCD sintéticos e corticoide	2 (1,0)
Em nenhuma etapa de tratamento	22 (10,5)
Nenhum medicamento	16 (7,7)
Apenas corticoide	6 (2,8)
Pacientes em uso de imunossuppressores	4 (1,9)
Azatioprina e corticoide	1 (0,5)
MTX e ciclosporina	1 (0,5)
HCQ/CQ, imunossupressor (não especificado) e corticoide	1 (0,5)
MMCDbio ou sae, ciclosporina e corticoide	1 (0,5)

Fonte: Elaboração própria

Legenda: metotrexato (MTX), leflunomida (LEF), hidroxicloroquina/cloroquina (HCQ/CQ), medicamentos modificadores do curso da doença biológicos (MMCDbio), medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos alvo específico (MMCDsae).

6. DISCUSSÃO

No que tange ao sexo, o presente estudo concorda com a literatura nacional e internacional, com a maioria das pacientes do sexo feminino (LISTING *et al.*, 2013; VAZ *et al.*, 2013; NAGAYOSHI *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2018; CALIXTO *et al.*, 2019; SILVA, 2019; OLIVEIRA, 2022; SILVA, 2022).

Quanto à idade dos pacientes, entre os estudos revisados, alguns apresentaram também na forma de faixa etária com a maioria dos pacientes coincidindo com a do presente estudo, ou seja, 60 anos ou mais (SILVA, 2019; NAGAYOSHI *et al.*, 2018). Entretanto, os dados encontrados divergiram dos achados de Louzada-Junior *et al.* (2007) cuja faixa etária mais comum encontrada foi de 40-50 anos. Ademais, outros estudos nacionais e internacionais apresentaram a média de idade entre os participantes, sendo que essa esteve em torno de 50 a 60 anos (LISTING *et al.*, 2013; NAGAYOSHI *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2018; VAZ *et al.*, 2013; REIS, 2019; GONÇALVES *et al.*, 2019; FAGANELLO; COLET, 2018).

Acerca do estado civil, a maioria dos pacientes eram solteiros, diferente dos demais estudos, em que a maioria foi de casados (CALIXTO *et al.*, 2019; SILVA, 2019; OLIVEIRA, 2022; RIBEIRO *et al.*, 2022; SILVA, 2022).

No que diz respeito aos outros aspectos sociodemográficos abordados na presente pesquisa, cabe ressaltar que os dados de etnia/cor, escolaridade e profissão apresentaram importantes limitações para comparação com outros estudos, tendo em vista que tais foram frequentemente não informados nos prontuários. Nesse sentido, a maior frequência foi de pardos, com escolaridade de nível fundamental e autônomos, comparado aos estudos nacionais revisados em que a maioria foi de brancos, escolaridade de nível fundamental ou médio e autônomos (PINTO; SPESSIRITS; CALDAS, 2017; CARVALHO *et al.*, 2018; CALIXTO *et al.*, 2019; FAGANELLO; COLET, 2018; REIS, 2019; BONETTI; SOUZA; RESMINI, 2020; SILVA, 2022). Destaca-se que apenas um estudo nacional revisado também demonstrou maioria de pardos (OLIVEIRA, 2022).

Os dados referentes aos hábitos de vida também apresentaram limitações visto que não foram informados na maioria dos prontuários. A maior frequência, entre os informados foi de não-fumantes, não-etilistas e sedentários.

O tabagismo e o etilismo foram compatíveis com outros estudos nacionais (REIS, 2019; MOURA *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2013). A elevada frequência de pacientes no presente estudo e em outros desperta curiosidade do ponto de vista da influência do tabagismo na fisiopatologia da AR.

Acerca da atividade física, a maior frequência foi de sedentários. Em outros estudos com pacientes com AR, Silva *et al.* (2013) entre 72 pacientes encontraram

porcentagem semelhante de indivíduos que praticavam alguma atividade física e Rossetto (2018), entre 62 pacientes, demonstrou menor frequência de sedentários. A quantificação da atividade física não foi possível devido à indisponibilidade dessa informação nos prontuários.

A história familiar da doença não foi informada em uma significativa parcela dos prontuários, o que impossibilita a comparação com a literatura.

Sobre os autoanticorpos, a maior parte dos pacientes apresentou fator reumatoide negativo, o que divergiu dos achados de outros estudos nos quais a maioria foi de pacientes soropositivos. De modo semelhante, uma pequena parcela apresentou anti-CCP positivo e esse não foi informado para grande parte dos pacientes (MOURA *et al.*, 2012; LISTING *et al.*, 2013; VAZ *et al.*, 2013; REIS, 2019). Para isso, atribui-se o fato de que o exame anti-CCP é de alto custo e não é realizado via Sistema Único de Saúde (SUS), sendo solicitado apenas em casos específicos.

Semelhante ao encontrado na literatura, grande parte dos pacientes apresentava pelo menos uma comorbidade (VAZ *et al.*, 2013; FERNANDES *et al.*, 2021; OLIVEIRA, 2022). Entre as cinco doenças mais frequentes estão HAS, osteoartrite, hipotireoidismo, osteoporose e diabetes mellitus tipo 2. Essas foram as mesmas comorbidades mais prevalentes encontradas por Vaz *et al.* (2013) em uma pesquisa também realizada com a população do estado de Goiás e também são semelhantes às encontradas por Fernandes *et al.* (2021) em um estudo realizado em Minas Gerais.

Quanto ao uso de medicamentos, os achados foram de maior uso daqueles voltados ao sistema gastrointestinal e metabolismo, sistema cardiovascular e sistema nervoso. Tais resultados se assemelham aos de Welter *et al.* (2015), que também seguiram a classificação ATC, cujos medicamentos mais usados foram os de ação no sistema cardiovascular, seguidos dos antineoplásicos e imunomoduladores, os de ação no sistema digestivo e metabolismo.

Acerca da apresentação clínica da AR, os dados de forma de início, presença de nódulos subcutâneos e escore DAS-28 apresentaram limitações pois não foram informados na maior parte dos prontuários.

A poliartrite crônica foi a forma de início mais frequente entre os informados, o que está em concordância com a caracterização atual da doença (SPARKS, 2019). A presença de nódulos subcutâneos foi relatada para pequena parte dos pacientes e apresentou menor prevalência do que a relatada em estudos anteriores como o de Moura *et al.*, (2012) e o de Louzada-Junior *et al.*, (2007).

A síndrome de Sjögren, o comprometimento pulmonar e as vasculites também apresentaram menores prevalências do que as encontradas na literatura (MOURA *et al.*, 2012; LOUZADA-JUNIOR *et al.*, 2007).

Quanto à atividade de doença segundo o DAS-28, entre os informados a maioria estava em remissão (16,3%). Tal achado foi semelhante ao encontrado em algumas literaturas mais antigas (COSTA *et al.*, 2008; CORBACHO; DAPUETO, 2010; LISTING *et al.*, 2013), porém, divergente de outros estudos nacionais mais recentes que encontraram níveis mais altos de atividade de doença (KRAMPE, 2018; RIBEIRO, 2020).

A respeito das medicações, semelhante aos estudos nacionais dos MMCD sintéticos mais usados foram o metotrexato e a hidroxicloroquina/cloroquina e o MMCDbio mais usado foi o adalimumabe (WIENS *et al.*, 2015; FAGANELLO; COLET, 2018; SANTOS, 2019). Os imunossupressores foram utilizados por uma minoria dos pacientes do estudo, o que concorda com as recomendações atuais para o tratamento da AR (CONITEC, 2021).

Além disso, a maioria dos pacientes participantes fazia uso de corticoide, semelhante ao encontrado na coorte alemã de Listening *et al.* (2013) e no estudo nacional de Oliveira (2022). A dosagem baixa (<10mg/dia) foi a mais utilizada, o que contempla as recomendações do PCDT.

Quanto aos esquemas terapêuticos, semelhante ao demonstrado por Reis (2019), os mais utilizados foram o metotrexato em monoterapia e a associação entre metotrexato e corticoides. Além disso, a maioria dos pacientes em uso de MMCD biológicos utilizava metotrexato em associação.

Logo, a maior parte dos esquemas utilizados está em acordo com as recomendações do PCDT 2021, exceto os esquemas com imunossupressores associados a outros medicamentos e o de corticoide em monoterapia.

Nesse âmbito, destaca-se que os imunossupressores não são recomendados prioritariamente como estratégia terapêutica haja vista os efeitos adversos e a superioridade da terapia com os MMCD. No entanto, esses podem ser utilizados nos casos de atividade inicial de doença alta e nas manifestações extra-articulares. Ademais, sobre os corticoides, o PCDT recomenda que sejam utilizados na menor dose e pelo menor tempo possível como tratamento sintomático na fase de ajuste terapêutico dos MMCD.

Assim, reitera-se que as limitações desse estudo que se devem ao preenchimento incompleto dos prontuários de pacientes, o que inviabilizou a correlação dos dados de história familiar de AR com a literatura. Além disso, os dados sociodemográficos de estado civil,

etnia/cor, escolaridade, profissão e os dados clínicos de hábitos de vida e apresentação clínica da AR também apresentaram limitações à coleta. Por fim, destaca-se que, apresentaram divergência em relação à literatura científica o estado civil, a presença de autoanticorpos, a síndrome de Sjögren, o comprometimento pulmonar e as vasculites.

7. CONCLUSÃO

Conclui-se, portanto, que o perfil sociodemográfico dos pacientes, foi de sexo feminino, 60 anos ou mais, solteiros, residentes de Goiânia, brasileiros, pardos, nível

fundamental ou médio e autônomos. Acerca do perfil clínico, trata-se de pacientes não-tabagistas, não-etilistas, sedentários, com comorbidades, sendo a mais prevalente a HAS, e em uso de medicamentos contínuos para as comorbidades.

Os medicamentos mais usados foram os MMCD sintéticos, sendo o metotrexato o mais utilizado dentre os sintéticos e o adalimumabe dentre os MMCDbio ou MMCDsae. Os imunossupressores foram utilizados pela minoria dos pacientes e a maioria estava em uso de corticoide. Logo, a maioria dos dados encontrados foram similares à literatura científica, com exceção do estado civil, da presença de autoanticorpos, síndrome de Sjögren, comprometimento pulmonar e vasculites. A respeito do tratamento, a maioria dos esquemas terapêuticos utilizados está em acordo com as recomendações do PCDT 2021.

Por fim, fica clara a relevância dessa temática bem como a carência de estudos científicos relacionados ao tema. Diante disso, deve haver maior fomento a pesquisas sobre o tema e incentivo ao preenchimento completo dos prontuários a fim de se possibilitar melhores correlações dos dados com a literatura disponível.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, M.S.T. M.; ALMEIDA, J.V.M.; BERTOLO, M.B. Características demográficas e clínicas de pacientes com artrite reumatoide no Piauí, Brasil – avaliação de 98 pacientes. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 54, n. 5, p. 360-365, 2014.

ANDRADE, T.F.; DIAS, S.R.C. Etiologia da artrite reumatoide: revisão bibliográfica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n.4, p. 3698-3718, 2019.

BATISTA, A.I.F. Artrite Reumatoide – Relação com HLA-DRB I e seus efeitos na produção de anticorpos anti-ccp. Orientadores: Artur Augusto Paiva, Maria João Salvador Daniel Santos Henriques. 2012, 70f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina), Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2012.

BAUTISTA-MOLANO W., *et al.* Perfil epidemiológico de pacientes colombianos con artritis reumatoide evaluados en una clínica especializada de atención integral. **Reumatología Clínica**, v. 12, n. 6, p. 313-318, 2016.

BONETTI, D. F.; SOUZA, L.; RESMINI, M. B. Avaliação do perfil epidemiológico de pacientes atendidos no ambulatório de reumatologia das clínicas integradas de uma universidade. **Revista Saúde (Santa Maria)**, v. 46, n. 1, p. 1-12, 2020.

CALIXTO L.F. Perfil sociodemográfico dos pacientes com artrite reumatoide na região dos Campos Gerais. In: ENCONTRO ANUAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 28, 2019, Ponta Grossa. **Anais do XXVIII Encontro Anual de Iniciação Científica**. Ponta Grossa: UEPG, 2019.

CARVALHO, F. M., *et al.* Perfil epidemiológico e clínico dos pacientes com doenças reumáticas atendidos pela fisioterapia na cidade de Goiânia. **Enciclopédia Biosfera**, v. 15, n. 28, 1-9, 2018.

CASTRO-SANTOS, P.; DÍAZ-PEÑA, R. Genética da artrite reumatoide: é necessário um novo impulso em populações latino-americanas. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 56, n.2, p. 171-177, 2016.

CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide**: Relatório de Recomendação. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2020/Relatrio_Artrite_Reumatoide_CP_21_2020.pdf. Acessado em 11 de maio de 2021.

CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide**: Relatório de Recomendação. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2021/20210623_Relatorio_PCDT_Artrite_Reumatoide.pdf. Acessado em 17 de maio de 2022.

CORBACHO, M. I.; DAPUETO, J. J. Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida de pacientes com artrite reumatoide. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 50, n. 1, p.31-43, 2010.

COSTA A.F.C., *et al.* Depressão, ansiedade e atividade de doença na artrite reumatóide. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 48, p. 7-11, 2008.

CROIA C., *et al.* One year in review 2019: pathogenesis of rheumatoid arthritis. **Clinical and Experimental Rheumatology**, v. 37, n. 3, p. 347-357, 2019.

DE COCK, D.; HYRICH, K. Malignancy and rheumatoid arthritis: Epidemiology, risk factors and management. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, v. 32, n. 6, p. 869-886, 2019.

DOUGADOS M., *et al.* Prevalence of comorbidities in rheumatoid arthritis and evaluation of their monitoring: results of an international, cross-sectional study (COMORA). **Annals of the Rheumatic Diseases**, v. 73, n. 1, p. 62-68, 2014.

EMAMIFAR, A.; HANSEN, I. M. J. The influence of thyroid diseases, diabetes mellitus, primary hyperparathyroidism, vitamin B12 deficiency and other comorbid autoimmune diseases on treatment outcome in patients with rheumatoid arthritis. **Medicine**, v. 97, n. 21, p. 1-7, 2018.

FAGANELLO, L.; COLET, C. F. Uso de medicamentos por pacientes com Artrite Reumatoide em um município do interior do Rio Grande do Sul. **Revista Saúde (Santa Maria)**, v. 44, n. 1, p. 1-14, 2018.

FERNANDES, A. C. C., *et al.* Comorbidades entre pacientes com artrite reumatoide e sua associação com a descompensação clínica. **Revista Contexto & Saúde**. v. 21, n. 44, p. 375-384, 2021.

FIGUS, F. A., *et al.* Rheumatoid arthritis: Extra-articular manifestations and comorbidities. **Autoimmunity Reviews**, v. 20, n. 4, p. 1-7, 2021.

FRAENKEL L., *et al.* 2021 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. **American College of Rheumatology**, v. 73, n. 7, p. 1-16, 2021.

GIL-CONESA M., *et al.* Hospitalization burden and comorbidities of patients with rheumatoid arthritis in Spain during the period 2002-2017. **BMC Health Services Research**, v. 20, n. 1, p. 374-381, 2020.

GOLDMAN, L.; SCHAFER, A.I. **Goldman-Cecil Medicina**. 25 ed. Rio de Janeiro, Elsevier Editora Ltda., 2018. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595150706/>.

GOMES R.K.S., *et al.* Impacto da artrite reumatoide no sistema público de saúde em Santa Catarina, Brasil: análise descritiva e de tendência temporal de 1996 a 2009. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 57, n. 3, p. 204-209, 2017.

GONÇALVES T.S., *et al.* Perfil de utilização de medicamentos e saúde de pacientes com artrite reumatoide atendidos em um ambulatório de reumatologia. **Revista de Ciências da Saúde Básica e Aplicada**, v. 2, p. 57-67, 2019.

HAMANN, E. M; TAUIL, P. L. Proposta de classificação dos diferentes tipos de estudos epidemiológicos descritivos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.30, n.1, p-1-9, 2021.

JOHNS HOPKINS MEDICINE. **Rheumatoid Arthritis Pathophysiology**. Baltimore: Johns Hopkins Arthritis Center, 2021. Disponível em: <https://www.hopkinsarthritis.org/arthritis-info/rheumatoid-arthritis/ra-pathophysiology-2/>. Acessado em: 11 de maio de 2021.

JOO B.J., *et al.* Respiratory viral infections and the risk of rheumatoid arthritis. **Arthritis Research & Therapy**, v. 21, n. 1, p. 191-199, 2019.

KRAMPE, S.F. **Prevalência e incidência de síndrome metabólica em uma coorte de pacientes com artrite reumatoide: relação com índice de massa corporal e atividade da doença**. Orientador: Claiton Viegas Brenol. 2018, 76f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas), Faculdade de Medicina, Autarquia associada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

KRONZER, V.L.; DAVIS J.M. Etiologies of Rheumatoid Arthritis: Update on Mucosal, Genetic, and Cellular Pathogenesis. **Current Rheumatology Reports**, v. 23, n. 4, p. 1-10, 2021.

LEE, D.M.; WEINBLATT, M.E. Rheumatoid arthritis. **The Lancet**, v. 358, n. 9285, p. 903-911, 2001.

LISTING J., *et al.* Mortality in rheumatoid arthritis: the impact of disease activity, treatment with glucocorticoids, TNF α inhibitors and rituximab. **Annals of the rheumatic diseases**, v. 74, n. 2, p. 415-421, 2015.

LIN, Y.; ANZAGHE, M.; SCHÜLKE, S. Update on the Pathomechanism, Diagnosis, and Treatment Options for Rheumatoid Arthritis. **Cells**, v. 9, n. 4, p. 1-43, 2020.

LOUZADA-JUNIOR P., *et al.* Análise descritiva das características demográficas e clínicas de pacientes com artrite reumatoide no estado de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 47, p. 84-90, 2007.

MALM K., *et al.* Quality of life in patients with established rheumatoid arthritis: A phenomenographic study. **SAGE Open Medicine**, v. 5, n. 1, p. 1-8, 2017.

MARQUES NETO J.F., *et al.* Estudo multicêntrico da prevalência da artrite reumatóide do adulto em amostras da população brasileira. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 33, n. 5, p. 169-173, 1993.

MARTINS M.A., *et al.* **Clínica Médica Vol. 5 - Doenças Endócrinas e Metabólicas, Doenças Ósseas, Doenças Reumatológicas (Versão digital)**. 2.ed. São Paulo, Manole LTDA, 2013.

MEDEIROS M.M.C., *et al.* Correlação dos índices de atividade da artrite reumatoide (Disease Activity Score 28 medidos com VHS, PCR, Simplified Disease Activity Index e Clinical Disease Activity Index) e concordância dos estados de atividade da doença com vários pontos de corte numa população do nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 55, n. 6, p. 477-484, 2015.

MJGS. Mapa Terapêutico, 2022. Classificação farmacoterapêutica. Disponível em: <https://mapaterapeutico.pt/content/classificacao-farmacoterapeutica>. Acesso em: 02 de novembro de 2022.

MOTA, L.M.H.D.; LAURINDO, I.M.M.; SANTOS NETO, L.L.D. Características demográficas e clínicas de uma coorte de pacientes com artrite reumatoide inicial. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 50, n. 3, p. 235-240, 2010.

MOTA L.M.H, *et al.* Diretrizes para o tratamento da artrite reumatoide. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 53, n. 2, p. 158-183, 2013.

MOURA, M. C., *et al.* Perfil dos pacientes com manifestações extra-articulares de artrite reumatoide de um serviço ambulatorial em Curitiba, Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 52, n. 5, p. 679-694, 2012.

NAGAYOSHI, B. A., *et al.* Artrite reumatoide: perfil de pacientes e sobrecarga de cuidadores. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 1, p. 45-54, 2018.

NAQVI, A.A.; HASSALI, M.A.; AFTAB, M.T. Epidemiology of rheumatoid arthritis, clinical aspects and socio-economic determinants in Pakistani patients: A systematic review and meta-analysis. **Journal of the Pakistan Medical Association**, v. 69, n. 3, p. 389-398, 2019.

OLIVEIRA G. A. **Efetividade clínica dos medicamentos biológicos anti-TNF, biológicos não anti-TNF e sintético alvo-específico no tratamento da artrite reumatoide.** Orientador: Juliana Alvares Teodoro. 2022, 175f. Dissertação (Mestrado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica), Faculdade de Farmácia, Autarquia associada à Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

OTON, T.; CARMONA, L. The epidemiology of established rheumatoid arthritis. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, v. 33, p. 1014-1077, 2019.

PEREIRA M. S., *et al.* Avaliação do perfil sociodemográfico, clínico, laboratorial e terapêutico dos pacientes com artrite reumatoide em um ambulatório-escola de Teresina, Piauí. **Archives of Health Investigation**, v. 6, n. 3, p. 125-128, 2017.

PETROVSKÁ, N., *et al.* The pre-clinical phase of rheumatoid arthritis: From risk factors to prevention of arthritis. **Autoimmunity Reviews**, v. 20, n. 1, p. 1-17, 2021.

PICCOLI A. M., *et al.* Expressão de proteínas reguladoras do complemento CD55, CD59, CD35 e CD46 na artrite reumatoide. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 51, n. 5, p. 503-510, 2011.

PINTO, M. A.; SPESSIRITS, E. S.; CALDAS, C. A. M. Perda de produtividade no trabalho relacionada ao lúpus eritematoso sistêmico e à artrite reumatoide. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 15, n. 3, p. 161-165, 2017.

PROETTI, S. As pesquisas qualitativa e quantitativa como métodos de investigação científica: um estudo comparativo e objetivo. **Revista Lumen**, v.2, n.4, p. 1-23, 2017.

REIS, A.P.M.G. **Perfil terapêutico de pacientes com artrite reumatoide no Brasil: estudo de vida real.** Orientador: Licia Maria Henrique da Mota. 2019. 118f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

RIBEIRO, D.I. **Desempenho de algoritmos preditores de eventos cardiovasculares numa coorte portuguesa de artrite reumatóide num hospital distrital: estudo transversal.** Orientador: Joana Catarina Fonseca Ferreira. 2020, 68f. Dissertação (Mestrado em Medicina), Faculdade de Ciências da Saúde, Autarquia associada à Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2020.

RIBEIRO A.A., *et al.* Determinantes psicológicos da qualidade-de-vida em pessoas com artrite reumatóide. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, n.1, p. 1-9, 2022.

ROCHA, S. B.; BALDO, D. C.; ANDRADE, L. E. C. Clinical and pathophysiologic relevance of autoantibodies in rheumatoid arthritis. **Advances in Rheumatology**, v. 59, n. 2, 1-13, 2019.

RODRIGUES W.F., *et al.* Artrite Reumatoide: Fisiopatologia, Diagnóstico e Tratamento. **Revista Saúde Multidisciplinar**, v. 4, n. 1, p. 37-57, 2017.

ROSSETTO, C.N. **Avaliação do nível de atividade física em pacientes com artrite reumatoide e osteoporose.** Orientador: Lêda Maria Rabelo. 2018, 14f. Monografia (Especialização em Medicina do Exercício Físico na Promoção da Saúde), Setor de Ciências da Saúde, Autarquia associada à Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2018.

ROSZYK, E.; PUSZCZEWICZ, M. Role of human microbiome and selected bacterial infections in the pathogenesis of rheumatoid arthritis. **Reumatologia**, v. 55, n. 5, p. 242-250, 2017.

SAAG K.G., *et al.* American College of Rheumatology 2008 recommendations for the use of nonbiologic and biologic disease-modifying antirheumatic drugs in rheumatoid arthritis. **Arthritis & Rheumatism**, v. 59, n. 6, p. 762-784, 2008.

SAFY-KHAN M., *et al.* Current Smoking Negatively Affects the Response to Methotrexate in Rheumatoid Arthritis in a Dose-responsive Way, Independently of Concomitant Prednisone. **The Journal of Rheumatology**, v. 48, n. 10, p. 1504-1507, 2021.

SANTOS, J.B.R. **Uso de medicamentos biológicos para o tratamento da artrite reumatoide no sistema único de saúde: uma análise epidemiológica e econômica.** Orientador: Juliana Alvares Teodoro. 2019. 147f. Tese (Doutorado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica) - Faculdade de Farmácia, Autarquia associada à Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

SCHERER, H.U.; HÄUPL, T.; BURMESTER. The etiology of rheumatoid arthritis. **Journal of Autoimmunity**, v. 110, 2020.

SCOTT, D.L.; WOLFE, F.; HUIZINGA, T.W.J. Rheumatoid arthritis. **The Lancet**, v. 376, n. 9746, p. 1094-1108, 2010.

SILVA C.R., *et al.* Prática de atividade física entre pacientes da Coorte Brasília de artrite reumatoide inicial. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 53, n. 5, p. 394-399, 2013.

SILVA G. D., *et al.* Perfil de gastos com o tratamento da Artrite Reumatoide para pacientes do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, de 2008 a 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1241-1253, 2018.

SILVA, D.R. **Aspectos clínicos, diagnóstico, terapêutico e qualidade de vida de pacientes com artrite reumatoide**. Orientador: Luciana Moura de Assis. 2019. 86f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Unidade Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2019.

SILVA, C. S. **Monitoramento do tratamento de pacientes com artrite reumatoide atendidos pelo componente especializado da assistência farmacêutica no contexto da pandemia causada pela COVID-19**. Orientador: Filipe Carvalho Matheus. 2022, 65f. Dissertação (Mestrado em Assistência Farmacêutica), Centro de Ciências da Saúde, Autarquia associada à Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2022.

SINGH J.A., *et al.* 2015 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. **American College of Rheumatology**, v.68, n.1, p.1-25, 2015.

SPARKS, J. A. Rheumatoid Arthritis. **Annals of Internal Medicine**, v. 170, n. 1, p. 1-22, 2019.

SPRIGGS, B.B. Preventing Rheumatoid Arthritis. **Healthline Networks**. Illinois: Healthline, 2017. Disponível em: <https://www.healthline.com/health/rheumatoid-arthritis-prevention>. Acesso em: 11 de maio de 2021.

VAN DER WOUDE, D.; VAN DER HELM-VAN MIL, A.H.M. Update on the epidemiology, risk factors, and disease outcomes of rheumatoid arthritis. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, 2018.

VAZ A.E., *et al.* Perfil epidemiológico e clínico de pacientes portadores de artrite reumatoide em um hospital escola de medicina em Goiânia, Goiás, Brasil. **Medicina (Ribeirão Preto Online)**, v. 46, n. 2, p. 141-153, 2013.

WELTER M.T., *et al.* Medicamentos utilizados por pacientes com artrite reumatóide de um município do interior do RS. In: Jornada de Pesquisa, 10, 2015, Ijuí. **Anais do Salão do Conhecimento**. Ijuí: UNIJUÍ, 2015.

WIENS A., *et al.* Perfil dos usuários de anticitocinas disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde no estado do Paraná para o tratamento da artrite reumatoide. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 52, p. 208-213, 2012.

WHO - World Health Organization. **World Health Organization**, 2022. International Classification of Diseases. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Acesso em: 02 de novembro de 2022.

WU, C. Y.; YANG, H. Y.; LAI, J. H. Anti-Citrullinated Protein Antibodies in Patients with Rheumatoid Arthritis: Biological Effects and Mechanisms of Immunopathogenesis. **International journal of molecular sciences**, v. 21, n. 11, p. 1-23, 2020.

YAP H.Y., *et al.* Pathogenic Role of Immune Cells in Rheumatoid Arthritis: Implications in Clinical Treatment and Biomarker Development. **Cells**, v. 7, n. 161, p. 1-19, 2018.

APÊNDICE A**FICHA PARA COLETA DE DADOS DE PRONTUÁRIO**

Código de identificação do paciente: _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Sexo: feminino () masculino ()
2. Faixa etária: <18 anos () 18-24 anos () 25-44 anos () 44-59 anos () 60 anos ou mais ()
3. Procedência: Goiânia () outro local no estado de Goiás () outro Estado () não informado ()
4. Nacionalidade: brasileiro(a) () estrangeiro(a) ()
5. Etnia/cor: branca () parda () negra () amarela () indígena () não informado ()
6. Estado civil: solteiro(a) () casado(a) () divorciado(a) () união estável () viúvo(a) () não informado ()
7. Escolaridade: analfabeto(a) () nível fundamental () nível médio () nível técnico () nível superior () não informado ()
8. Profissão: celetista () servidor(a) público () autônomo(a) () dona(o) de casa () desempregado(a) () aposentado(a) () estudante () não informado ()

DADOS CLÍNICOS*Hábitos de vida*

9. Paciente é tabagista? sim () não () ex-tabagista () não informado ()
10. Paciente é etilista? sim () não () ex-etilista () não informado ()
11. Paciente faz atividade física? sim () não () não informado ()

Fatores de risco para artrite reumatoide

12. Paciente tem histórico familiar de Artrite Reumatoide? sim () não () não informado ()
13. Paciente tem fator reumatoide positivo? sim () não () não informado ()
14. Paciente possui anticorpo anti-CCP? sim () não () não informado ()

Comorbidades e medicações em uso

15. Paciente possui alguma comorbidade? sim () não ()
16. Se sim, quais?
17. Paciente faz uso contínuo de alguma medicação senão para o controle da AR? sim () não ()
18. Se sim, quais?

Caracterização da doença

19. Qual a forma de início da doença? poliartrite aguda () poliartrite crônica () monoartrite aguda ()

monoartrite crônica ()

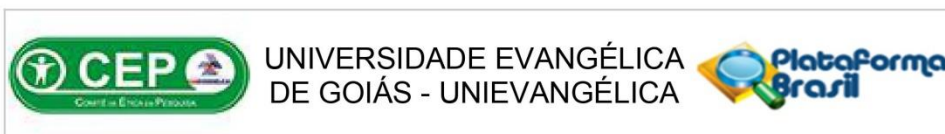
20. Paciente tem nódulos subcutâneos? sim () não () não informado ()
21. Paciente tem Síndrome de Sjögren? sim () não ()
22. Paciente tem comprometimento pulmonar? sim () não ()
23. Paciente tem vasculite? sim () não ()
24. Qual a atividade da doença segundo o DAS-28? remissão (<2,6) () atividade baixa (>2,6 - 3,2) () atividade moderada (>3,2 - 5,1) () atividade alta (>5,1) () não informado ()

Tratamento

25. Paciente faz uso de algum dos Medicamentos Modificadores do Curso da Doença Sintéticos (MMCDs)? sim () não ()
26. Se sim, qual(is)? metotrexato () leflunomida () sulfassalazina () hidroxiclороquina () MTX ou LEF em associação com HCQ () MTX ou LEF em associação com SSZ () MTX em associação com HCQ e SSZ ()
27. Paciente faz uso de algum dos Medicamentos Modificadores do Curso da Doença Biológicos (MMCDs) ou Sintéticos Alvo Específico (MMCDsae)? sim () não ()
28. Se sim, qual(is)?
anti-TNF: certolizumabe pegol () golimumabe () infliximabe () etanercepte () adalimumabe ()
não anti-TNF: abatacepte () tocilizumabe () rituximabe ()
sintéticos alvo específico: baracitinibe () tofacitinibe () upadacitinibe ()
29. Paciente faz uso de outro imunossupressor? sim () não ()
30. Se sim, qual(is)? azatioprina () ciclosporina () micofenolato de mofetila ()
31. Paciente faz uso de corticoide (prednisona)? sim () não ()
32. Qual a dosagem de prednisona ou equivalente? menor que 10mg/dia () entre 10 e 20mg/dia () maior que 20mg/dia ()

ANEXOS

ANEXO 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise Sociodemográfica e Clínica dos pacientes com Artrite Reumatoide atendidos no Hospital Geral de Goiânia-GO de 2016 a 2021

Pesquisador: Marcelo Pimenta

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 53816221.1.0000.5076

Instituição Proponente: Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.323.640

Apresentação do Projeto:

Em conformidade com o número do parecer: 5.190.034

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário

Descrever a análise sociodemográfica e clínica dos pacientes com artrite reumatoide atendidos no HGG durante o período de 2016 a 2021.

Objetivos secundários

Comparar os dados sociodemográficos obtidos pelo estudo com a literatura nacional e internacional.

Verificar a conformidade do tratamento medicamentoso instituído de acordo com o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (2021) do Ministério da Saúde para artrite reumatoide.

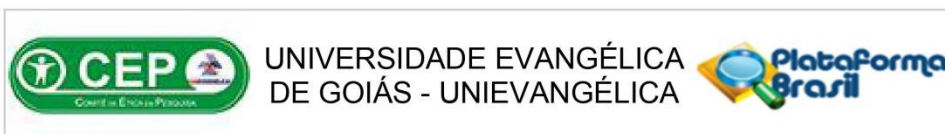
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em conformidade com o número do parecer: 5.190.034

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Pesquisa do curso de medicina da Universidade Evangélica de Anápolis, sob a orientação do Professor Marcelo Pimenta. O projeto apresenta-se como estudo retrospectivo de pacientes com artrite reumatoide atendidos no HGG durante o período de 2016 a 2021. Apresenta

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 5.323.640

a população de pacientes deste período de 209 prontuários. Descreve benefícios para a população. Descreve riscos e como minimiza-los.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com as recomendações previstas pela Resolução CNS n. 466/2012 e demais complementares o protocolo permitiu a realização da análise ética.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Lista de pendências

1. Projeto detalhado

a. No item do questionário retirar número do prontuário, iniciais do nome do paciente e iniciais do nome da mãe para evitar quebra do sigilo, pois esses itens não são importantes para a pesquisa. ANÁLISE: Foi retirado os itens de identificação. PENDÊNCIA ATENDIDA.

b. Esclarecer o cálculo amostral. A amostra será de 775 prontuários ou de 209 prontuários? ANÁLISE: A amostra será de 209 participantes. PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Dispensa de TCLE.

a. Esclarecer o motivo de apresentar o TCLE uma vez que trata-se de um estudo retrospectivo (2016, 2017, 2018 ...), ou seja, de difícil contato com os pacientes. Caso a pesquisa não apresente o TCLE o pesquisador deverá expor o termo de dispensa do TCLE. ANÁLISE: Foi esclarecido pelo pesquisador que será aplicado o TCLE para os pacientes que se encontra-se presente na Instituição e o termo de dispensa para aqueles que não estão em tratamento. PENDÊNCIA ATENDIDA.

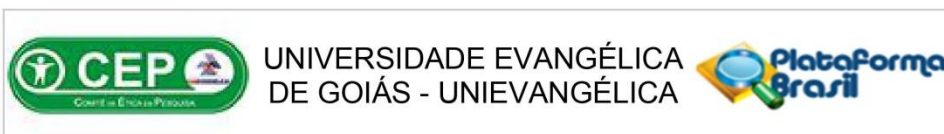
Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos ao pesquisador responsável o envio do RELATÓRIO FINAL a este CEP, via Plataforma Brasil, conforme cronograma de execução apresentado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1852543.pdf	31/03/2022 11:34:11		Aceito

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 5.323.640

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhado.docx	30/03/2022 19:48:30	Marcelo Pimenta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	JUSTIFICATIVAPARAISENCAODETCL E.pdf	14/03/2022 19:19:49	Marcelo Pimenta	Aceito
Outros	AUTORIZACAODIRETORIA.pdf	29/11/2021 11:23:07	Marcelo Pimenta	Aceito
Outros	DECLARACAOVINCULO.pdf	29/11/2021 11:21:44	Marcelo Pimenta	Aceito
Outros	DECLARACAOVIABILIDADE.pdf	29/11/2021 11:18:53	Marcelo Pimenta	Aceito
Declaração de concordância	AUTORIZACAOCOPARTICIPANTE.pdf	29/11/2021 11:09:50	Marcelo Pimenta	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAOINFRAESTRUTURA.pdf	29/11/2021 11:08:15	Marcelo Pimenta	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	05/11/2021 17:26:41	Marcelo Pimenta	Aceito
Outros	carta.pdf	04/11/2021 16:40:59	Marcelo Pimenta	Aceito
Outros	dados.pdf	04/11/2021 16:40:02	Marcelo Pimenta	Aceito
Outros	TCLEWD.docx	04/11/2021 16:38:18	Marcelo Pimenta	Aceito
Outros	recrutamentoparticipantes.pdf	04/11/2021 16:36:02	Marcelo Pimenta	Aceito
Outros	compromisso.pdf	04/11/2021 16:35:10	Marcelo Pimenta	Aceito
Outros	ausenciaencargo.pdf	04/11/2021 16:34:01	Marcelo Pimenta	Aceito
Declaração do Patrocinador	Patrocinador.pdf	04/11/2021 16:33:09	Marcelo Pimenta	Aceito

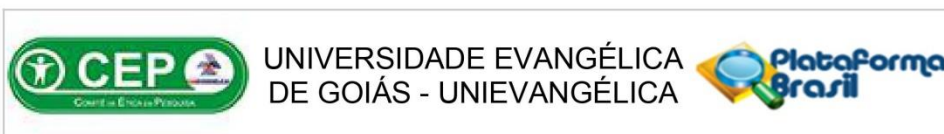
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



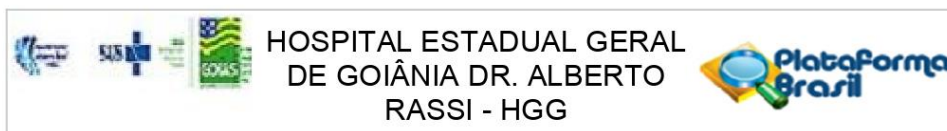
Continuação do Parecer: 5.323.640

ANAPOLIS, 31 de Março de 2022

Assinado por:
Constanza Thaise Xavier Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br

ANEXO 2



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise Sociodemográfica e Clínica dos pacientes com Artrite Reumatoide atendidos no Hospital Geral de Goiânia-GO de 2016 a 2021

Pesquisador: Marcelo Pimenta

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53816221.1.3001.0035

Instituição Proponente: Hospital Geral de Goiânia - HGG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.429.064

Apresentação do Projeto:

Protocolo analisado diante do Projeto Detalhado submetido em 30/03/2022 mediante Parecer Número : 5.323.640 emitido pelo Centro Coordenador UniEvangélica em 31/03/2022 e Informações Básicas, submetida em 31/03/2022

ÁREA TEMÁTICA: Trata-se de um Protocolo nacional, multicêntrico, pertencente a Ciências da Saúde, Área do Conhecimento Saúde Coletiva / Saúde Pública; **PROPÓSITO DO ESTUDO:** Subárea de Iniciação Científica do curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA.

DESENHO DO ESTUDO: Estudo transversal retrospectivo

NÚMERO DE PARTICIPANTES: Está prevista para esta pesquisa a participação de 209 indivíduos nesse Centro de Pesquisa. Para a presente pesquisa serão considerados como população apenas os pacientes com artrite reumatoide cujo diagnóstico realizado pelo médico especialista atende aos códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) M06.0 (artrite reumatoide soronegativa) e M05.9 (artrite reumatoide soropositiva não especificada). A população total e por CID-10. para a amostra da pesquisa, serão necessários 209 prontuários, dos quais 74% serão retirados do CID-10 M06.0 (n1 = 155) e 26% do CID-10 M05.9 (n2 = 54), como disposto na Metodologia pág 8 e corroborado no Número do Parecer: 5.323.640 emitido pelo Centro Coordenador, datado em 31/03/2022.

Endereço: Avenida Anhanguera nº 6.479 - 5º Andar

Bairro: Setor Oeste

CEP: 74.110-010

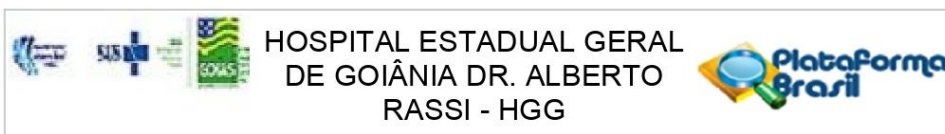
UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3209-9917

Fax: (62)3209-9982

E-mail: hgg.cep@jdtech.org.br



Continuação do Parecer: 5.429.064

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: Prontuários de pacientes com artrite reumatoide atendidos no HGG nos anos de 2016 a 2021.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: Serão excluídos os pacientes cujos prontuários estiverem em branco ou sem o devido preenchimento dos dados de interesse ao estudo.

FORMA DE RECRUTAMENTO: mediante documento recrutamentoparticipantes anexado em 04/11/2022 e corroborado pelo Parecer: 5.323.64, será aplicado o TCE para os pacientes que se encontra-se presente na Instituição e o termo de dispensa para aqueles que não estão em tratamento.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo transversal retrospectivo

CRONOGRAMA:

Previsão de início Coleta de dados Maio/2022

Previsão de término: Apresentação de Trabalho final Novembro/2022

Pesquisadores informam "O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo sistema CEP/CONEP".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

- Descrever a análise sociodemográfica e clínica dos pacientes com artrite reumatoide atendidos no HGG durante o período de 2016 a 2021.

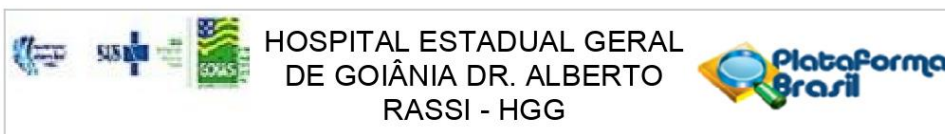
Objetivos específicos:

- Comparar os dados sociodemográficos obtidos pelo estudo com a literatura nacional e internacional.
- Verificar a conformidade do tratamento medicamentoso instituído de acordo com o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (2021) do Ministério da Saúde para artrite reumatoide

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: A equipe de Pesquisa declara na Metodologia pág 9 em Aspectos Éticos: "O risco envolvido na pesquisa compreende a quebra do sigilo da identidade dos prontuários e será minimizado ao passo de que, em hipótese alguma, serão registrados nas tabelas e documentos quaisquer dados que permitam a correlação entre dados e pessoas, tais como nomes e endereços. Logo, os prontuários serão identificados por código e o acesso aos dados da pesquisa estará restrito aos

Endereço: Avenida Anhanguera nº 6.479 - 5º Andar
Bairro: Setor Oeste **CEP:** 74.110-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3209-9917 **Fax:** (62)3209-9982 **E-mail:** hgg.cep@idtech.org.br



Continuação do Parecer: 5.429.064

pesquisadores sob a vigilância da instituição coparticipante."

BENEFÍCIOS: A equipe de pesquisa considera que os benefícios consistem em maior conhecimento do panorama sociodemográfico e do tratamento dos pacientes com artrite reumatoide no estado de Goiás para a comunidade médica e científica

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

EQUIPE DE PESQUISA: A equipe de pesquisa foi devidamente listada fazendo parte da mesma:

Davi Mamede da Luz, Deise Elen Oliveira dos Santos Reis, Elano Jaime Azevedo Júnior, Jéssica de Castro Oliveira, Maria Luiza Silva Teixeira e Paólla Nayme Martins Morais Nicolau

Os critérios de inclusão e exclusão estão claramente definidos e não apresentam restrições éticas.

A relação risco/benefício é equilibrada, sendo que os benefícios do estudo justificam os riscos que podem ser considerados como mínimos, uma vez que a identidade do participante será mantida em sigilo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam no Protocolo os Documentos e Declarações pertinentes em concordância com as normas vigentes no Centro Co-Participante;

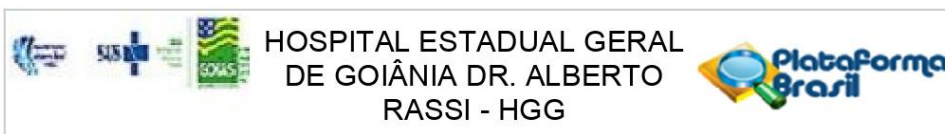
Folha de rosto emitida: UniEvangélica datada em 05/11/2021

O currículo do pesquisador responsável do centro em questão, Dr Marcelo Pimenta encontra-se disponível para consulta na Plataforma Lattes e informa que o pesquisador é dico do Hospital Geral de Goiânia e chefe do serviço de reumatologia do HGG. Professor do curso de medicina do Centro Universitário de Anápolis (UNIEVANGÉLICA); preceptor da residência médica do Hospital Geral de Goiânia - HGG, membro da comissão de ensino e educação da sociedade brasileira de reumatologia, tendo, portanto, formação acadêmica adequada para a condução do estudo.

Recomendações:

- 1- ATUALIZAR AS CARTAS DA DIRETORIA COPARTICIPANTE POIS CONSTA SEM CARIMBO DE IDENTIFICAÇÃO.
- 2- DISPONIBILIZAR PARA CONSULTA NA PLATAFORMA LATTES OS CURRÍCULOS DOS DEMAIS PESQUISADORES ENVOLVIDOS NA PESQUISA.

Endereço: Avenida Anhanguera nº 6.479 - 5º Andar
Bairro: Setor Oeste **CEP:** 74.110-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3209-9917 **Fax:** (62)3209-9982 **E-mail:** hgg.cep@idtech.org.br



Continuação do Parecer: 5.429.064

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram encontradas inadequações ou pendências éticas.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Alberto Rassi - HGG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional N° 001/2013 do CNS, manifesta -se pela aprovação do projeto de pesquisa nos termos que está proposto.

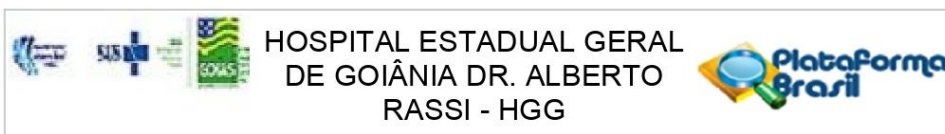
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhado.docx	30/03/2022 19:48:30	Marcelo Pimenta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	JUSTIFICATIVAPARAISENCAODETCL E.pdf	14/03/2022 19:19:49	Marcelo Pimenta	Aceito
Outros	AUTORIZACAODIRETORIA.pdf	29/11/2021 11:23:07	Marcelo Pimenta	Aceito
Outros	DECLARACAOVINCULO.pdf	29/11/2021 11:21:44	Marcelo Pimenta	Aceito
Outros	DECLARACAOVIABILIDADE.pdf	29/11/2021 11:18:53	Marcelo Pimenta	Aceito
Outros	carta.pdf	04/11/2021 16:40:59	Marcelo Pimenta	Aceito
Outros	dados.pdf	04/11/2021 16:40:02	Marcelo Pimenta	Aceito
Outros	TCLEWD.docx	04/11/2021 16:38:18	Marcelo Pimenta	Aceito
Outros	recrutamentoparticipantes.pdf	04/11/2021 16:36:02	Marcelo Pimenta	Aceito
Outros	compromisso.pdf	04/11/2021 16:35:10	Marcelo Pimenta	Aceito
Outros	ausenciaencargo.pdf	04/11/2021 16:34:01	Marcelo Pimenta	Aceito
Declaração do Patrocinador	Patrocinador.pdf	04/11/2021 16:33:09	Marcelo Pimenta	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Avenida Anhanguera nº 6.479 - 5º Andar
Bairro: Setor Oeste **CEP:** 74.110-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3209-9917 **Fax:** (62)3209-9982 **E-mail:** hgg.cep@idtech.org.br



Continuação do Parecer: 5.429.064

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 25 de Maio de 2022

Assinado por:
Andréa Inês Spadeto Aires
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Anhanguera nº 6.479 - 5º Andar
Bairro: Setor Oeste **CEP:** 74.110-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3209-9917 **Fax:** (62)3209-9982 **E-mail:** hgg.cep@idtech.org.br