

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

**LAURA ARANTES BRAGA**

**Frequência, características clínicas e fatores de risco para  
deficiência visual das diversas causas de uveítes no Hospital das  
Clínicas de Ribeirão Preto**

**RIBEIRÃO PRETO-SP**

**2023**

**LAURA ARANTES BRAGA**

**Frequência, características clínicas e fatores de risco para  
deficiência visual das diversas causas de uveítes no Hospital das  
Clínicas de Ribeirão Preto**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de  
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para  
obtenção do título de Mestre em Ciências.

**Área de Concentração:** Mestrado Profissional em  
Medicina.

**Orientador:** Prof. Dr. João Marcello Fortes  
Furtado

**Coorientadora:** Profa. Dra. Justine Ruth  
Smith

**RIBEIRÃO PRETO-SP**

**2023**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

### FICHA CATALOGRÁFICA

Braga, Laura Arantes

Frequência, características clínicas e fatores de risco para deficiência visual das diversas causas de uveítes no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. / Laura Arantes Braga; orientador João Marcello Fortes Furtado. - Ribeirão Preto, 2023.

71f.: 6il.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Mestrado Profissional em Medicina. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2023.

1. Uveíte. 2. Desfechos visuais. 3. Fatores de risco. 4. Perfil clínico.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Aluno:** Laura Arantes Braga

**Título:** Frequência, características clínicas e fatores de risco para deficiência visual das diversas causas de uveítes no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

**Área de Concentração:** Mestrado Profissional em Medicina.

Aprovado em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_  
Instituição: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_  
Instituição: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_  
Instituição: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

## **Dedicatória**

Ao meu pai, por ser a minha base forte, meu exemplo ético, profissional e de vida.

À minha mãe, por ser meu porto Seguro, minha inspiração, fonte de alegria e amor infindáveis.

Ao meu noivo, meu companheiro de vida, que me apoia nos meus melhores e piores momentos.

À minha avó, às irmãs, aos sobrinhos, tios, tias e primos, alicerces indispensáveis.

## Agradecimentos

É com grande emoção que expresso meus sinceros agradecimentos a todos que contribuíram de maneira significativa para a conclusão desta jornada. A conclusão desta Dissertação de Mestrado representa não apenas o fim de um capítulo, em que concluo definitivamente a minha formação como oftalmologista após 10 anos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, mas marca também o início de novos horizontes e conquistas.

Primeiramente, agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. João Marcello Fortes Furtado. Suas orientações sábias, seu *feedback* construtivo e sua dedicação incansável foram fundamentais para o desenvolvimento deste estudo. Agradeço a paciência e compreensão ao longo do processo. O senhor foi fundamental para que a conclusão do programa fosse possível durante a minha residência médica. A sua dedicação ao ensino e seu compromisso com o crescimento acadêmico são exemplos que levarei comigo ao longo de toda a minha carreira.

À Profa. Dra. Justine Ruth Smith, coorientadora do projeto, agradeço por prontamente aceitar o convite, contribuindo com sua vasta experiência e sabedoria, enriquecendo ainda mais a pesquisa.

Agradeço aos meus pais, cujo apoio inabalável foi a âncora que sustentou cada desafio e triunfo ao longo deste percurso. Seu amor, incentivo e sacrifícios são inestimáveis, e esta conquista é, sem dúvida, um reflexo do investimento de vocês em meu crescimento pessoal. À minha mãe, minha professora na escola da vida. Seu exemplo é minha bússola, ensinando-me o significado da perseverança com uma energia e alegria infinitas. Ao meu pai, exemplo maior de força e dedicação, sempre foi a rocha que sustentou meus desafios.

Ao meu noivo, obrigada pela paciência, compreensão e pelo apoio incondicional ao longo de todo este processo. Seu encorajamento me guiou nas decisões mais difíceis, sempre celebrando comigo cada conquista. Este trabalho não seria o mesmo sem o seu apoio constante ao meu lado.

Às minhas irmãs e aos meus sobrinhos, por tornarem esta jornada mais leve e alegre. Minhas irmãs, minhas melhores amigas e confidentes. Meus sobrinhos, fontes de amor inesgotáveis. Sem vocês, a trajetória não teria o mesmo encanto!

Por fim, obrigada também ao Denny Marcos Garcia, por sua ajuda com as análises estatísticas impecáveis, além de sua generosidade, disponibilidade e paciência. Ao Pedro Henrique Ogata Kodama, obrigada pela ajuda na coleta de dados. Sem vocês, este projeto seria impossível.

## **Apoio Financeiro**

O presente estudo foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 01.

O presente estudo foi realizado também com apoio da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, por meio do suporte financeiro à plataforma REDCap, utilizada neste projeto.



*Resumo*

---

---

Braga LA. **Frequência, características clínicas e fatores de risco para deficiência visual das diversas causas de uveítes no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.** Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2023.

**Introdução:** As uveítes acometem boa parte da população economicamente ativa, gerando relevante impacto socioeconômico. Assim, o conhecimento sobre o tema é crucial para prevenir desfechos visuais ruins, potencialmente reversíveis. Contudo, faltam na literatura estudos precisos e homogêneos sobre a frequência dos diversos tipos de uveítes e os fatores de risco para deficiência visual. **Objetivos:** Identificar a frequência e descrever o perfil clínico das uveítes em pacientes atendidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, evidenciar fatores de risco associados a pior prognóstico visual e identificar mudanças durante a pandemia da COVID-19. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva de prontuários de pacientes com uveítes avaliados pela primeira vez no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de 1º de janeiro de 2018 a 30 de junho de 2021. A coleta de dados consistiu em identificação, quadro clínico, etiologia, tratamento e seguimento dos pacientes. **Resultados:** Foram incluídos 462 pacientes, prevalecendo a faixa etária de 18 a 40 anos, sem diferença entre os sexos. Prevaleram, também, quadros em atividade (81,0%), que evoluíram com melhora de acuidade visual (AV) ao longo do seguimento ( $p < 0,0001$ ). Predominaram formas posteriores (62,1%), infecciosas (59,1%), unilaterais (82,3%), com toxoplasmose como principal etiologia (48,9%). Em seguida, foram as anteriores (21,0%) e idiopáticas (27,5%). Houve associação entre o sexo feminino e esclerites ( $p = 0,0164$ ), Lupus Eritematoso Sistêmico ( $p = 0,0446$ ) e etiologias idiopáticas ( $p = 0,0099$ ). O estudo determinou fatores de risco para desfechos visuais  $\leq 20/200$ , destacando-se o sexo masculino (OR=1,97,  $p = 0,0034$ ), idade  $> 60$  anos (OR=4,2,  $p = 0,0013$ ) e AV inicial desfavorável, particularmente,  $\leq 20/200$  (OR=51,30,  $p < 0,0001$ ). Etiologias infecciosas (OR=2,74,  $p = 0,0111$ ) e quadros persistentes (OR=2,57,  $p = 0,0046$ ) apresentaram associação menos importante. Durante a pandemia, prevaleceram casos limitados ( $p = 0,0101$ ), unilaterais ( $p = 0,0073$ ) e ativos ( $p = 0,0086$ ), indicando menos casos persistentes, bilaterais e inativos. Houve piora no perfil das AVs finais, com redução da categoria AV  $\geq 20/40$  e aumento na de AV 20/50 a 20/160 ( $p = 0,0078$ ). **Conclusões:** O estudo proporcionou *insights* sobre a dinâmica do referenciamento de pacientes no setor de uveítes de um serviço terciário. Destacou uma experiência positiva no diagnóstico e tratamento, evidenciando melhora na AV durante o seguimento e baixa incidência de complicações. A faixa etária mais afetada foi a de jovens, sem distinção de sexo, ressaltando a relevância das uveítes na população economicamente ativa. As uveítes posteriores, infecciosas e unilaterais foram as mais comuns, associadas, principalmente, à toxoplasmose. Fatores de risco para AV final desfavorável incluíram sexo masculino, idade avançada e baixa AV inicial. Durante a pandemia houve mudança adversa no perfil das AVs finais, destacando a importância do acompanhamento oftalmológico contínuo. Em conclusão, os dados fornecem subsídios para a discussão sobre implementação de medidas terapêuticas mais eficazes e precoces, visando otimizar resultados visuais e a qualidade de vida dos pacientes.

**Palavras-chave:** Uveíte. Desfechos visuais. Fatores de risco. Perfil clínico.

*Abstract*

---

Braga LA. **Frequency, clinical characteristics, and risk factors for visual impairment due to various causes of uveitis at the Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.** Dissertation (Master's Degree) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2023.

**Introduction:** Uveitis affects a significant portion of the economically active population, leading to substantial socioeconomic impact. Therefore, understanding the topic is crucial to prevent potentially reversible visual outcomes. However, the literature lacks precise and homogeneous studies on the frequency of different uveitis types and risk factors for visual impairment. **Objectives:** Identify the frequency and describe the clinical profile of uveitis in patients at the Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Highlight risk factors associated with worse visual prognosis and identify changes during the COVID-19 pandemic. **Material and Methods:** Retrospective analysis of medical records of uveitis patients first evaluated at the Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto from January 1, 2018, to June 30, 2021. Data collection included identification, clinical presentation, etiology, treatment, and patient follow-up. **Results:** The study included 462 patients, with a prevalence in the 18 to 40 age group, and no gender differences. Active cases predominated (81.0%), evolving with improved visual acuity over the follow-up period ( $p < 0.0001$ ). Posterior forms (62.1%), infectious cases (59.1%), and unilateral presentations (82.3%) prevailed, with toxoplasmosis as the main etiology (48.9%). Anterior forms (21.0%) and idiopathic cases (27.5%) followed. There was an association between female gender and scleritis ( $p = 0.0164$ ), Systemic Lupus Erythematosus ( $p=0.0446$ ), and idiopathic etiologies ( $p = 0.0099$ ). Risk factors for visual outcomes  $\leq 20/200$  were determined, highlighting male gender (OR = 1.97,  $p=0.0034$ ), age  $>60$  years (OR = 4.2,  $p=0.0013$ ), and unfavorable initial visual acuity, particularly  $\leq 20/200$  (OR = 51.30,  $p < 0.0001$ ). Infectious etiologies (OR = 2.74,  $p=0.0111$ ) and persistent cases (OR = 2.57,  $p=0.0046$ ) showed less significant associations. During the pandemic, limited ( $p=0.0101$ ), unilateral ( $p=0.0073$ ), and active cases ( $p=0.0086$ ) prevailed, suggesting fewer persistent, bilateral, and inactive cases. There was a deterioration in the profile of final visual acuities, with a decrease in the category VA  $\geq 20/40$  and an increase in VA 20/50 to 20/160 ( $p=0.0078$ ). **Conclusions:** The study provided insights into the patient referral dynamics in the uveitis department of a tertiary service. It highlighted a positive experience in diagnosis and treatment, demonstrating improved visual acuity during follow-up and a low incidence of complications. The most affected age group was young individuals, irrespective of gender, emphasizing the relevance of uveitis in the economically active population. Posterior, infectious, and unilateral uveitis cases were the most common, primarily associated with toxoplasmosis. Risk factors for unfavorable visual outcomes included male gender, advanced age, and low initial visual acuity. During the pandemic, there was an adverse change in the profile of final visual acuities, underscoring the importance of continuous ophthalmological monitoring. In conclusion, the data provide support for discussing the implementation of more effective and early therapeutic measures, aiming to optimize visual outcomes and the quality of life for patients.

**Keywords:** Uveitis. Visual outcomes. Risk factors. Clinical profile.

## *Lista de Figuras*

---

<b>Figura 1 -</b>	Formulário REDCap .....	29
<b>Figura 2 -</b>	Distribuição dos prontuários revisados durante o período de janeiro de 2018 a junho de 2021 no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil .....	32
<b>Figura 3 -</b>	Distribuição da idade pelo sexo dos pacientes com uveíte atendidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021.....	33
<b>Figura 4 -</b>	Classificação anatômica das uveítes, por atividade da doença, no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021 .....	34
<b>Figura 5 -</b>	Diagnóstico clínico por classificação anatômica das uveítes no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021 .....	39
<b>Figura 6 -</b>	Acuidade visual de olhos acometidos em cada visita de pacientes com uveíte atendidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021 .....	42

## *Lista de Tabelas*

---

<b>Tabela 1 -</b>	Distribuição da idade pelo sexo dos pacientes com uveíte atendidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021.....	33
<b>Tabela 2 -</b>	Classificação anatômica das uveítes por atividade da doença no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021 .....	34
<b>Tabela 3 -</b>	Diagnóstico etiológico das uveítes por sexo no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021 .....	36
<b>Tabela 4 -</b>	Diagnóstico etiológico das uveítes por lateralidade acometida no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021.....	38
<b>Tabela 5 -</b>	Diagnóstico clínico por classificação anatômica das uveítes no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021 .....	40
<b>Tabela 6 -</b>	Sexo por classificação anatômica das uveítes diagnosticadas no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021 .....	40
<b>Tabela 7 -</b>	Diagnóstico clínico por duração dos sintomas compatíveis com uveíte atendidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021 .....	41
<b>Tabela 8 -</b>	Mudança de acuidade visual de olho acometido no caso novo em comparação com a última avaliação de pacientes com uveíte atendidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021.....	43
<b>Tabela 9 -</b>	Mudança de acuidade visual de olho acometido no caso novo em comparação com o retorno de 12 meses de pacientes com uveíte atendidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021 .....	43
<b>Tabela 10 -</b>	Frequência de complicações pelo término de tratamento em pacientes com uveíte atendidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021 .....	44
<b>Tabela 11 -</b>	Complicações decorrentes de uveíte em pacientes atendidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021 .....	45
<b>Tabela 12 -</b>	Comparação entre pacientes com uveíte que foram atendidos pela primeira vez no período pré-pandemia e aqueles atendidos durante a pandemia no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021 .....	46
<b>Tabela 13 -</b>	Comparação entre as acuidades visuais dos olhos acometidos na primeira avaliação e na última, nos períodos pré-pandemia e durante a pandemia,	



de pacientes com uveíte atendidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021 ..... 48

**Tabela 14 -** Regressão logística binária das variáveis associadas à acuidade visual final de pacientes com uveíte atendidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021 (429 olhos)..... 50

**Tabela 15 -** Regressão logística binária das variáveis associadas à acuidade visual final de pacientes com uveíte atendidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, no período de janeiro de 2018 a junho de 2021 (429 olhos)..... 51

**Tabela 16 -** Regressão logística binária das variáveis associadas à acuidade visual de 12 meses de pacientes com uveíte atendidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021 (219 olhos)..... 52

## *Lista de Siglas e Abreviaturas*

---

<b>AUC-</b>	Área sob a curva (do inglês <i>Area Under The Curve</i> )
<b>AV-</b>	Acuidade visual
<b>HCFMRP-USP-</b>	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP
<b>IC-</b>	Intervalo de confiança
<b>OR-</b>	<i>Odds Ratio</i>
<b>ROC-</b>	<i>Receiver Operating Characteristic</i>
<b>SAM-</b>	Serviço de Arquivo Médico

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>24</b>
2.1. Objetivo primário .....	25
2.2. Objetivos secundários .....	25
<b>3. MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>26</b>
3.1. Aspectos éticos .....	27
3.2. Desenho do estudo .....	27
3.3. Análise retrospectiva de prontuários e documentação dos dados coletados via plataforma “REDCap” .....	28
3.3.1. Realização de piloto antes da coleta oficial dos dados .....	29
3.3.2. Coleta oficial de dados .....	29
3.4. Análise estatística .....	30
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>31</b>
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>53</b>
<b>6. CONCLUSÕES.....</b>	<b>59</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>61</b>
<b>8. ANEXO.....</b>	<b>64</b>

## ***1- Introdução***

---

Uveíte caracteriza-se por um processo inflamatório intraocular do trato uveal, podendo acometer tanto o segmento anterior como o posterior. Pode ser primária ou secundária a condições variadas (Selmi, 2014), desde causas infecciosas locais a autoimunes sistêmicas (Tsirouki et al., 2018).

Em estudo realizado no Hospital São Paulo, na cidade de São Paulo-SP, Brasil, as etiologias infecciosas compreendem 43,3% das uveítes, sendo as mais frequentes toxoplasmose (24%), sífilis (6%) e tuberculose (5,2%). Dentre as não infecciosas, as mais prevalentes são Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (7,5%), artrite idiopática juvenil (6,3%) e espondiloartropatias (6,3%) (Gonzalez Fernandez et al., 2017). Neste mesmo hospital, as uveítes são a segunda causa mais frequente de encaminhamentos para clínicas de reabilitação visual. Os pacientes encaminhados têm média de 25,5 anos de idade (Silva et al., 2013). As uveítes chegam a ser responsáveis por 10 a 20% das causas de cegueira nos Estados Unidos (Gritz; Wong, 2004); e em estudo recente realizado no Ambulatório de Uveítes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (HCFMRP-USP), um a cada quatro olhos com toxoplasmose ocular apresentava cegueira (Arruda et al., 2021).

Acredita-se que uma a cada 4500 pessoas apresente uveíte, e seu aparecimento ocorra mais frequentemente na faixa etária de 20 a 60 anos, sem diferenças significativas entre os gêneros (Chang; Wakefield, 2002). Apesar da baixa prevalência, o acometimento da população em idade economicamente ativa e a desfechos visuais potencialmente desfavoráveis levam a um impacto socioeconômico importante à sociedade (Silva et al., 2013). Dessa forma, considera-se que as uveítes são um problema de saúde pública de grande relevância. Contudo, faltam na literatura estudos que forneçam dados mais precisos no que tange à frequência dos diversos tipos de uveítes, e os fatores de risco para deficiência visual (Tsirouki et al., 2018). A heterogeneidade dos estudos se deve, principalmente, a variações geográficas, diferenças nos critérios utilizados para inserção de pacientes nos estudos que abordam o tema (Chang; Wakefield, 2002; Sève et al., 2017) e ao fato de que, muitas vezes, as recomendações envolvendo os diagnósticos derivam da experiência das instituições e de estudos retrospectivos, sem critérios bem definidos (Sève et al., 2017). Estudos mostram que diferentes especialistas, quando em face de cenários clínicos semelhantes, optam por meios distintos de investigação e de exames complementares (Lee et al., 2016).

O estabelecimento de um diagnóstico etiológico nas uveítes não é tarefa simples (Sève et al., 2017). Determinar o agente etiológico responsável pela doença exige, muitas vezes,

procedimentos invasivos (Maruyama, 2019) ou exames complexos nem sempre disponíveis a todos os serviços (Chang; Wakefield, 2002; Tsirouki et al., 2018; Maruyama, 2019). Dessa forma, regiões que não dispõem de recursos mais elaborados para uma investigação mais aprofundada costumam apresentar índices mais elevados das formas idiopáticas (Chang; Wakefield, 2002; Tsirouki et al., 2018).

A prevalência das uveítes anteriores idiopáticas pode chegar a 50-60% em países ocidentais (Chang; Wakefield, 2002), e em levantamento realizado pela Universidade de São Paulo (UNIFESP), em 2017, evidenciou-se frequência de 9,8% no total dos casos atendidos no Ambulatório de Uveítes (Gonzalez Fernandez et al., 2017).

O perfil etiológico das uveítes depende de fatores ambientais, culturais e genéticos (Chang; Wakefield, 2002). Logo, a familiaridade com os padrões locais envolvendo os fatores associados à sua etiologia é de vital importância, uma vez que o raciocínio diagnóstico deve ser direcionado para as doenças mais frequentes e para aquelas em que o diagnóstico implica tratamentos específicos (Sève et al., 2017). Assim, torna-se viável o estabelecimento de planos terapêuticos mais assertivos. Ocorre, contudo, que não há na literatura estudos suficientes para a determinação das peculiaridades da região de Ribeirão Preto-SP no que tange à frequência das uveítes, fazendo com que seja necessário se basear em dados de estudos de outras regiões e instituições, como aqueles gerados no Hospital São Paulo, em São Paulo-SP (Gonzalez Fernandez et al., 2017), para nortear o raciocínio clínico em nosso serviço.

Estudos analisando as causas de uveítes em ambulatórios especializados mostram que a frequência e o perfil das patologias mudam com o passar do tempo (Chang; Wakefield, 2002; Gonzalez Fernandez et al., 2017). Portanto, o presente estudo poderá servir de base para a elaboração de futuras pesquisas a fim de se estabelecerem potenciais correlações e apontar eventuais mudanças no perfil clínico das uveítes em Ribeirão Preto-SP e região no decorrer dos anos.

Além disso, há poucos estudos na literatura que reportem esses achados e destaquem suas diferenças entre os sexos, assim como a determinação de desfechos visuais e de fatores de risco para desfechos visuais ruins. Alguns autores mencionam fatores de risco para desfechos visuais ruins em doenças específicas (Loh; Acharya, 2010; Taylor et al., 2011; Arruda et al., 2021), mas sem dados precisos de acuidade visual (AV). Outros sugerem manifestações diferentes entre os sexos que culminariam em desfechos diferentes (Taylor et

al., 2011; Lyons et al., 2023), mas ainda sem dados robustos que permitam uma conclusão definitiva.

Tendo em vista as dificuldades expostas acima, o contexto da pandemia da COVID-19 tornou o cenário ainda mais complicado. Se os estudos já mostravam no desfecho visual das uveítes alto índice de deficiência visual e cegueira em condições de atendimentos e serviços de saúde funcionando normalmente, na pandemia eram esperadas mudanças na frequência das uveítes, nos dados demográficos e nos desfechos visuais.

O projeto em questão objetiva, portanto, descrever a frequência das diversas causas de uveítes em pacientes do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, avaliando os fatores de risco para o desenvolvimento de desfechos visuais desfavoráveis. Os resultados encontrados mostraram-se úteis para planejamento do ambulatório, assim como na tomada de decisões clínicas e aconselhamento dos pacientes assistidos em nosso serviço.



## ***2. Objetivos***

---

## 2.1 Objetivo primário

Identificar a frequência e descrever o perfil clínico das uveítes em pacientes avaliados no HCFMRP-USP, no período de 1º janeiro de 2018 a 30 de junho de 2021.

## 2.2 Objetivos secundários

- Determinar os fatores de risco associados a pior prognóstico visual;
- Analisar eventuais mudanças causadas no volume de atendimentos e perfil dos pacientes atendidos durante a pandemia do COVID-19 (março de 2020 a junho de 2021) em relação ao período pré-pandemia (janeiro de 2018 a fevereiro de 2020).

### ***3. Material e Métodos***

---

### 3.1 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCFMRP-USP, Parecer nº CAE 52655521.2.0000.5440 em 06.12.2021 (Anexo), conforme resolução CNS 466/2012, assim como foi obtida a dispensa de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### 3.2 Desenho do estudo

Foi elaborado um formulário para avaliação retrospectiva dos prontuários de pacientes que se apresentaram pela primeira vez no Ambulatório de Uveíte do HCFMRP-USP durante o período de 1º janeiro de 2018 a 30 de junho de 2021, sendo revisados 601 prontuários de pacientes atendidos pela primeira vez durante o período em questão. O formulário é constituído de cinco setores, que seguem:

- Critérios de inclusão/exclusão:

- Critérios de inclusão:

- A. Pacientes com diagnóstico de uveíte, que se apresentaram pela primeira vez no Ambulatório de Uveítes do HCFMRP-USP, confirmado pela equipe de oftalmologistas deste hospital, durante o período de análise;

- B. Idade > 18 anos.

- Critérios de exclusão:

- A. Pacientes com diagnóstico prévio de uveíte já em seguimento ambulatorial no serviço;

- B. Ausência de uveíte diagnosticada.

- Identificação: registro HCFMRP-USP, nome/nome social, data de nascimento, idade no dia do caso novo, data do caso novo, gênero, cor da pele autodeclarada.

- Dados clínicos:

- Acometimento bi ou unilateral (nesse caso, evidenciando qual olho acometido).

- Duração dos sintomas compatíveis com uveíte no caso novo, definidas como limitada ( $\leq 3$  meses) ou persistente ( $\geq 3$  meses), de acordo com a classificação do *Standardization of Uveitis Nomenclature Study Group* (Jabs et al., 2005).

- AV de cada olho no momento da primeira consulta, após três, seis e doze meses e na última consulta. Foram utilizados intervalos de AV ( $\geq 20/40$ , 20/50 a 20/160, e  $\leq 20/200$ ), de acordo com a classificação do *Standardization of Uveitis Nomenclature Study Group* (Jabs et al., 2005). Olhos com AV  $\leq 20/200$  foram considerados com desfecho visual desfavorável.
  - Atividade da doença na admissão (inativa, em atividade).
  - Diagnóstico clínico de acordo com o sistema de classificação definido pelo *International Uveitis Study Group* (Jabs et al., 2005), diagnóstico etiológico na admissão, sítio primário de inflamação.
  - Complicações durante a evolução clínica, definidas por: opacidades vítreas persistentes (presentes após três meses de resolução do quadro ativo), aumento da pressão intraocular, glaucoma, sinéquias posteriores, catarata, membrana epirretiniana, edema macular, buraco macular, rotura retiniana, descolamento de retina, oclusões vasculares da retina, neovascularização de retina e/ou coróide, hemorragia vítrea, *phthisis bulbi* (Jabs et al., 2005; Arruda et al., 2021) e ceratopatia em faixa.
- Tratamento: se completo ou não.
- Seguimento: se o caso novo foi realizado durante a pandemia da COVID-19 ou não, total de consultas durante o período de estudo.

O formulário foi utilizado para coleta de dados via plataforma “REDCap”, conforme descrito abaixo.

### **3.3 Análise retrospectiva de prontuários e documentação dos dados coletados via plataforma “REDCap”**

A avaliação consistiu na análise retrospectiva de prontuários físicos e digitais, sendo a documentação dos dados coletados via plataforma “REDCap”. Trata-se de uma plataforma digital criada para construir e gerenciar bancos de dados e pesquisas *online* de forma segura e personalizada. Foi utilizada a versão apoiada pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

### 3.3.1 Realização de piloto antes da coleta oficial dos dados

Alguns pilotos da coleta de dados foram realizados até que fosse possível desenvolver o formulário acima descrito, totalizando aproximadamente 70 prontuários revisados nessa fase. Por meio desses pilotos foi possível identificar falhas que, corrigidas, moldaram as próximas versões antes da coleta oficial.

### 3.3.2 Coleta oficial de dados

Foram revisados 601 prontuários. Como a maioria eram prontuários físicos, a análise teve que ser realizada no Serviço de Arquivo Médico (SAM) do HCFMRP-USP. A Figura 1 ilustra a configuração da plataforma.

Figura 1 - Formulário REDCap

The screenshot displays the REDCap interface for a study titled "Formulário - 'Frequência, características clínicas e fatores de risco para deficiência visual das diversas causas de uveítes no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto'". The interface is in Portuguese and shows a user logged in as 'laura.arantesb'. The form is titled "Identificação" and is for editing an existing record with ID 2020. The form fields include:

- Record ID:** 2020
- REGISTRO HCRP:** A required text field with a red asterisk and the note "\* must provide value".
- NOME:** A required text field with a red asterisk and the note "\* must provide value".
- NOME SOCIAL:** A text field.
- GENERO:** Radio button options for FEMININO, MASCULINO, and TRANSGENERO. A red asterisk and the note "\* must provide value" are present.
- DATA DE NASCIMENTO:** A date field with a calendar icon, a "Today" button, and "D-M-Y" format. A red asterisk and the note "\* must provide value" are present.
- DATA DO CASO NOVO:** A date field with a calendar icon, a "Today" button, and "D-M-Y" format. A red asterisk and the note "\* must provide value" are present.
- IDADE NA ADMISSÃO:** A text field with a "View equation" link. A red asterisk and the note "\* must provide value" are present.
- IDADE:** Radio button options for "18 - 40 anos" and "41 - 60 anos".

The interface also features a sidebar with navigation options like "Project Home and Design", "Data Collection", and "Applications". At the top right, there are buttons for "Save & Exit Form", "Save & Stay", and "Cancel".

### 3.4 Análise estatística

Os resultados descritivos foram apresentados como frequências e porcentagens. As associações entre variáveis categóricas foram avaliadas por meio do teste Qui-quadrado. A comparação entre as AVs foi realizada por meio do teste de Bowker (extensão do teste de McNemar para mais de duas categorias). A regressão logística binomial foi empregada para avaliar fatores de risco para pior desfecho visual. Todos os procedimentos foram realizados por meio do *software* JMP SAS v. 17 (*SAS Institute Inc., Cary, NC, USA*). Adotou-se nível de significância de 5%.

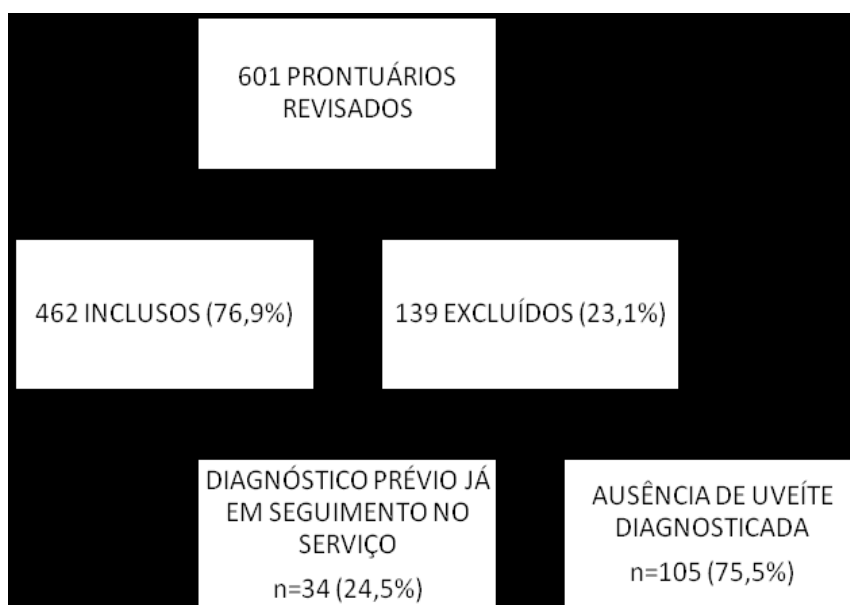
## ***4. Resultados***

---



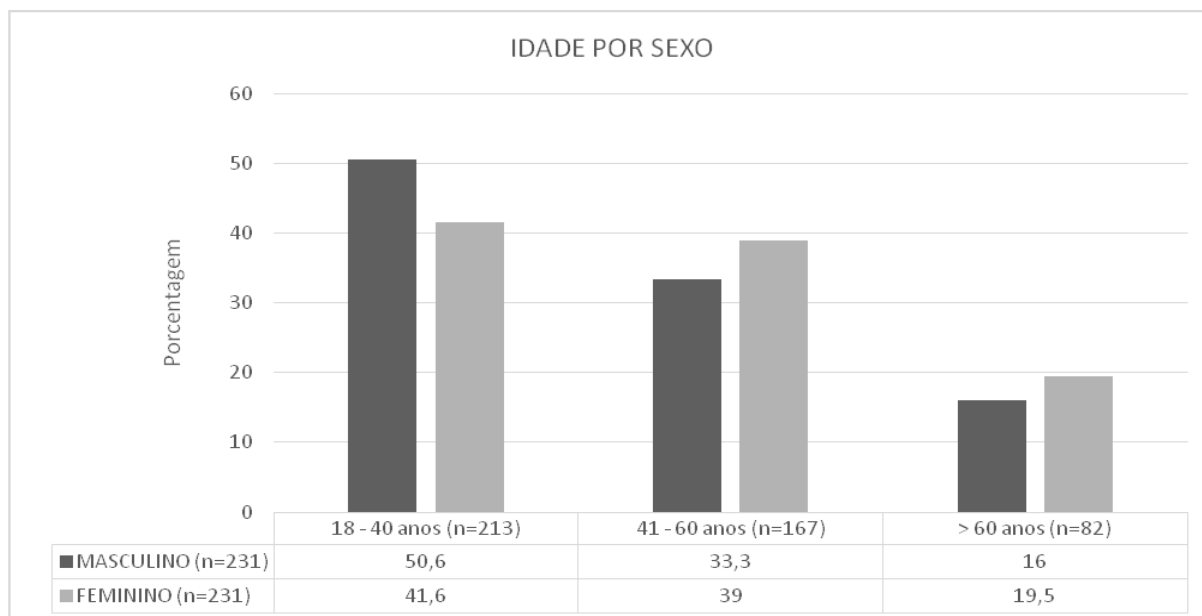
A partir da revisão de 601 prontuários, foram incluídos dados de 462 pacientes. Foram excluídos dados de 139 pacientes (24,5% por já possuírem diagnóstico prévio de uveíte em seguimento no serviço e 75,5% devido à ausência de uveíte diagnosticada) (Figura 2).

**Figura 2** - Distribuição dos prontuários revisados durante o período de janeiro de 2018 a junho de 2021 no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, São Paulo-SP, Brasil



A faixa etária mais frequente dentre os 462 pacientes avaliados foi de 18 a 40 anos (46,1%), seguida pela de 41-60 anos (36,1%) e pela de > 60 anos (17,7%). A frequência entre os sexos foi a mesma, de 50,0%. Tanto do sexo masculino quanto do sexo feminino, a faixa etária mais frequente foi a de 18 a 40 anos (50,6% e 41,6%, respectivamente). A Figura 3 e a Tabela 1 apresentam essa distribuição por idade e sexo. Estatisticamente, não houve diferença quanto às proporções de idade categorizada e sexo ( $p=0,15$ ).

**Figura 3** - Distribuição da idade pelo sexo dos pacientes com uveíte atendidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021



**Tabela 1** - Distribuição da idade pelo sexo dos pacientes com uveíte atendidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021

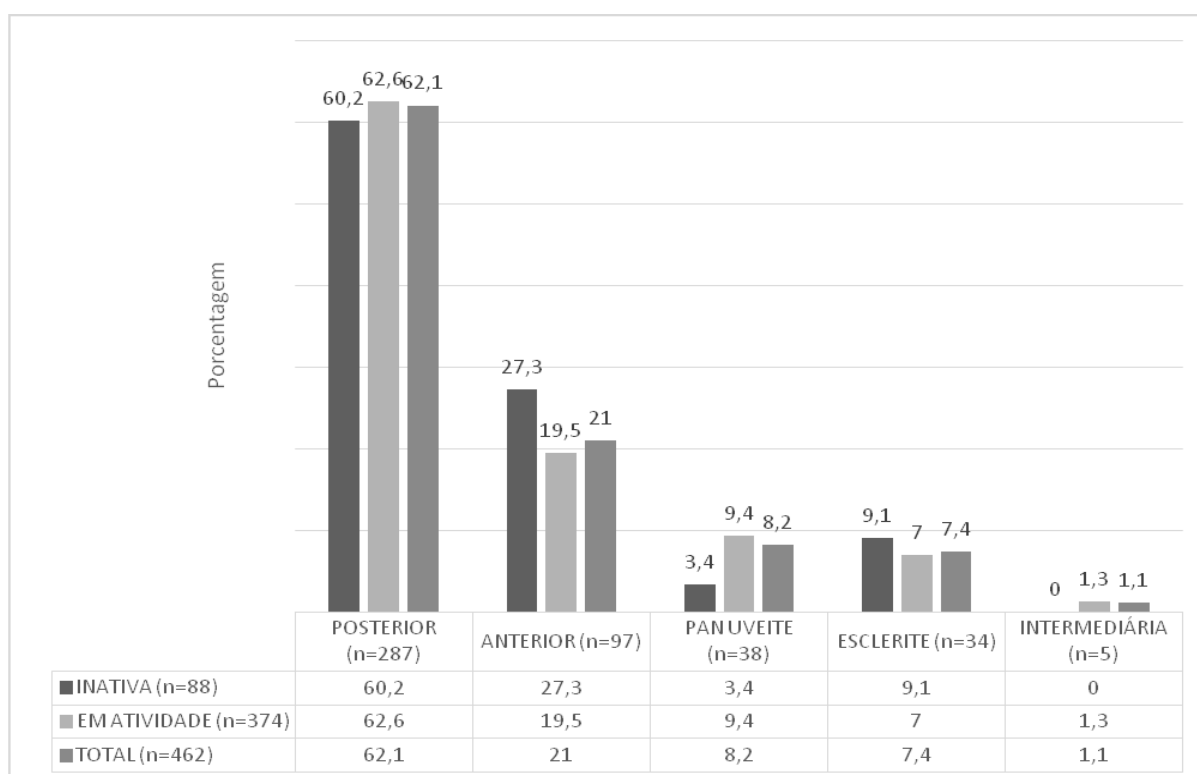
Total (n=462)	18 - 40 anos (n=213, 46,1%)	41 - 60 anos (n=167, 36,1%)	> 60 anos (n=82, 17,7%)
<b>Masculino (n=231; 50,0%)</b>	117 (50,6%)	77 (33,3%)	37 (16,0%)
<b>Feminino (n=231, 50,0%)</b>	96 (41,6%)	90 (39,0%)	45 (19,5%)

Nesta análise, optou-se por ocultar a categoria “transgênero” pela ausência de registros identificados.

As uveítes em atividade representaram a maioria (81,0%, n=374) dentre as avaliadas. No que tange à classificação anatômica, as mais frequentes foram as posteriores (62,1%, n=287), seguidas pelas anteriores (21,0%; n=97), pan uveítes (8,2%; n=38), esclerites (7,4%; n=34) e intermediárias (1,1%; n=5). Estatisticamente, não houve associação entre atividade da doença e classificação anatômica (Anterior: p=0.15; Intermediária: p=0.60; Posterior: p=0.82;

Pan uveíte:  $p=0.09$ ; Esclerites:  $p=0.51$ ). A Figura 4 e a Tabela 2 apresentam essa distribuição por classificação anatômica e atividade da doença.

**Figura 4** - Classificação anatômica das uveítes, por atividade da doença, no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021



Foi excluída desta análise a categoria “não se aplica” da classificação anatômica das uveítes, que abrangeu casos de síndrome mascarada e endoftalmites ( $n=3$ ).

**Tabela 2** - Classificação anatômica das uveítes por atividade da doença no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021

Total (n=460)	Posterior (n=287; 62,1%)	Anterior (n=97; 21,0%)	Pan Uveíte (n=38; 8,2%)	Esclerite (n=34; 7,4%)	Intermediária (n=5; 1,1%)
<b>Em Atividade (n=374; 81,0%)</b>	234 (62,6%)	73 (19,5%)	35 (9,4%)	26 (7,0%)	5 (1,3%)
<b>Inativa (n=88; 19,0%)</b>	53 (60,2%)	24 (27,3%)	3 (3,4%)	8 (9,1%)	-

Foi excluída desta análise a categoria “não se aplica” da classificação anatômica das uveítes, que abrangeu casos de síndrome mascarada e endoftalmites ( $n=3$ ).

O diagnóstico etiológico mais frequente foi Toxoplasmose (48,9%, n=229), seguido por causas idiopáticas (27,5%; n=127). Essa relação se manteve em ambos os sexos. No masculino, foi seguida por Sífilis, Espondiloartropatias associadas ao HLA-B27 e Iridociclite herpética. No feminino, foi seguida por Sífilis, Tuberculose e Vogt-Koyanagi-Harada com a mesma frequência de 3,0% (n=7). Houve associação entre o diagnóstico etiológico pelo sexo nas causas idiopáticas e no Lupus Eritematoso Sistêmico, mais frequentes no sexo feminino ( $p=0,0099$  e  $p=0,0446$ , respectivamente). A Tabela 3 apresenta essa distribuição por diagnóstico etiológico e sexo.

**Tabela 3** - Diagnóstico etiológico das uveítes por sexo no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021

Total (n=462)	Masculino (n=231; 50,0%)	Feminino (n=231; 50,0%)	P-valor (*)
Toxoplasmose (n=226; 48,9%)	121 (54,4%)	105 (45,5%)	0,14
Idiopática (n=127; 27,5%)	50 (21,6%)	77 (33,3%)	<b>0,0099</b>
Sífilis (n=21; 4,5%)	14 (6,1%)	7 (3,0%)	0,12
Tuberculose (n=11; 2,4%)	4 (1,7%)	7 (3,0%)	0,36
Síndrome Vogt-Koyanagi-Harada (n=10; 2,2%)	3 (1,3%)	7 (3,0%)	0,20
Espondiloartropatias Associadas ao HLA-B27 (n=9; 1,9%)	7 (3,0%)	2 (0,9%)	0,09
Iridociclite Herpética (n=6; 1,3%)	5 (2,2%)	1 (0,4%)	0,10
Doença da Arranhadura do Gato (n=6; 1,3%)	2 (0,9%)	4 (1,7%)	0,41
Uveíte Traumática (n=5, 1,1%)	3 (1,3%)	2 (0,9%)	0,65
Citomegalovirose (n=4; 0,9%)	2 (0,9%)	2 (0,9%)	0,99
Lupus Eritemasoso Sistêmico (n=4; 0,9%)	-	4 (1,7%)	<b>0,0446</b>
Doença de Behçet (n=3, 0,6%)	1 (0,4%)	2 (0,9%)	0,56
Iridociclite Heterocrômica de Fuchs (n=3, 0,6%)	2 (0,9%)	1 (0,4%)	0,56
Síndrome Mascarada (n=3, 0,6%)	1 (0,4%)	2 (0,9%)	0,16
Sarcoidose (n=2, 0,4%)	1 (0,4%)	1 (0,4%)	0,99
Necrose Retiniana Aguda (n=2, 0,4%)	1 (0,4%)	1 (0,4%)	0,99
Coroidite Serpiginosa (n=2, 0,40%)	1 (0,4%)	1 (0,4%)	0,99
Policondrite Recidivante (n=2; 0,4%)	2 (0,9%)	-	0,16
Outro (n=23, 4,9%)	10 (4,3%)	13 (5,6%)	-
Impossível Determinar (n=9, 1,9%)	7 (3,0)	2 (0,9%)	-

(\*): Teste qui-quadrado; **HLA-B27**: Human Leukocyte Antigen B27; **HIV**: Human Immunodeficiency Virus; **HTLV**: Human T-Lymphotropic Virus.

Em “outros”, estão incluídas as etiologias: Pars Planite, Artrite Reumatoide, Toxocaríase, HIV, Hanseníase, Arboviroses, Secundária à vacina, Berger, Síndrome de Nefrite Túbulo-Intersticial Aguda e Uveíte (TINU), Endoftalmite fúngica, Síndrome Posner-Schlosman, Secundária à Miastenia Gravis, Secundária à Febre Maculosa, Reação cruzada com Caxumba, Granulomatose com Poliangeíte e Síndrome da Dispersão Pigmentar. Todas apresentaram n=1 (0,2%).

Nesta análise, optou-se por ocultar a categoria “transgênero” pela ausência de registros identificados.

Todos os pacientes diagnosticados com síndrome mascarada foram devido a manifestações secundárias à neoplasia: um paciente por linfoma, um por metástase e um por neoplasia não diagnosticada, pois o paciente perdeu o seguimento.

---

Em “outros”, com frequência de (4,9%), estão incluídos casos de *Pars Planite*, Artrite Reumatoide, Toxocaríase, HIV, Hanseníase, Arboviroses, Secundária a vacina, Berger, Síndrome de Nefrite Túbulo Intersticial Aguda e Uveíte (TINU), Endoftalmite fúngica, Síndrome de Posner Schlosman, Secundária à Miastenia Gravis, Secundária à Febre Maculosa, Reação cruzada com Caxumba, Granulomatose com Poliangeíte e Síndrome da Dispersão Pigmentar. Todos apresentaram frequência de 0,4% (n=1).

Etiologias não identificadas, não foram mencionadas nas Tabelas que seguem: Artrite Idiopática Juvenil, Síndrome dos Pontos Brancos, Oftalmia Simpática, Endoftalmite endógena, Cisticercose, Arterite de Takayasu, Doença de Kawasaki, Síndrome de Jabs-Blau, HTLV, Doença inflamatória intestinal, Esclerose múltipla.

Pacientes com acometimento unilateral (82,3%; n=380) foram mais frequentes que aqueles com acometimento bilateral (17,7%; n=82). Dentre os unilaterais, a Toxoplasmose se manteve como mais frequente (55,8%; n=212), seguida pelas de causa idiopática (25,0%; n=95). Dentre as bilaterais, tal frequência se inverteu, com as de causa idiopática (39,0%; n=32) prevalecendo sobre a Toxoplasmose (17,1%; n=14). Houve associação entre diagnóstico etiológico com unilateralidade apenas em Toxoplasmose ( $p < 0,0001$ ). Houve associação com bilateralidade em causas idiopáticas ( $p = 0,0181$ ), espondiloartropatias associadas ao HLA-B27 ( $p = 0,0343$ ), Doença de Behçet ( $p = 0,0261$ ), Sarcoidose e na Coroidite Serpiginosa, ambas com  $p = 0,023$ . Na Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada houve também associação ( $p < 0,0001$ ), como era de se esperar, uma vez que a bilateralidade é critério definidor da doença. Foram desconsideradas as associações estatisticamente significativas com n=1. A Tabela 4 apresenta a distribuição por diagnóstico etiológico e lateralidade.

**Tabela 4** - Diagnóstico etiológico das uveítes por lateralidade acometida no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021

Total (n=462)	Unilateral (n=380; 82,3%)	Bilateral (n=82; 17,7%)	P-valor (*)
Toxoplasmose (n=226; 48,9%)	212 (55,8%)	14 (17,1%)	<0,0001
Idiopática (n=127; 27,5%)	95 (25,0%)	32 (39,0%)	0,0181
Sífilis (n=21; 4,5%)	14 (3,7%)	7 (8,5%)	0,06
Tuberculose (n=11; 2,4%)	10 (2,6%)	1 (1,2%)	0,45
Síndrome Vogt-Koyanagi-Harada (n=10; 2,2%)	-	10 (12,2%)	<0,0001
Espondiloartropatias Associadas Ao HLA-B27 (n=9; 1,9%)	5 (1,3%)	4 (4,9%)	0,0343
Iridociclite Herpética (n=6; 1,3%)	6 (1,6%)	-	0,25
Doença Da Arranhadura Do Gato (n=6; 1,3%)	6 (1,6%)	-	0,25
Uveíte Traumática (n=5; 1,1%)	5 (1,3%)	-	0,30
Citomegalovirose (n=4; 0,9%)	4 (1,1%)	-	0,35
Lupus Eritematoso Sistêmico (n=4; 0,9%)	2 (0,5%)	2 (2,4%)	0,09
Doença De Behçet (n=3; 0,6%)	1 (0,3%)	2 (2,4%)	0,0261
Iridociclite Heterocrômica De Fuchs (n=3; 0,6%)	2 (0,5%)	1 (1,2%)	0,48
Síndrome Mascarada (n=3; 0,6%)	2 (0,5%)	1 (1,2%)	0,23
Sarcoidose (n=2; 0,4%)	-	2 (2,4%)	0,023
Necrose Retiniana Aguda (n=2; 0,4%)	1 (0,3%)	1 (1,2%)	0,23
Coroidite Serpiginosa (n=2; 0,40%)	-	2 (2,4%)	0,023
Policondrite Recidivante (n=2; 0,4%)	2 (0,5%)	-	0,51
Outros (n=23; 4,9%)	15 (3,9%)	8 (9,7%)	-
Impossível Determinar (n=9; 1,9%)	8 (2,1%)	1 (1,2%)	-

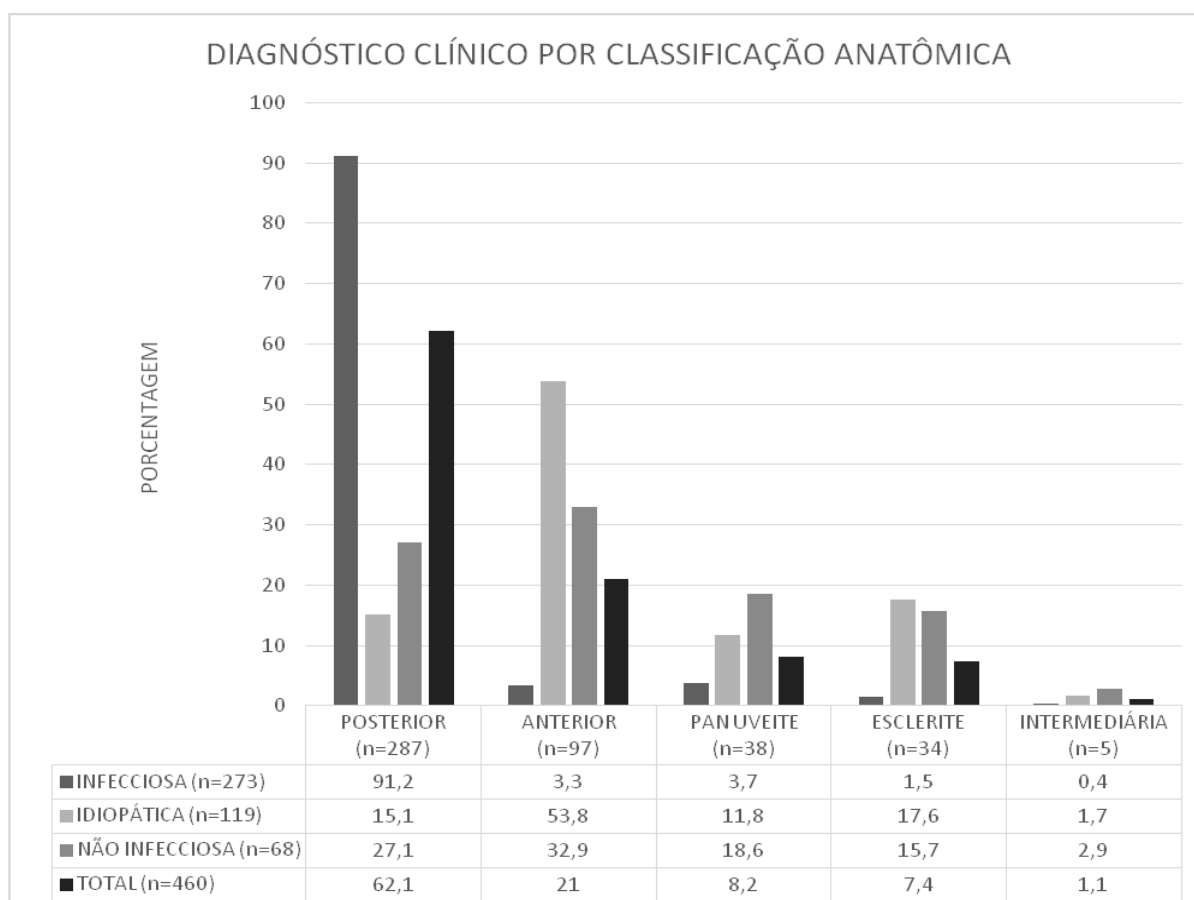
(\*): Teste qui-quadrado; **HLA-B27**: Human Leukocyte Antigen B27; **HIV**: Human Immunodeficiency Virus; **HTLV**: Human T-Lymphotropic Virus.

Em “outros”, estão incluídas as etiologias: Pars Planite, Artrite Reumatoide, Toxocaríase, HIV, Hanseníase, Arboviroses, Secundária à vacina, Berger, Síndrome de Nefrite Túbulo-Intersticial Aguda e Uveíte (TINU), Endoftalmite fúngica, Síndrome de Posner-Schlosman, Secundária à Miastenia Gravis, Secundária à Febre Maculosa, Reação cruzada com Caxumba, Granulomatose com Poliangeíte e Síndrome da Dispersão Pigmentar. Todas apresentaram n=1 (0,2%).

As uveítes mais frequentes foram as de etiologia infecciosa (59,1%; n=273), seguidas pelas idiopáticas (25,8%, n=119) e não infecciosas (15,2%; n=68). Dentre as infecciosas, as mais frequentes foram as posteriores (91,2%; n=249), seguidas pelas pan uveítes (3,7%; n=10). Dentre as idiopáticas, as mais frequentes foram as anteriores (53,8%; n=64), seguidas

pelas esclerites (17,6%; n=21). Dentre as não infecciosas, as mais frequentes foram as anteriores (35,5%; n=24), seguidas pelas posteriores (29,4%; n=20). Tais associações entre diagnóstico clínico e classificação anatômica foram estatisticamente significativas ( $p < 0,0001$ ), exceto nas intermediárias ( $p = 0,15$ ). Vale ressaltar, contudo, que a estatística pode ter sido comprometida devido ao baixo número absoluto das intermediárias (n=5). Apesar disso, pode-se observar que entre as idiopáticas houve predomínio importante de anteriores, com frequências parecidas entre as pan uveítes, posteriores e esclerites. Já nas infecciosas, o predomínio dramático foi de posteriores, com frequências muito pequenas das demais. Entre as não infecciosas, evidenciou-se predomínio semelhante entre anteriores e posteriores, seguidos por pan uveítes e esclerites, com frequências também similares. A Figura 5 e a Tabela 5 apresentam a distribuição por diagnóstico clínico e classificação anatômica.

**Figura 5** - Diagnóstico clínico por classificação anatômica das uveítes no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021



Foi excluída desta análise a categoria “não se aplica” da classificação anatômica das uveítes, que abrangeu casos de síndrome mascarada e endoftalmites (n=3).



**Tabela 5** - Diagnóstico clínico por classificação anatômica das uveítes no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021

Sítio Primário de Inflamação	Etiologia			Teste qui-quadrado de aderência (p)
	Infeciosa (n=273; 59,1%)	Idiopática (n=119; 25,8%)	Não-Infeciosa (n=68; 15,2%)	
Posterior (n=287; 62,1%)	249 (91.2%)	18 (15.1%)	20 (29.4%)	<0,0001
Anterior (n=97; 21,0%)	9 (3.3%)	64 (53.8%)	24 (35.3%)	<0.0001
Pan Uveíte (n=38; 8,2%)	10 (3.7%)	14 (11.8%)	13 (19.1%)	<0,0001
Esclerite (n=34; 7,4%)	4 (1.5%)	21 (17.6%)	9 (13.2%)	<0,0001
Intermediária (n=5; 1,1%)	1 (0.4%)	2 (1.7%)	2 (2.9%)	0,15
Teste qui-quadrado de aderência (p)	<0.0001	<0.0001	0,0002	

Foi excluída desta análise a categoria “não se aplica” da classificação anatômica das uveítes, que abrangeu casos de síndrome mascarada e endoftalmítes (n=3).

Avaliando-se a classificação anatômica pelo sexo, identificou-se predomínio de uveítes posteriores, seguidas pelas anteriores em ambos os sexos. No masculino, foi seguido pelas pan uveítes e no feminino pelas esclerites. Houve associação entre sexo e classificação anatômica apenas em esclerites ( $p=0,0164$ ), com maior frequência no sexo feminino. A Tabela 6 ilustra essa distribuição.

**Tabela 6** - Sexo por classificação anatômica das uveítes diagnosticadas no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021

Total (n=462)	Posterior (n=287; 62,1%)	Anterior (n=97; 21,0%)	Pan Uveíte (n=38; 8,2%)	Esclerite (n=34; 7,4%)	Intermediária (n=5; 1,1%)
Masculino (n=231; 50,0%)	153 (66,2%)	48 (20,0%)	18 (7,8%)	10 (4,3%)	2 (0,9%)
Feminino (n=231; 50,0%)	134 (58,0%)	49 (21,2%)	20 (8,7%)	24 (10,4%)	3 (1,3%)

Foi excluída desta análise a categoria “não se aplica” da classificação anatômica das uveítes, que abrangeu casos de síndrome mascarada e endoftalmítes (n=3). Optou-se por ocultar a categoria “transgênero” pela ausência de registros identificados.

As uveítes mais frequentes, no que tange à duração dos sintomas logo na admissão, foram as limitadas, com duração  $\leq 3$  meses (81%; n=359). Esse padrão de manteve tanto nas etiologias infecciosas, quanto nas idiopáticas e não infecciosas. Não houve associação entre duração dos sintomas e diagnóstico clínico ( $p=0,09$ ). Foram desconsiderados os pacientes com dados impossíveis de serem determinados, pela ausência de informações nos prontuários médicos (n=19) (Tabela 7).

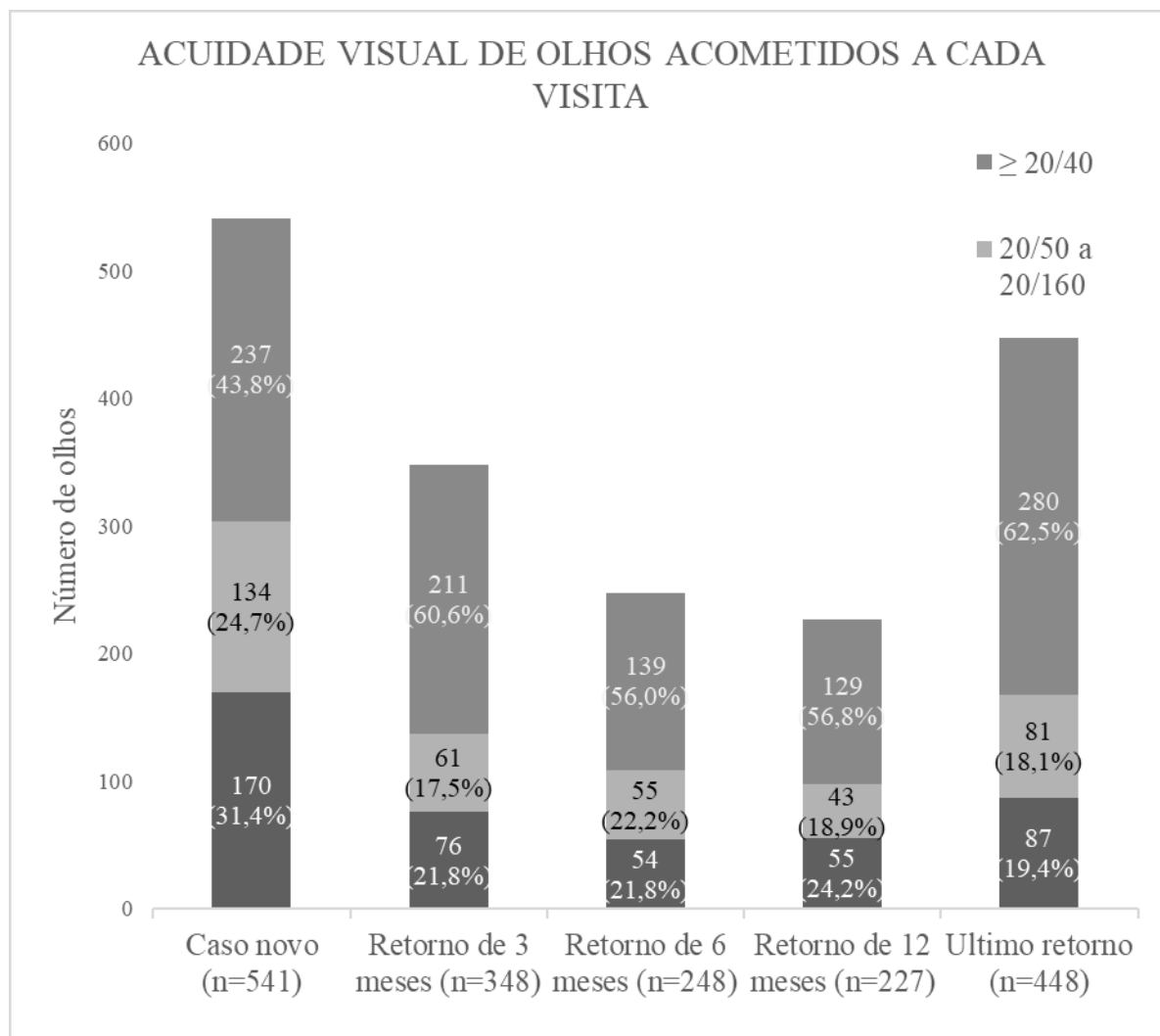
**Tabela 7** - Diagnóstico clínico por duração dos sintomas compatíveis com uveíte atendidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021

Total (n=443)	$\leq 3$ Meses Limitada (n=359; 81,0%)	$> 3$ Meses Persistente (n=84; 19,0%)
<b>Não-Infecciosa</b> (n=67; 15,1%)	50 (74,6%)	17 (25,4%)
<b>Infecciosa</b> (n=263; 59,4%)	222 (84,4 %)	41 (15,6%)
<b>Idiopática</b> (n=113; 25,5%)	87 (77,0%)	26 (23,0%)

Foram desconsiderados os pacientes com dados impossíveis de serem determinados, pela ausência de informações nos prontuários médicos (n=19).

Ao se analisar o volume de atendimentos dos pacientes ao longo de seu seguimento, percebeu-se redução gradual ao longo do primeiro ano. Além disso, quando observadas as AVs dos olhos acometidos, descritas nesses retornos, verificou-se predomínio da AV  $\geq 20/40$  em todos eles (Figura 6).

**Figura 6** - Acuidade visual de olhos acometidos em cada visita de pacientes com uveíte atendidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021



Foram avaliados 554 olhos, desconsiderando-se os dados ausentes (10,2%, n=96). Ao se analisar a mudança da AV no olho acometido do caso novo, em comparação com a última avaliação registrada, evidenciou-se melhora estatisticamente significativa ( $p < 0,0001$ ) (Tabela 8). Essa mesma análise efetuada entre a AV inicial com a do retorno de 12 meses refletiu o mesmo padrão de melhora, com  $p < 0,0001$  pelo Teste de Bowker (Tabela 9), apesar do número absoluto reduzido em relação à análise anterior (n=227).

**Tabela 8** - Mudança de acuidade visual de olho acometido no caso novo em comparação com a última avaliação de pacientes com uveíte atendidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021

Acuidade Visual	$\geq 20/40$	20/50 A 20/160	$\leq 20/200$
<b>Inicial</b>	189 (42,8%)	113 (25,2%)	146 (32,6%)
<b>Final</b>	280 (62,5%)	81 (18,1%)	87 (19,4%)

**Tabela 9** - Mudança de acuidade visual de olho acometido no caso novo em comparação com o retorno de 12 meses de pacientes com uveíte atendidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021

Contagem % Total % Coluna % Linha	AV Inicial				
	$\geq 20/40$	20/50 A 20/160	$\leq 20/200$	Total	
AV em 12 meses	$\geq 20/40$	76	25	28	
		33.48	11.01	12.33	129
		90.48	41.67	33.73	56.83
	20/50 A 20/160	58.91	19.38	21.71	
		6	25	12	
		2.64	11.01	5.29	43
	$\leq 20/200$	7.14	41.67	14.46	18.94
		13.95	58.14	27.91	
		2	10	43	
	<b>Total</b>	0.88	4.41	18.94	55
		2.38	16.67	51.81	24.23
		3.64	18.18	78.18	
	84	60	83	227	
	37.00	26.43	36.56		

AV: Acuidade Visual.

Foram incluídos apenas os olhos com medidas em ambas as visitas (n=227). Foram desconsiderados os dados ausentes.

Na análise entre a frequência de complicações pelo término de tratamento nos pacientes do estudo, não se evidenciou associação estatisticamente significativa ( $p=0,27$ ). De maneira geral, a maior parte dos pacientes completou o tratamento (97,5%;  $n=271$ ) e não apresentaram complicações (62,9%;  $n=175$ ) (Tabela 10).

**Tabela 10** - Frequência de complicações pelo término de tratamento em pacientes com uveíte atendidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021

Total (n=278)		Completo o Tratamento?	
		Sim (n=271; 97,5%)	Não (n=7; 2,5%)
Presença de Complicações	Sim (n=103; 37,1%)	99 (96,1%)	4 (3,9%)
	Não (n=175; 62,9%)	172 (98,3%)	3 (1,7%)

Foram desconsiderados os dados não aplicáveis, referentes a doenças crônicas, inativas, ou em que o tratamento foi contraindicado, além dos casos impossíveis de serem determinados pela ausência de informações nos prontuários médicos ( $n=184$ ).

As complicações mais frequentes do estudo foram descolamento de retina (25,5%;  $n=41$ ), com predomínio do seroso (65,9%;  $n=27$ ). Em seguida, com frequências semelhantes, foram as sinéquias posteriores (20,5%;  $n=33$ ), catarata (19,3%;  $n=31$ ) e membrana epirretiniana (18,0%,  $n=29$ ). A Tabela 11 lista todas as complicações evidenciadas.

**Tabela 11** - Complicações decorrentes de uveíte em pacientes atendidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021

Complicações (n=161)	%	%
<b>Descolamento de Retina (n=41)</b>	25,5	Seroso (n=27) 65,9
		Regmatogênico (n=9) 22,0
		Tracional (n=5) 12,2
<b>Sinequias Posteriores (n=33)</b>	20,5	
<b>Catarata (n=31)</b>	19,3	
<b>Membrana Epirretiniana (n=29)</b>	18,0	
<b>Opacidades Vítreas Persistentes (n=23)</b>	14,3	
<b>Hipertensão Intraocular (n=20)</b>	12,4	
<b>Glaucoma (n=12)</b>	7,5	
<b>Edema Macular (n=10)</b>	6,2	
<b>Rotura Retiniana (n=8)</b>	5,0	
<b>Neovascularização de Retina e/ou Coroide (n=6)</b>	3,7	
<b>Hemorragia Vítreia (n=5)</b>	3,1	
<b>Oclusões Vasculares da Retina (n=4)</b>	2,5	
<b>Buraco Macular (n=3)</b>	1,9	
<b>Phthisis Bulbi (n=2)</b>	1,2	
<b>Ceratopatia em Faixa (n=1)</b>	0,6	

No que tange às comparações entre pacientes atendidos pela primeira vez durante a pandemia ou no período pré-pandemia, identificou-se que na pandemia houve maior frequência de casos limitados ( $p=0,0101$ ), unilaterais ( $p=0,0073$ ) e em atividade ( $p=0,0086$ ). Além disso, houve também menor índice de complicações quando comparado ao período pré-pandemia ( $p=0,0114$ ). Não se observou associação dos períodos com sexo, idade, cor da pele, etiologia, diagnóstico clínico e término do tratamento. Foram desconsiderados os pacientes com dados impossíveis de serem determinados pela ausência de informações nos prontuários médicos (duração dos sintomas e término de tratamento). Foram também desconsiderados dados não aplicáveis ao término de tratamento, uma vez que se referiam a doenças crônicas, inativas, ou em que o tratamento foi contraindicado. A Tabela 12 detalha essa análise.

**Tabela 12** - Comparação entre pacientes com uveíte que foram atendidos pela primeira vez no período pré-pandemia e aqueles atendidos durante a pandemia no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021

	Pré Pandemia (n = 381)	Pandemia (n = 81)	P-valor
<b>Sexo (n, %):</b>			
Feminino	193 (50,7)	38 (46,9)	0,54 (*)
Masculino	188 (49,3)	43 (53,1)	
<b>Idade (média, DP)</b>	43,6 (16,3)	46,1 (15,3)	0,19 (**)
<b>Cor da pele autodeclarada (n, %)</b>			
Amarela	1 (0,3)	0 (0,0)	0,60 (*)
Branca	269 (70,6)	52 (64,2)	
Parda	75 (19,7)	21 (25,9)	
Preta	36 (9,5)	8 (9,9)	
<b>Duração dos sintomas (n, %)</b>			
≤ 3 meses (limitada)	286 (78,8)	73 (91,3)	<b>0,0101 (*)</b>
> 3 meses (persistente)	77 (21,2)	7 (8,7)	
<b>Acometimento de caso novo (n, %)</b>			
Bilateral	76 (20,0)	6 (7,4)	<b>0,0073 (*)</b>
Unilateral	305 (80,0)	75 (92,6)	
<b>Atividade da doença (n, %)</b>			
Ativo	300 (78,7)	74 (91,4)	<b>0,0086 (*)</b>
Inativo	81 (21,3)	7 (8,6)	
<b>Diagnóstico etiológico (sim: n, %)</b>			
Toxoplasmose:	182 (47,8)	44 (54,3)	0,28 (*)
Sífilis:	17 (4,5)	4 (5,0)	0,85 (*)
Tuberculose:	8 (2,1)	3 (3,7)	0,39 (*)
Idiopática:	110 (28,9)	21 (25,9)	0,59 (*)
HLA-B27	8 (2,1)	1 (1,2)	0,61 (*)
<b>Complicações (sim: n, %)</b>	143 (42,4)	18 (26,1)	<b>0,0114 (*)</b>
<b>Diagnóstico clínico (n, %)</b>			
Idiopática	100 (26,3)	19 (23,5)	0,38 (*)
Infecciosa	220 (57,7)	53 (65,4)	
Não-infecciosa	61 (16,0)	9 (11,1)	
<b>Completo tratamento (sim: n, %)</b>	225 (97,4)	48 (94,1)	0,23 (*)

(\*): Teste Qui-quadrado; (\*\*): Teste t de Student;

Foram desconsiderados os pacientes com dados impossíveis de serem determinados pela ausência de informações nos prontuários médicos (duração dos sintomas e término de tratamento). Foram também desconsiderados os dados não aplicáveis ao término de tratamento, uma vez que eram referentes a doenças crônicas, inativas, ou em que o tratamento foi contraindicado.

Em relação à alteração da AV de olhos acometidos nesses períodos, observou-se que não houve mudança no perfil das AVs iniciais, tanto na pandemia quanto no período pré-pandêmico. Houve predomínio de  $AV \geq 20/40$ , com frequências semelhantes das demais categorias. No entanto, ao serem analisados os desfechos visuais, tanto no retorno de 12 meses de seguimento quanto no último retorno registrado em prontuário, observou-se discreta piora no perfil das AVs finais.

No retorno de 12 meses de acompanhamento, notou-se redução na frequência de  $AV \geq 20/40$  e aumento na categoria de AV 20/50 a 20/160 durante a pandemia. Houve também redução nas  $AV \leq 20/200$ . Tais associações apresentaram índice de significância de  $p=0,0078$ . É importante salientar que essa análise foi realizada com número reduzido de olhos, uma vez que 317 olhos foram excluídos devido a ausência de dados nos prontuários médicos.

Em relação ao último retorno registrado, percebeu-se o mesmo padrão de redução na frequência de  $AV \geq 20/40$  e aumento na categoria de AV 20/50 a 20/160 durante a pandemia. No entanto, diferentemente da análise de 12 meses de seguimento, não se observou redução significativa na frequência de  $AV \leq 20/200$  durante a pandemia. O índice de significância foi  $p=0,0464$  para esta análise. A Tabela 13 ilustra essas associações.



**Tabela 13** - Comparação entre as acuidades visuais dos olhos acometidos na primeira avaliação e na última, nos períodos pré-pandemia e durante a pandemia, de pacientes com uveíte atendidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021

	Pré-Pandemia (n = 457)	Pandemia (n = 87)	P-valor
<b>AV Inicial (n, %):</b>			
≥ 20/40	201 (44,3)	36 (41,4)	0,32 (*)
20/50 a 20/160	107 (23,6)	27 (31,0)	
≤ 20/200 (3 excluídos)	146 (32,2)	24 (27,6)	
<b>AV 1 ano (n, %):</b>			
≥ 20/40	114 (59,1)	15 (44,1)	<b>0,0078 (*)</b>
20/50 a 20/160	30 (15,5)	13 (38,2)	
≤ 20/200 (317 excluídos)	49 (25,4)	6 (17,7)	
<b>AV Final (n, %):</b>			
≥ 20/40	240 (64,3)	40 (53,3)	<b>0,0464 (*)</b>
20/50 a 20/160	60 (16,1)	21 (28,0)	
≤ 20/200 (96 excluídos)	73 (19,6)	14 (18,7)	

AV: Acuidade Visual

Foram desconsiderados os pacientes com dados impossíveis de serem determinados pela ausência de informações nos prontuários médicos.

A Tabela 14 apresenta os resultados da análise de regressão logística binária, visando examinar as variáveis associadas à AV final dos pacientes do estudo, ou seja, à AV obtida da última consulta médica registrada. A análise se deu com base na categoria de AV final  $\leq 20/200$  como “pior” *versus* as categorias de  $AV \geq 20/40$  e AV 20/50 a 20/160 como “melhores”; compreendendo 429 olhos, e os resultados foram interpretados com base nos *Odds Ratio* (OR), intervalos de confiança de 95% (IC 95%), e valores de p.

Dentre as variáveis consideradas, destaca-se o sexo como fator significativamente associado à AV final. Os olhos dos pacientes do sexo masculino demonstraram mais chances de apresentar AV final desfavorável em comparação com os olhos dos pacientes do sexo feminino (OR=1.97, p=0.0034). No que diz respeito à idade, pacientes com idade superior a

60 anos apresentaram mais chances de ter AV final comprometida em relação àqueles com idades entre 18 e 40 anos (OR=4.2, p=0.0013). Contudo, não foram identificadas associações estatisticamente significativas para a faixa etária de 41 a 60 anos (OR=1.27, p=0.51).

Outras variáveis, como cor da pele, duração da uveíte, lateralidade, atividade da doença, etiologia (infecciosa, não infecciosa e idiopática) e sítio primário, não apresentaram associações estatisticamente significativas com a AV final.

A análise também enfatizou as categorias da AV inicial, revelando associações altamente significativas. Notavelmente, AVs iniciais inferiores a 20/200 estiveram fortemente associadas a desfechos visuais adversos (OR=51.30, p<0,0001). AVs iniciais mais baixas foram fortemente associadas a resultados finais menos favoráveis. Em síntese, foram observados como fatores de risco para AV final  $\leq 20/200$ : sexo masculino, idade avançada e AV inicial baixa. A regressão logística binária foi realizada para investigar se a AV final (Melhor:  $\geq 20/40$  e  $20/50$  a  $20/160$  versus Pior:  $\leq 20/200$ ) pode ser prevista por fatores clínicos e demográficos (Tabela 14). O modelo foi significativo ( $\chi^2 = 157,1$ ; p<0,0001, RSquare (U) = 0,37), sendo capaz de prever adequadamente 86,2% dos casos. Na análise ROC (*Receiver Operating Characteristic*), a área sob a curva (AUC) foi de 0,89.

**Tabela 14** - Regressão logística binária das variáveis associadas à acuidade visual final de pacientes com uveíte atendidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021 (429 olhos)

Variável	OR	OR (IC 95%)		P-Valor
		Inferior	Superior	
Sexo [M/F]	1.97	1.05	3.71	<b>0.0034</b>
Idade [41-60/18-40]	1.27	0.62	2.59	0.51
Idade [>60/18-40]	4.2	1.75	10.08	<b>0.0013</b>
Cor da pele [parda/branca]	0.67	0.30	1.46	0.31
Cor da pele [preta/branca]	0.69	0.21	2.37	0.56
Duração [>3m / <= 3m]	2.33	0.99	5.48	0.0527
Acometimento [bilateral/unilateral]	1.25	0.57	2.74	0.58
Atividade [ativa/inativa]	0.68	0.20	2.23	0.52
Etiologia [infeciosa/ não infecciosa]	1.06	0.35	3.19	0.92
Etiologia [idiopática / não infecciosa]	0.77	0.24	2.45	0.66
Etiologia [infeciosa / idiopática]	1.38	0.44	4.23	0.58
Sítio [posterior/outros]	0.99	0.40	2.46	0.98
AV inicial [ $\leq 20/200$ / $\geq 20/40$ ]	51.30	16.44	160.10	<b>&lt;0,0001</b>
AV inicial [20/50 a 20/160 / $\geq 20/40$ ]	4.2	1.15	15.49	<b>0,0297</b>
AV inicial [ $\leq 20/200$ / 20/50 a 20/160]	12.1	5.22	28.25	<b>&lt;0,0001</b>

**OR:** Odds Ratio (Pior/Melhor); (**0:**  $\geq 20/40$  e 20/50 a 20/160; **1:**  $\leq 20/200$ ); **AV:** Acuidade Visual. Nesta análise, optou-se por ocultar a categoria “cor amarela” pela ausência de registros identificados.

A regressão logística binária foi realizada para investigar se a AV final (Melhor:  $\geq 20/40$  e 20/50 a 20/160 versus Pior:  $\leq 20/200$ ) pode ser prevista por fatores clínicos e demográficos, conforme descrito na Tabela 13. O modelo foi significativo ( $\chi^2 = 157,1$ ;  $p < 0,0001$ , RSquare (U) = 0,37), sendo capaz de prever adequadamente 86,2 % dos casos. Na análise ROC, a área sob a curva (AUC) foi de 0,89.

Vale ressaltar que, como a variável da AV inicial mostrou associação muito importante com a AV final (Tabela 14), pode-se inferir que ela atenua, de certa forma, associações menos gritantes. Em vistas disso, a Tabela 15 explora a mesma análise, mas desconsiderando a variável da AV inicial.

Comparativamente, observou-se que o sexo masculino se manteve como fator de risco, assim como a idade avançada. Por outro lado, surgiram como fatores de risco: a duração > 3 meses (OR=2,57, p=0,0046) e a etiologia infecciosa (OR=2,74, p=0,0111).

**Tabela 15** - Regressão logística binária das variáveis associadas à acuidade visual final de pacientes com uveíte atendidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, no período de janeiro de 2018 a junho de 2021 (429 olhos)

Variável	OR	OR (IC 95%)		P-Valor
		Inferior	Superior	
Sexo [M/F]	2.21	1.29	3.75	<b>0.0036</b>
Idade [41-60/18-40]	1.85	1.01	3.40	<b>0.0488</b>
Idade [>60/18-40]	6.01	2.87	12.56	<b>&lt;0.0001</b>
Cor da pele [parda/branca]	1.06	0.54	2.08	0.86
Cor da pele [preta/branca]	0.68	0.27	1.74	0.42
Duração [>3m / <= 3m]	2.57	1.34	4.93	<b>0.0046</b>
Acometimento [bilateral/unilateral]	1.15	0.62	2.15	0.66
Atividade [ativa/inativa]	0.95	0.42	2.16	0.90
Etiologia [infecciosa/não infecciosa]	2.74	1.26	5.96	<b>0.0111</b>
Etiologia [idiopática/não infecciosa]	0.91	0.39	2.16	0.83

**OR:** Odds Ratio (Pior/Melhor); (**0:**  $\geq 20/40$  e  $20/50$  a  $20/160$ ; **1:**  $\leq 20/200$ ); **AV:** Acuidade Visual. Nesta análise, optou-se por ocultar a categoria “cor amarela” pela ausência de registros identificados.

A regressão logística binária foi realizada para investigar se a AV final (Melhor:  $\geq 20/40$  e  $20/50$  a  $20/160$  versus Pior:  $\leq 20/200$ ) pode ser prevista por fatores clínicos e demográficos, conforme descrito na Tabela 12. O modelo foi significativo ( $\chi^2 = 48,0$ ;  $p < 0,0001$ , RSquare (U) = 0,11), sendo capaz de prever adequadamente 81,4% dos casos. Na análise ROC, a área sob a curva (AUC) foi de 0,74.

Reproduzindo a mesma análise da Tabela 14, mas dessa vez para analisar as variáveis associadas à AV obtida no retorno de 12 meses de seguimento, também se observou mudança nos fatores de risco. Vale ressaltar que essa análise compreendeu 219 olhos, ao passo que a da Tabela 14 compreendeu 429, o que pode ter comprometido os resultados. Na Tabela 16 nota-

se que a única variável apresentada como fator de risco foi a AV inicial desfavorável, com destaque para AV  $\leq 20/200$  ( $p < 0,0001$ ).

**Tabela 16** - Regressão logística binária das variáveis associadas à acuidade visual de 12 meses de pacientes com uveíte atendidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, de janeiro de 2018 a junho de 2021 (219 olhos)

VARIÁVEL	OR	OR (IC 95%)		P-Valor
		Inferior	Superior	
Sexo [M/F]	1.09	0.47	2.48	0.84
Idade [41-60/18-40]	1.33	0.53	3.39	0.54
Idade [ $>60/18-40$ ]	2.64	0.86	8.05	0.08
Cor da pele [parda/branca]	1.08	0.40	2.89	0.88
Cor da pele [preta/branca]	0.56	0.09	3.32	0.52
Duração [ $>3m / \leq 3m$ ]	1.96	0.70	5.46	0.19
Acometimento [bilateral/unilateral]	2.07	0.71	6.07	0.18
Atividade [ativa/inativa]	0.44	0.09	2.07	0.30
Etiologia [infecciosa/ não infecciosa]	1.13	0.30	4.22	0.86
Etiologia [idiopática / não infecciosa]	0.43	0.11	1.64	0.22
Etiologia [infecciosa/idiopática]	2.62	0.68	9.99	0.16
Sítio [posterior/outros]	0.35	0.12	1.02	0.06
AV inicial [ $\leq 20/200 / \geq 20/40$ ]	85.2	15.6	464.47	<b>&lt;0,0001</b>
AV inicial [20/50 a 20/160 / $\geq 20/40$ ]	11.54	2.07	64.33	<b>0,0053</b>
AV inicial [ $\leq 20/200 / 20/50$ a 20/160]	7.38	2.8	19.3	<b>&lt;0,0001</b>

**OR:** Odds Ratio (Pior/Melhor); (**0:**  $\geq 20/40$  e 20/50 a 20/160; **1:**  $\leq 20/200$ ); **AV:** Acuidade Visual. Nesta análise, optou-se por ocultar a categoria “cor amarela” pela ausência de registros identificados.

A regressão logística binária foi realizada para investigar se a AV final (Melhor:  $\geq 20/40$  e 20/50 a 20/160 versus Pior:  $\leq 20/200$ ) pode ser prevista por fatores clínicos e demográficos, conforme descrito na Tabela 14. O modelo foi significativo ( $\chi^2 = 75,8$ ;  $p < 0,0001$ , RSquare (U) = 0,32), sendo capaz de prever adequadamente 81,7 % dos casos. Na análise ROC, a área sob a curva (AUC) foi de 0,86.

## ***5. Discussão***

---

O presente estudo proporcionou, não apenas a avaliação do perfil das uveítes em pacientes atendidos no Ambulatório de Uveítes do HCFMRP-USP, mas também abriu margem para a discussão sobre a organização desse serviço terciário, que absorve grande parte dos casos da região. De todos os prontuários revisados, 23,1% foram excluídos e, desses, 75,5% o foram devido à ausência de uveíte diagnosticada. Isso pode ser devido ao fato de que o Ambulatório recebe muitos pacientes encaminhados por outras especialidades do hospital, como Infectologia e Reumatologia, para investigação de manifestações oculares das doenças de base, que muitas vezes não se confirmam. Outro motivo pode ser devido ao encaminhamento de pacientes que apresentavam uveíte, mas que se resolveu até passarem em avaliação no serviço, ou até mesmo encaminhamento inadequado pela rede.

Por outro lado, observou-se que os pacientes que de fato apresentavam uveíte, em sua maioria com quadros em atividade, evoluíram com melhora da AV ao longo do tratamento. Além disso, a maioria completou o tratamento e não apresentou complicações. Isso ilustra a boa experiência do serviço em termos de assertividade nos diagnósticos e boas condutas terapêuticas, apesar das dificuldades inerentes à especialidade (Chang; Wakefield, 2002; Gonzalez Fernandez et al., 2017; Maruyama, 2019). Isso, de certa forma, traz credibilidade aos resultados obtidos neste estudo.

Com relação ao perfil dos pacientes, notou-se que, em consonância com a literatura (Chang; Wakefield, 2002), a faixa etária mais frequente foi de adultos jovens, sem diferenças entre os sexos. Reforça-se, assim, a relevância das uveítes para o cenário da saúde pública; considerando-se, este, importante acometimento da população economicamente ativa.

As formas mais comuns foram as posteriores, infecciosas e unilaterais, o que condiz com a maior frequência da Toxoplasmose que, por sua vez, é especialmente prevalente na América do Sul, particularmente no Brasil, na Argentina e Colômbia (Fernandes, 1995; de-la-Torre et al., 2009; Gonzalez Fernandez et al., 2017). A segunda classificação mais frequente foram as uveítes anteriores, o que também faz sentido considerando-se a predominância das etiologias idiopáticas, uma vez que as uveítes anteriores são o tipo mais comum nos países ocidentais, sendo a forma idiopática a mais frequente, geralmente representando mais da metade dos casos (Chang; Wakefield, 2002; Wakefield; Chang, 2005).

De forma geral, acredita-se que as uveítes anteriores representam a forma mais comum de inflamação intraocular, seguidas pelas posteriores, pan uveítes e intermediárias (Misericchi E et al., 2013). Contudo, vale ressaltar que grande parte das uveítes anteriores

---

consiste em casos mais leves, com menos sintomas e, eventualmente, até autolimitados. Assim, muitos desses casos não chegam a ser referenciados ao HCFMRP-USP, um serviço terciário com alta demanda de casos graves.

Houve associação estatisticamente significativa entre o sexo feminino e esclerites, Lupus Eritematoso Sistêmico e etiologias idiopáticas. Isso pode ser atribuído à resposta imune diferenciada das mulheres em relação a traumas e infecções em comparação com os homens (Miserochi E et al., 2013). Enquanto o estrogênio está associado ao aumento da resposta autoimune, os androgênios têm o efeito oposto, suprimindo essa resposta. Além disso, evidências recentes sugerem relação entre os níveis de estrogênio e a autoimunidade, indicando que níveis mais baixos podem estimular a resposta autoimune, ao passo que níveis mais elevados a inibem (Hwang et al., 2012; Jones, 2015).

Este estudo ainda foi capaz de determinar, por meio de análises estatisticamente significativas, fatores de risco associados a desfechos visuais ruins, destacando-se o sexo masculino, a idade avançada e AV inicial ruim, particularmente  $\leq 20/200$ . Pode-se considerar, também, que etiologias infecciosas e quadros persistentes, com duração  $> 3$  meses podem ter associação menos importante. Estes dados são de grande importância, uma vez que permitem um olhar mais atento aos pacientes que se apresentem dessa forma logo na primeira avaliação. Assim, pode-se considerar medidas terapêuticas mais agressivas e seguimento precoce desde o início do tratamento, a fim de se evitarem desfechos visuais tão desfavoráveis.

Ressalta-se, aqui, o sexo masculino e a etiologia infecciosa como fatores de risco, uma vez que há poucos dados na literatura que embasem esses resultados. Considerando-se que a toxoplasmose também compreende a etiologia predominante no presente estudo, cabe aqui fazer um paralelo entre esses resultados. Em estudo recente (Lyons et al., 2023), observou-se que pacientes do sexo masculino com toxoplasmose apresentaram tendência a manifestações atípicas da doença, apesar de os autores apontarem para características que sugerem maior gravidade no sexo feminino. A conjunção desses achados com dados da literatura (Arruda et al., 2021), que identificaram manifestações atípicas da toxoplasmose como preditivas de desfechos visuais menores ou iguais a 20/200, suscita a reflexão sobre a possibilidade de o sexo masculino ser fator de risco para a perda visual. Apesar da dificuldade em se encontrarem publicações que abordem fatores de risco associados ao sexo, alguns estudos destacam o gênero masculino como fator de risco consistente para perda visual em condições



---

como uveíte associada ao HLA-B27 (Loh; Acharya, 2010) e doença de Behçet (Taylor et al., 2011).

A literatura aponta alguns estudos que identificam a idade avançada como fator de risco para desfechos visuais desfavoráveis (Durrani et al., 2004; Arruda et al., 2021; De Angelis et al., 2021). Especificamente na toxoplasmose, um estudo (Arruda et al., 2021) levanta a hipótese de essa associação ser decorrente da relação existente entre a idade e o maior índice de recorrências da doença. Nesse sentido, as recorrências poderiam potencializar a perda visual decorrente da doença. Outro estudo (De Angelis et al., 2021) aponta ainda que foram observadas lesões mais extensas com maior frequência em idosos, o que poderia estar associado à resposta imunológica reduzida (Holland, 2004), ou ainda por lesões confluentes decorrentes de múltiplas recorrências.

A inflamação crônica tem sido consistentemente identificada como fator de risco significativo para a perda de visão em todos os tipos anatômicos de uveíte (Durrani et al., 2004; Gritz; Wong, 2004; Loh; Acharya, 2010; Tomkins-Netzer et al., 2014), o que reforça a associação entre duração dos sintomas > 3 meses com desfechos visuais desfavoráveis. Além disso, outro estudo (Al-Ani et al., 2020) também destaca a idade avançada, uveíte anterior crônica, etiologia infecciosa e baixa AV inicial como fatores de risco multivariados significativos para a perda permanente de visão.

Durante a pandemia, observou-se maior frequência de casos limitados, unilaterais e ativos. Contudo, o mais provável, na verdade, é que vieram menos casos persistentes, bilaterais e inativos. Assim, a pandemia teria funcionado como um filtro para quadros com sintomas menos exuberantes, a ponto de levarem o paciente ao hospital durante o terror instaurado pela pandemia. Era de se esperar que, considerando o menor volume de atendimentos nesse período, houvesse maior número de complicações. No entanto, as estatísticas evidenciaram o oposto, com menos complicações diagnosticadas. Pode-se levantar a hipótese de que, como grande parte das complicações envolvem poucos sintomas, como sinéquias posteriores, ou sintomas com evolução mais lenta, como catarata, muitos desses pacientes não chegaram a ser diagnosticados com tais complicações, levando a essa quebra de expectativa. Por outro lado, como esperado, o estudo mostrou que durante a pandemia houve mudança para pior no perfil das AVs finais, com redução da categoria AV  $\geq$  20/40 e aumento na de AV 20/50 a 20/160. A mudança adversa no perfil das AVs finais durante esse período

ressalta a importância da continuidade do acompanhamento oftalmológico, mesmo em situações desafiadoras como uma pandemia.

Diante da existência de poucos estudos na literatura que reportem os achados e destaquem suas diferenças entre os sexos, assim como a determinação de desfechos visuais e de fatores de risco para desfechos visuais ruins, este estudo ganha importância ao ajudar a preencher tais lacunas na literatura; pois foi capaz de determinar os fatores de risco associados a prognósticos visuais desfavoráveis e contribuiu para a compreensão dos elementos críticos que influenciam os desfechos desses pacientes, além de fornecer análises diferenciadas entre os sexos.

Este estudo enfrentou limitações devido ao seu desenho retrospectivo, concentrando-se em uma análise de pacientes de um único centro. Isso, contudo, contribuiu para a definição do perfil dos pacientes atendidos no serviço, como proposto nos objetivos. Esta abordagem também apresentou vieses associados à coleta retrospectiva de dados, com ausência de informações importantes nos prontuários, potenciais distorções devido ao encaminhamento seletivo, variações no tratamento e diagnóstico, confusões em análises e disparidades no acompanhamento, impactando as generalizações que poderiam ser feitas a partir dos resultados.

O presente estudo encontrou, ainda, dificuldades na coleta dos dados, uma vez que a maior parte dos registros desse período constavam em prontuários físicos que, por sua vez, podiam ser acessados apenas no serviço responsável pelo arquivamento. Devido a restrições no horário de funcionamento, isso foi um fator que interferiu na velocidade com que essa fase do projeto pôde ser concluída.

Os dados obtidos neste estudo não apenas ampliam o conhecimento sobre as uveítes, mas também fornecem subsídios para aprimorar a eficácia do serviço de saúde oftalmológica em uveítes, promovendo aprimoramentos na organização, determinação precoce de pacientes com desfechos visuais potencialmente desfavoráveis e manejo adequado; visando, assim, otimizar os resultados visuais e a qualidade de vida desses pacientes.

Diante das limitações e dificuldades desta pesquisa, destaca-se a importância de mais estudos na literatura que explorem mais detalhadamente as variações de desfechos visuais e fatores de risco específicos para homens e mulheres com uveítes. Isso pode incluir uma análise mais granular das características clínicas e de respostas ao tratamento.

É fundamental, também, a realização de estudos de validação externa para confirmar a generalização dos fatores de risco identificados neste estudo. A replicação dos resultados em diferentes populações fortalecerá a robustez das conclusões e aumentará a confiança na aplicabilidade prática.

Além disso, aprofundar a compreensão da progressão das uveítes ao longo do tempo, com estudos longitudinais prospectivos, poderia ser benéfico. Isso envolveria a documentação rigorosa e criteriosa das AVs desde o início do seguimento, de forma a viabilizar a investigação de como os fatores de risco identificados impactam os desfechos visuais e se há mudanças ao longo do tempo que podem influenciar a abordagem clínica. Isso melhoraria os vieses na coleta de dados de estudos retrospectivos.

Pesquisas futuras podem também se concentrar em avaliar a eficácia de intervenções específicas com base nos fatores de risco identificados, incluindo estratégias preventivas ou terapêuticas direcionadas a otimizar os resultados visuais em pacientes com prognósticos inicialmente desfavoráveis. Dessa forma, a literatura científica de beneficiaria com melhor entendimento sobre uveítes, proporcionando uma base mais sólida para melhorias na prestação de cuidados oftalmológicos e, por conseguinte, aprimorando a qualidade de vida dos pacientes.

## ***6. Conclusões***

---

Este estudo foi capaz de identificar a frequência e descrever detalhadamente o perfil clínico das uveítes em pacientes atendidos durante o período estipulado, permitindo um panorama dessa condição na região estudada. Além disso, ao determinar os fatores de risco associados a prognósticos visuais desfavoráveis, contribuiu para a compreensão dos elementos críticos que influenciam os desfechos desses pacientes. Assim, ajudou a preencher lacunas na literatura ao fornecer dados carentes, como análises diferenciadas entre os sexos, relatos de desfechos visuais e a identificação de fatores de risco para desfechos visuais desfavoráveis.

A análise das mudanças ocasionadas pela pandemia do COVID-19 no volume de atendimentos e no perfil dos pacientes atendidos, proporcionou melhor compreensão dos impactos específicos do contexto pandêmico na abordagem e nos desfechos das uveítes.

Essas informações enriquecem o conhecimento existente sobre uveítes, oferecendo *insights* para orientar futuras pesquisas e práticas clínicas.

## ***7. Referências Bibliográficas<sup>1</sup>***

---

---

<sup>1</sup>Elaboradas de acordo com as Diretrizes para Apresentação de Dissertações e Teses da USP: Documento Eletrônico e Impresso - Parte IV (Vancouver) 3ª ed. São Paulo: SIBi/USP, 2016.

- Al-Ani HH et al. Vision loss in anterior uveitis. *Br J Ophthalmol*. 2020;104(12):1652-7.
- Arruda S et al. Clinical manifestations and visual outcomes associated with ocular toxoplasmosis in a Brazilian population. *Sci Rep*. 2021;11(1):3137.
- Chang JH, Wakefield D. Uveitis: a global perspective. *Ocul Immunol Inflamm*. 2002;10(4):263-79.
- De Angelis RE et al. Frequency and visual outcomes of ocular toxoplasmosis in an adult Brazilian population. *Sci Rep*. 2021;11(1):3420.
- de-la-Torre A et al. Clinical patterns of uveitis in two ophthalmology centres in Bogota, Colombia. *Clin Exp Ophthalmol*. 2009;37(5):458-66.
- Durrani OM et al. Degree, duration, and causes of visual loss in uveitis. *Br J Ophthalmol*. 2004;88(9):1159-62.
- Fernandes LC. Aspectos clínicos e epidemiológicos das uveítes, em serviços de referência em Belo Horizonte de 1970 a 1993. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1995.
- Gonzalez Fernandez D et al. Uveitis in São Paulo, Brazil: 1053 new patients in 15 months. *Ocul Immunol Inflamm*. 2017;25(3):382-7.
- Gritz DC, Wong IG. Incidence and prevalence of uveitis in Northern California; the Northern California Epidemiology of Uveitis Study. *Ophthalmology*. 2004;111(3):491-500; discussion 500.
- Holland GN. Ocular toxoplasmosis: a global reassessment. Part II: disease manifestations and management. *Am J Ophthalmol*. 2004;137(1):1-17.
- Hwang DK et al. Epidemiology of uveitis among the Chinese population in Taiwan: a population-based study. *Ophthalmology*. 2012;119(11):2371-6.
- Jabs DA et al. Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data. Results of the First International Workshop. *Am J Ophthalmol*. 2005;140(3):509-16.
- Jones NP. The Manchester Uveitis Clinic: the first 3000 patients--epidemiology and casemix. *Ocul Immunol Inflamm*. 2015;23(2):118-26.
- Lee CS et al. Patterns of Laboratory testing utilization among uveitis specialists. *Am J Ophthalmol*. 2016;170:161-167.
- Loh AR, Acharya NR. Incidence rates and risk factors for ocular complications and vision loss in HLA-B27-associated uveitis. *Am J Ophthalmol*. 2010;150(4):534-542.e2.
- Lyons MR et al. Impact of gender on clinical features and outcomes of ocular toxoplasmosis. *Br J Ophthalmol*. 2023 May 24;bjoo-2023-323227. Epub ahead of print.

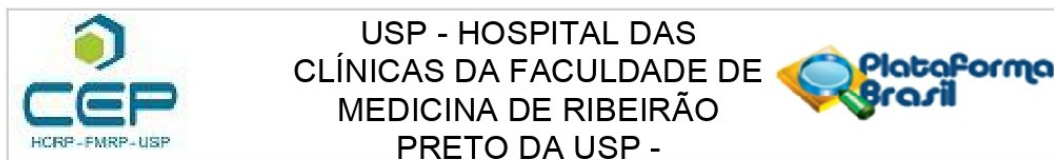
- Maruyama K. Current standardized therapeutic approach for uveitis in Japan. *Immunol Med.* 2019;42(3):124-34.
- Miserocchi E et al. Review on the worldwide epidemiology of uveitis. *Eur J Ophthalmol.* 2013;23(5):705-17.
- Selmi C. Diagnosis and classification of autoimmune uveitis. *Autoimmun Rev.* 2014;13(4-5):591-4.
- Sève P et al. Uveitis: Diagnostic work-up. A literature review and recommendations from an expert committee. *Autoimmun Rev.* 2017;16(12):1254-64.
- Silva LM et al. Visual impairment from uveitis in a reference hospital of Southeast Brazil: a retrospective review over a twenty years period. *Arq Bras Oftalmol.* 2013;76(6):366-9.
- Taylor SR et al. Behçet disease: visual prognosis and factors influencing the development of visual loss. *Am J Ophthalmol.* 2011;152(6):1059-66.
- Tomkins-Netzer O et al. Long-term clinical outcome and causes of vision loss in patients with uveitis. *Ophthalmology.* 2014;121(12):2387-92.
- Tsirouki T et al. A Focus on the epidemiology of uveitis. *Ocul Immunol Inflamm.* 2018;26(1):2-16.
- Wakefield D, Chang JH. Epidemiology of uveitis. *Int Ophthalmol Clin.* 2005;45(2):1-13.



## ***8. Anexo***

---

## COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Frequência, características clínicas e fatores de risco para deficiência visual das diversas causas de uveítes no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto

**Pesquisador:** LAURA ARANTES BRAGA

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 52655521.2.0000.5440

**Instituição Proponente:** Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP -

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.594.295

#### Apresentação do Projeto:

##### INTRODUÇÃO

Uveíte caracteriza-se por um processo inflamatório intraocular do trato uveal, podendo acometer tanto segmento anterior como posterior. Elas podem ser primárias ou secundárias a condições variadas<sup>1</sup>, desde causas infecciosas locais a autoimunes sistêmicas<sup>2</sup>. Em estudo realizado no Hospital São Paulo, na cidade de São Paulo, as etiologias infecciosas compreendem 43,3% das uveítes, sendo as mais frequentes toxoplasmose (24%), sífilis (6%) e tuberculose (5,2%). Dentre as não infecciosas, as mais prevalentes são Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (7,5%), artrite idiopática juvenil (6,3%) e espondiloartropatias (6,3%)<sup>3</sup>. Neste mesmo hospital, as uveítes são a segunda causa mais frequente de encaminhamentos para clínicas de reabilitação visual, tendo os pacientes encaminhados uma média de 25,5 anos de idade<sup>4</sup>. As uveítes chegam a ser responsáveis por 10 a 20% das causas de cegueira nos Estados Unidos,<sup>5</sup> e a 25% em países em desenvolvimento, como a Índia<sup>6</sup>. Em estudo recente realizado em nosso ambulatório, por exemplo, 1 a cada 4 olhos com toxoplasmose ocular apresentava cegueira<sup>7</sup>. Acredita-se que 1 a cada 4500 pessoas apresente uveíte, e seu aparecimento ocorra mais frequentemente na faixa etária de 20–60 anos, sem diferenças significativas entre os gêneros<sup>8</sup>. Apesar da baixa prevalência, o acometimento da população em idade economicamente ativa e a desfechos visuais potencialmente desfavoráveis levam a um impacto socioeconômico importante à sociedade<sup>4</sup>.

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO

**Bairro:** MONTE ALEGRE

**CEP:** 14.048-900

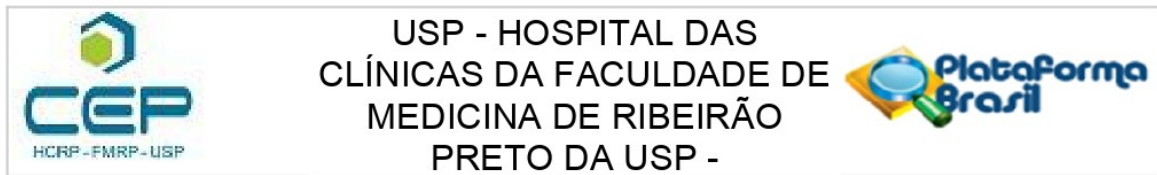
**UF:** SP

**Município:** RIBEIRAO PRETO

**Telefone:** (16)3602-2228

**Fax:** (16)3633-1144

**E-mail:** cep@hcrp.usp.br



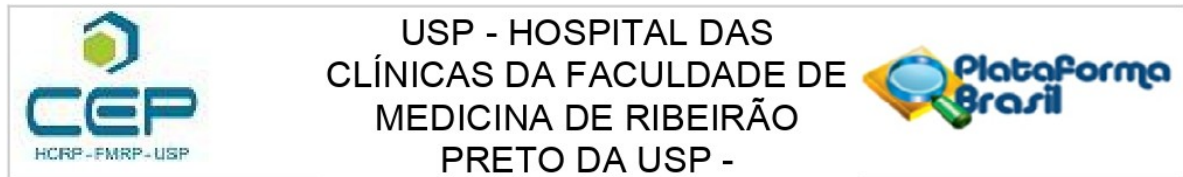
Continuação do Parecer: 5.594.295

Dessa forma, considera-se que as uveítes são um problema de saúde pública de grande relevância. Contudo, faltam na literatura estudos que forneçam dados mais precisos no que tange a frequência dos diversos tipos de uveítes, e os fatores de risco para deficiência visual<sup>9</sup>. A heterogeneidade dos estudos se deve principalmente a variações geográficas, diferenças nos critérios utilizados para inserção de pacientes nos estudos que abordam o tema<sup>8, 10</sup> e ao fato de que muitas vezes as recomendações envolvendo os diagnósticos derivam da experiência das instituições e de estudos retrospectivos, sem critérios bem definidos<sup>10</sup>. Estudos mostram

que diferentes especialistas, quando em face de cenários clínicos semelhantes, optam por meios distintos de investigação e de exames complementares<sup>11</sup>. O estabelecimento de um diagnóstico etiológico nas uveítes não é tarefa simples<sup>10</sup>. Determinar o agente etiológico responsável pela doença muitas vezes exige procedimentos invasivos<sup>12</sup> ou exames complexos nem sempre disponíveis a todos os serviços<sup>8,9,12</sup>. Dessa forma, regiões que não dispõem de recursos mais elaborados para uma investigação mais aprofundada costumam apresentar índices mais elevados das formas idiopáticas<sup>8,9</sup>. A prevalência das uveítes anteriores idiopáticas pode chegar a 50-60% das uveítes em países ocidentais<sup>8</sup>, e em levantamento realizado pela Universidade de São Paulo (UNIFESP) em 2017, foi evidenciado que as mesmas apresentam uma frequência de 9,8% no total dos casos atendidos no ambulatório de uveítes<sup>3</sup>. O perfil etiológico das uveítes depende de fatores ambientais, culturais e genéticos<sup>8</sup>. Logo, a familiaridade com os padrões locais envolvendo os fatores associados à etiologia das uveítes é de vital importância, uma vez que o raciocínio diagnóstico deve ser direcionado para as doenças mais frequentes e para aquelas em que o diagnóstico implica tratamentos específicos<sup>10</sup>. Dessa forma, torna-se viável o estabelecimento de planos terapêuticos mais assertivos. Ocorre, contudo, que não há na literatura estudos suficientes para a determinação das peculiaridades da região de Ribeirão Preto no que tange a frequência das uveítes, fazendo com que tenhamos que nos basear em dados de estudos de outras regiões e instituições, como os dados gerados no Hospital São Paulo, em São Paulo<sup>3</sup>, para nortear o raciocínio clínico em nosso serviço. Estudos analisando as causas de uveítes em ambulatórios especializados mostram que a frequência e o perfil das patologias mudam com o passar do tempo<sup>8,3</sup>. Dessa forma, o atual projeto poderá servir de base para a elaboração de futuros estudos a fim de se estabelecer potenciais correlações e apontar eventuais mudanças no perfil clínico das uveítes em Ribeirão Preto e região no decorrer dos anos. Tendo em vista as dificuldades expostas acima, o contexto da pandemia da covid-19 torna o cenário ainda mais complicado. Se o desfecho visual das uveítes já

mostra, em estudos, um alto índice de deficiência visual e cegueira em condições de atendimentos

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO  
**Bairro:** MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900  
**UF:** SP **Município:** RIBEIRAO PRETO  
**Telefone:** (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 5.594.295

e serviços de saúde funcionando normalmente, na pandemia há de se esperar mudanças na frequência das uveítes, nos dados demográficos e nos desfechos visuais. O projeto em questão objetiva, portanto, descrever a frequência das diversas causas de uveítes em pacientes do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, avaliando os fatores de risco para o desenvolvimento de desfechos visuais desfavoráveis. Acreditamos que os resultados encontrados serão úteis para planejamento do ambulatório, assim como na tomada de decisões clínicas e aconselhamento dos pacientes assistidos em nosso serviço.

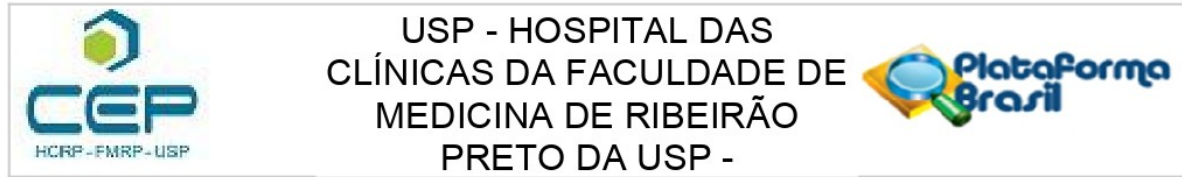
#### HIPÓTESE

Espera-se que o perfil clínico das uveítes se assemelhe ao encontrado em estudos realizados em instituições de São Paulo, sendo a etiologia mais frequente toxoplasmose e a faixa etária correspondente a da população economicamente ativa. Espera-se baixa acuidade visual significativa em decorrência da doença, com fatores de pior prognóstico a serem identificados no estudo. Espera-se redução no volume de atendimentos e casos mais graves no período da pandemia.

#### METODOLOGIA PROPOSTA

Serão avaliados retrospectivamente os prontuários de pacientes que se apresentaram pela primeira vez no ambulatório de uveíte do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto durante o período de 1º janeiro de 2018 a 30 de junho de 2021. Baseado em estimativas já feitas em conjunto com o Serviço de Agendamento do HCRP, aproximadamente 600 pacientes foram atendidos pela primeira vez durante o período em questão. A metodologia consistia em: 1- Análise retrospectiva de prontuários e documentação dos dados coletados via plataforma "REDCap" A avaliação consistirá em análise retrospectiva de prontuários físicos e digitais e a documentação dos dados coletados será via plataforma "REDCap". Trata-se de uma plataforma digital criada para construir e gerenciar bancos de dados e pesquisas online de forma segura e personalizada. Será utilizada a versão apoiada pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 1.1 - Coleta de dados: A coleta será a partir do formulário elaborado no REDCap constituído de 4 setores, que seguem: - Identificação: registro HC, nome/nome social, data de nascimento, idade no dia do caso novo, gênero, cor da pele autodeclarada.- Dados clínicos: Comorbidades, antecedentes oftalmológicos, acometimento bi ou unilateral (nesse caso, evidenciando qual olho acometido). Acuidade visual (AV) de cada olho individualmente no momento da primeira consulta, após tratamento (se aplicável) e na última consulta. Serão utilizados

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO  
**Bairro:** MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900  
**UF:** SP **Município:** RIBEIRAO PRETO  
**Telefone:** (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 5.594.295

intervalos de AV (20/40, 20/50 a 20/160, e 20/200)<sup>13</sup>. Olhos com acuidade visual 20/50 serão considerados como apresentando desfecho visual desfavorável, de acordo com a classificação do Standardization of Uveitis Nomenclature Study Group<sup>13</sup>. Atividade da doença na admissão (inativa, em atividade ou remissão). Diagnóstico clínico de acordo com o sistema de classificação definido pelo International Uveitis Study Group<sup>13</sup>, diagnóstico etiológico, definição de diagnóstico presumido ou com agente identificado. Exames complementares relevantes que contribuíram para o diagnóstico. Complicações durante evolução clínica, definidas por: opacidades vítreas persistentes (presentes após 3 meses de resolução do quadro ativo), aumento da pressão intraocular, glaucoma, sinéquias posteriores, catarata, membrana epirretiniana, edema macular, buraco macular, rotura retiniana, descolamento de retina, oclusões vasculares da retina, neovascularização de retina e/ou coroide, hemorragia vítrea, phthisis bulbi. - Tratamento: se clínico ou cirúrgico, vias de administração da medicação, tipo de medicação (para controle de inflamação ou contra agente etiológico).- Seguimento: data do caso novo, total de consultas durante o período de estudo.

**Critério de Inclusão:**

**Critérios de inclusão:**

A. Pacientes com diagnóstico de uveíte confirmado pela equipe de oftalmologistas do ambulatório de uveítes do HCRP que se apresentaram pela primeira vez no ambulatório de uveítes do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto durante o período de análise;

B. Idade > 18 anos.

**Critério de Exclusão:**

**Critérios de exclusão:**

A. Pacientes com diagnóstico prévio de uveíte já em seguimento ambulatorial no serviço;

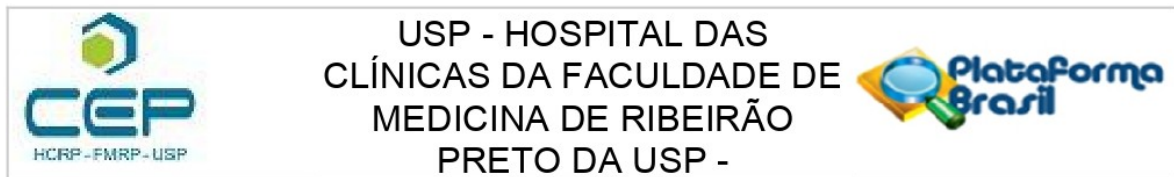
B. Pacientes encaminhados ao ambulatório de forma equivocada, não apresentando quadro compatível com uveíte.

**Objetivo da Pesquisa:**

**OBJETIVO PRIMÁRIO**

Identificar a frequência e descrever o perfil clínico das uveítes em pacientes avaliados no Hospital

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO  
**Bairro:** MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900  
**UF:** SP **Município:** RIBEIRAO PRETO  
**Telefone:** (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 5.594.295

das Clínicas de Ribeirão Preto (HCRP) no período de 1º janeiro de 2018 a 30 de junho de 2021.

#### OBJETIVO SECUNDÁRIO

1- Determinar os fatores de risco associados a pior prognóstico visual; 2- Comparar os resultados encontrados com os estudos brasileiros e internacionais publicados na literatura científica nos últimos 20 anos; 3- Analisar eventuais mudanças causadas no volume de atendimentos e perfil dos pacientes atendidos durante a pandemia do Covid-19 (março de 2020 a junho de 2021) em relação ao período pré pandemia (janeiro de 2018 a fevereiro de 2020).

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

##### RISCOS

Deve-se considerar o risco mínimo de violação da privacidade dos sujeitos de pesquisa devido quebra do anonimato e, conseqüentemente, sigilo dos dados. Para evitá-los serão feitos todos os esforços para manter a confidencialidade (sigilo) das informações e o anonimato dos participantes. As publicações deste estudo não usarão iniciais, nomes ou qualquer outro dado que possa identificar os pacientes individualmente. Serão analisados dados de forma coletiva, e não de indivíduos separadamente.

##### BENEFÍCIOS

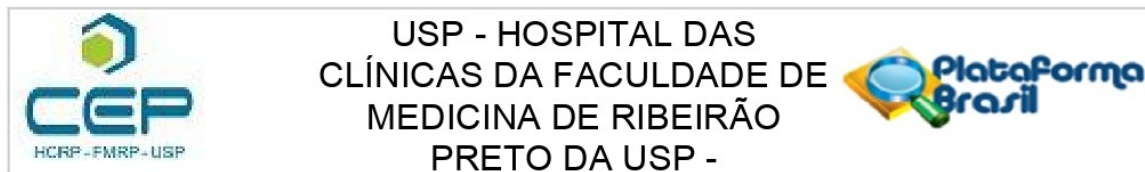
O estudo não objetiva benefício direto aos pacientes participantes, uma vez que se trata de uma análise retrospectiva de prontuários, sem que haja contato direto com os mesmos. A análise dos dados obtidos, contudo, servirá para uma melhor compreensão no que tange a frequência e o perfil clínico das uveítes em pacientes avaliados no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, implicando melhor manejo da patologia em questão. Isso, por sua vez, trará benefício indireto aos participantes do estudo que mantêm o seguimento nesse serviço assim como a outros pacientes que venham a ser atendidos no futuro.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de emenda 1 ao projeto de pesquisa conforme documento PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_1995751\_E1.pdf de 08/08/202.

O pesquisador responsável solicita a inclusão do pesquisador Pedro Henrique Ogata Kodama como

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO  
**Bairro:** MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900  
**UF:** SP **Município:** RIBEIRAO PRETO  
**Telefone:** (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 5.594.295

membro da pesquisa científica “Frequência, características clínicas e fatores de risco para deficiência visual das diversas causas de uveítes no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto” (CAAE 52655521.2.0000.5440). O Dr. Pedro Kodama é médico residente do primeiro ano em Oftalmologia do Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – USP. Durante o projeto, ele auxiliará na análise de prontuários juntamente com os demais membros da equipe. Acreditamos que sua participação será muito útil considerando-se o elevado número de prontuários a serem analisados para que a conclusão do projeto seja viável.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos da emenda 1 foram devidamente apresentados ao CEP.

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto e à luz da Resolução CNS 466/2012, a emenda 1 ao projeto de pesquisa deve ser enquadrada na categoria APROVADO.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto Aprovado: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1995751_E1.pdf	08/08/2022 14:36:51		Aceito
Declaração de Pesquisadores	CEP_Pedro.docx	08/08/2022 14:35:34	LAURA ARANTES BRAGA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Mestrado_v3_08_08_22.docx	08/08/2022 14:33:48	LAURA ARANTES BRAGA	Aceito
Outros	CARTA_DE_RESPOSTA_AO_PARECER_CONSUBSTANCIADO_DO_CEP_DATADO_DE_9_JF_30_11_21.docx	30/11/2021 20:25:56	LAURA ARANTES BRAGA	Aceito

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO

**Bairro:** MONTE ALEGRE

**CEP:** 14.048-900

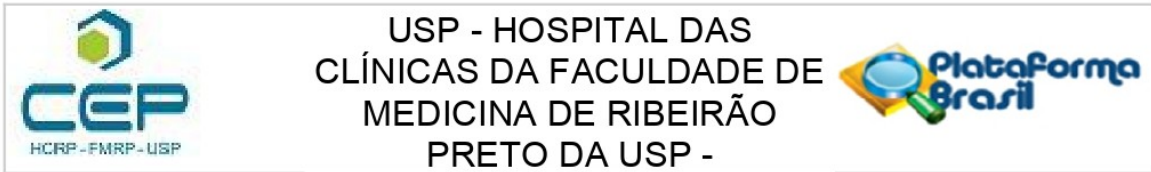
**UF:** SP

**Município:** RIBEIRAO PRETO

**Telefone:** (16)3602-2228

**Fax:** (16)3633-1144

**E-mail:** cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 5.594.295

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	SOLICITACAO_DE_DISPENSA_DO_TCLE_30_11_21.docx	30/11/2021 20:21:42	LAURA ARANTES BRAGA	Aceitc
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Mestrado_Laura_Braga_Comite_Etica_30_11_21.docx	30/11/2021 20:17:50	LAURA ARANTES BRAGA	Aceitc
Outros	carta_aprovacao_UPC_signed.pdf	05/10/2021 16:32:34	LAURA ARANTES BRAGA	Aceitc
Outros	SAME.pdf	05/10/2021 16:29:06	LAURA ARANTES BRAGA	Aceitc
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinada.pdf	05/10/2021 16:28:05	LAURA ARANTES BRAGA	Aceitc
Orçamento	ORCAMENTO.docx	28/09/2021 15:12:13	LAURA ARANTES BRAGA	Aceitc
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	SOLICITACAO_DE_DISPENSA_DO_TCLE.docx	14/09/2021 19:43:08	LAURA ARANTES BRAGA	Aceitc

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIBEIRAO PRETO, 22 de Agosto de 2022

Assinado por:  
**MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA**  
 (Coordenador(a))

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO**Bairro:** MONTE ALEGRE**CEP:** 14.048-900**UF:** SP**Município:** RIBEIRAO PRETO**Telefone:** (16)3602-2228**Fax:** (16)3633-1144**E-mail:** cep@hcrp.usp.br