

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS EM SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CIRÚRGICAS

MILENA RIBEIRO RANGEL

**TEMPO DE ADMISSÃO, RECUPERAÇÃO VISUAL E COMPLICAÇÕES DE
PACIENTES COM UVEÍTE EM HOSPITAL TERCIÁRIO NO RIO DE JANEIRO**

Rio de Janeiro

2024

MILENA RIBEIRO RANGEL

**TEMPO DE ADMISSÃO, RECUPERAÇÃO VISUAL E COMPLICAÇÕES DE
PACIENTES COM UVEÍTE EM HOSPITAL TERCIÁRIO NO RIO DE JANEIRO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Cirúrgicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Medicina (Ciências Cirúrgicas)

Orientador: Prof. Dr. Haroldo Vieira de Moraes Jr.

Profa. Dra. Ana Luiza Biancardi

Prof. Dr. Henrique Maciel Vieira de Moraes

Rio de Janeiro

2024

R196t	Rangel, Milena Ribeiro Tempo de admissão, recuperação visual e complicações de pacientes com uveíte em hospital terciário no Rio de Janeiro / Milena Ribeiro Rangel. – Rio de Janeiro, 2024. 49 f. Orientador: Dr. Haroldo Vieira de Moraes Jr. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Centro de Ciências de Saúde, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Cirúrgicas, 2024. 1. Uveítes. 2. Atenção terciária à saúde. 3. Doenças da úvea. 4. Acuidade visual. I. Moraes Jr., Haroldo Vieira, orient. II. Título. CDD 617.7
-------	--

MILENA RIBEIRO RANGEL

**TEMPO DE ADMISSÃO, RECUPERAÇÃO VISUAL E COMPLICAÇÕES DE
PACIENTES COM UVEÍTE EM HOSPITAL TERCIÁRIO NO RIO DE JANEIRO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Cirúrgicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Medicina (Ciências Cirúrgicas).

Aprovada em 18 de julho de 2024.

Prof. Dr. Haroldo Vieira de Moraes Jr. - Presidente

Prof. Dr. Giovanni Nicola Humberto Italiano Colombini

Prof. Dr. Kimble Teixeira Fonseca Matos

Dedico esse trabalho aos meus pais, marido e filho, meus maiores incentivadores, pela educação que me deram, pela dedicação nos cuidados, e por serem um verdadeiro pilar de sabedoria, respeito a Deus e amor em minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Ana Luíza Biancardi, minha orientadora, por suas contínuas demonstrações permanentes de estímulo, amizade, incondicional apoio e disponibilidade, sua compreensão por algumas dilações e pelo aconselhamento assertivo, que muito contribuíram para superar cada dificuldade e melhorar a profundidade e a clareza da investigação.

Ao meu orientador Professor Doutor Haroldo Vieira de Moraes Júnior e Professor Doutor Henrique Moraes por enriquecer todas as etapas do trabalho a cada direcionamento, com orientações pautadas por elevado nível científico, visão crítica e oportuna.

À toda equipe do SME úvea do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, em especial a Juliana Rocha, Juliana Côrtes, Gabriela Mufarrej, Anna Paula Bertazzo, Leonardo Azevedo, Kelma Macedo que cooperaram com apoio, direcionamento e amizade. Vocês foram fonte constante de inspiração e motivação, compartilhando conhecimentos e experiências valiosas.

Aos residentes que já passaram pelo SME úvea e aos hoje presentes, agradeço a troca de experiências em cada encontro.

Muito obrigada aos membros do Programa de Pós-graduação em Ciências Cirúrgicas pelo suporte, em especial aos professores do programa. Seus ensinamentos foram muitos e certamente contribuíram positivamente para a minha formação. À secretária Leila, pelo pronto atendimento sempre que solicitada.

Aos colegas do Programa Pós-graduação, gostaria de expressar minha gratidão por todo apoio, colaboração e amizade durante esta jornada. Obrigada por compartilharem ideias, conhecimentos e experiências.

Aos meus amigos e amigas, pela amizade e atenção dedicadas quando sempre precisei, assim como pela torcida sempre.

Por fim, à minha amada família. Ao meu pai Luiz Fernando e minha mãe Rosemary. Nunca hesitaram em fazer o impossível para realizar meus sonhos. Vocês deram o melhor de si, educaram-me e ensinaram-me a nunca desistir dos meus sonhos. À minha amiga e irmã Kátia, não importa a que distância, sempre está ao meu lado. Vocês são meus exemplos de força e amor incondicional!

Agradeço imensamente a Kellen Gonçalves, meu braço direito em minha casa, por todo amor e cuidado com meu filho, auxiliando-me nesta jornada da maternidade.

Ao meu querido marido Raphael que caminhou lado a lado comigo neste desafio, apoiou, compreendeu cada ausência. Obrigada pela partilha, companheirismo, enorme generosidade e alegria com que me brindou constantemente, contribuindo para chegar ao fim deste percurso. E claro, ao meu querido filho, Bernardo, que amo incondicionalmente e trouxe um novo colorido à minha vida. E espero compensá-lo das horas de atenção e brincadeiras que lhe devo. Ele foi e é a minha maior motivação.

Por fim, a minha fé não me permite deixar de agradecer a Deus, pois “tudo posso naquele que me fortalece”.

RESUMO

RANGEL, Milena Ribeiro. **Tempo de admissão, recuperação visual e complicações de pacientes com uveíte em hospital terciário no Rio de Janeiro.** 51 p. 2024. Dissertação (Mestrado em Ciências Cirúrgicas) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Ciências em Saúde, Faculdade de Medicina, Rio de Janeiro, 2024.

A uveíte é uma inflamação na úvea que pode levar à cegueira, afetando principalmente pacientes jovens. O prognóstico visual relaciona-se às sequelas e complicações que prejudicam a qualidade de vida e tem um impacto global na economia e na saúde. Diante disso, este estudo avalia o tempo de admissão de pacientes com uveíte a partir da data do início dos sintomas ao setor terciário especializado, a recuperação visual e as complicações da uveíte. É um estudo retrospectivo, seccional e descritivo. Foram avaliados os prontuários dos pacientes atendidos pela primeira vez no Setor de Uveítes do Serviço de Oftalmologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Uma ficha protocolar foi preenchida em cada caso com as seguintes informações: tempo entre o início dos sintomas e o atendimento em setor especializado, idade, sexo, classificação anatômica, duração, acuidade visual, curso clínico da uveíte e complicações. De acordo com os critérios de inclusão, foram considerados 336 prontuários. O sexo masculino foi predominante (54,76%). A idade média foi de 42,80 ($\pm$ 14,22), com mediana de 41 anos (18 - 87 anos). Entre o início dos sintomas e a admissão no serviço especializado, o tempo médio foi de 21,03 dias e a mediana de 14 dias (3 - 90 dias). O tempo de acesso ao setor especializado predominante foi de três a sete dias em 30,65% pacientes. Nos primeiros 30 dias do início dos sintomas, 90,79 % pacientes tiveram acesso à consulta especializada de uveíte. Nos primeiros 15 dias, 48,78% dos olhos com uveíte posterior alcançaram visão maior que 20/50 e as complicações representaram 36,32% de todos os olhos avaliados. Apesar da dificuldade de projetar um tempo médio de espera ideal por atendimento no setor terciário, a admissão dos pacientes com uveíte no setor especializado do HUCFF ocorreu em um tempo menor do que o descrito na literatura vigente. Nos primeiros 30 dias do início dos sintomas, os olhos com uveíte posterior obtiveram melhora da acuidade visual, pois quase a metade dos olhos alcançaram a visão normal. A vitreíte se apresentou como a complicação mais comum.

Palavras-chave: uveítes, atenção terciária à saúde, doenças da úvea, acuidade visual

ABSTRACT

RANGEL, Milena Ribeiro. **Admission time, visual recovery and complications of patients with uveitis in a tertiary hospital in Rio de Janeiro.** 51 p. 2024. Dissertation (Master in Surgical Sciences) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Ciências em Saúde, Faculdade de Medicina,, 2024.

Uveitis is an inflammation of the uvea that can lead to blindness, affecting mainly young patients. The visual prognosis is related to sequelae and complications that impair the quality of life and have a global impact on the economy and health. Therefore, this study evaluates the admission time of patients with uveitis from the date of onset of symptoms to the specialized tertiary sector, visual recovery and complications of uveitis. It is a retrospective, sectional and descriptive study. The medical records of patients seen for the first time in the Uveitis Sector of the Ophthalmology Service of the Clementino Fraga Filho University Hospital (HUCFF) of the Federal University of Rio de Janeiro (UFRJ) were evaluated. A protocol form was filled out in each case with the following information: time between the onset of symptoms and care in a specialized sector, age, sex, anatomical classification, duration, visual acuity, clinical course of uveitis and complications. According to the inclusion criteria, 336 medical records were considered. Males were predominant (54.76%). The average age was 42.80 ($\pm$ 14.22), with a median of 41 years (18 - 87 years). Regarding the onset of symptoms and admission to the specialized service, the average time was 21.03 days and the median was 14 days (3 - 90 days). The predominant access time to the specialized sector was three to seven days for 30.65% of patients. Within the first 30 days of the onset of symptoms, 90.79% of patients had access to specialized uveitis consultation. In the first 15 days, 48.78% of eyes with posterior uveitis achieved vision greater than 20/50 and complications represented 36.32% of all eyes evaluated. Despite the difficulty of projecting an ideal average waiting time for care in the tertiary sector, the admission of patients with uveitis to the specialized sector of HUCFF occurred in a shorter time than described in current literature. Within the first 30 days of the onset of symptoms, eyes with posterior uveitis achieved improvement in visual acuity, with almost half of the eyes achieving normal vision. Vitreitis was the most common complication.

Keywords: uveitis, tertiary health care, uveal diseases, visual acuity.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Diagnóstico de uveíte.....	28
Tabela 2 - Complicações da uveíte no período de 3 meses após admissão	32

LISTA DE GRÁFICOS

Grafico 1 - Distribuição dos 336 pacientes por idade e sexo	26
Grafico 2 - Relação entre o início de sintomas de uveíte, em dias, ao número de homens e mulheres que procuraram o setor de referência especializado.....	27
Grafico 3- Olhos afetados com uveíte anterior que foram admitidos no setor nos primeiros 15 dias dos sintomas (a), entre 16 dias e 30dias (b), entre 31 dias e 60 dias (c), e entre 61 dias e 90 dias(d) e a acuidade visual antes e após 3 meses	29
Grafico 4- Olhos afetados com uveíte intermediaria que foram admitidos no setor nos primeiros 15 dias dos sintomas (a), entre 31 dias e 60 dias (b).	30
Grafico 5- Olhos afetados com uveíte posterior que foram admitidos no setor nos primeiros 15 dias dos sintomas (a), entre 16 dias e 30 dias (b), entre 31 dias e 60 dias (c), e entre 61 dias e 90 dias(d) e a acuidade visual antes e após 3 meses.	30

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Classificação etiológica das uveítes.....	20
--	----

LISTA DE SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde
BHR	Barreira hemato-retiniana
HUCFF	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
IAPB	Agência Internacional de Prevenção da Cegueira
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUN	Standardization of Uveitis Nomenclature Working Group
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
SVKH	Síndrome Vogt Koyanagi Harada
ETDRS	Early Treatment Diabetic Study
IA	Inteligência Artificial

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 CLASSIFICAÇÃO DA UVEÍTE	18
2 JUSTIFICATIVA.....	22
3 OBJETIVO	23
4 MÉTODOS	24
4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	24
4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	24
5 RESULTADOS.....	26
6 DISCUSSÃO	33
7 CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS.....	39
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS	47
APÊNDICE B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	49

1 INTRODUÇÃO

A distribuição do serviço no processo de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), através de redes regionalizadas e da hierarquia da assistência, torna condição essencial para melhorar a acessibilidade da população. (Tôrrres *et al.*, 2011) (Molini-Avejonas; Estevam; Couto, 2015). O sistema efetivo de referência e contrarreferência, no qual é realizado um fluxo de encaminhamentos entre os serviços, considerando seus diferentes níveis de complexidade, é um componente fundamental na integração dos níveis de saúde. Reorganizar a lógica da necessidade técnica certa para cada usuário, em espaços e ocasiões adequados, em processos articulados de referência e contrarreferência, é uma prática e uma reflexão teórica desejável (Brasil, 1997). Segundo a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, se houver ineficiência da referência, há prejuízo do usuário dentro da rede de atenção à saúde do SUS (Brasil, 1990). Além disso, dificultará a avaliação da saúde como um todo, prejudicará a adesão correta ao tratamento e aumentará os gastos na saúde, uma vez que serão criados encaminhamentos desnecessários e haverá repetição de tratamentos já realizados, além da perda de tempo crucial para a recuperação de determinadas patologias (Feuerwerker, 2005).

A uveíte é a inflamação da úvea, camada do olho composta pela íris, corpo ciliar e coróide (Rosembaum, 2019). Esta entidade é reconhecida como uma das principais causas de perda visual grave e morbidade ocular. Afeta principalmente a população adulta e em idade ativa, com impacto social e econômico significativo (SILVA *et al.*, 2019).

Essa inflamação é responsável por cerca de 10% a 15% dos casos de cegueira total no mundo desenvolvido e até 25% de todos os casos de cegueira em países em desenvolvimento (Tsirouki *et al.*, 2016). Acredita-se que seja a causa de até 10% de cegueira legal nos Estados Unidos, ou aproximadamente 30.000 novos casos de cegueira por ano (Wittenborn *et al.*, 2013). Essa deficiência visual tem importantes consequências com numerosos dias de afastamento do trabalho ou perdas de emprego e, na faixa etária mais jovem, interfere na educação. Fatores socioeconômicos como dirigir, atividades sociais e passatempos também podem ser afetados (Gardiner *et al.*, 2002).

O Consenso da Sociedade Brasileira de visão subnormal recomenda que sejam adotadas, de acordo com a finalidade, as classificações como o termo deficiência visual deverá ser empregado tanto para a população cega quanto para a população com baixa visão. Além do termo visão subnormal, poderá ser empregado de forma indiferente do termo baixa visão. (Leal, 2020).

As categorias definidas na 9ª e 10ª Classificação Internacional Estatística de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial da Saúde, classificam como baixa visão a acuidade entre 20/60 e $\geq 20/400$ e cegueira quando o melhor olho apresenta acuidade visual abaixo de 20/400. (OMS, 2003)

Apesar do tratamento adequado, pacientes com uveíte podem desenvolver complicações como catarata, glaucoma, ceratopatia em faixa, membrana neovascular de coróide, descolamento de retina e edema macular cistoide (Gopalakrishnan *et al.*, 2019). Há poucos estudos anteriores documentando a perda de acuidade visual (AV) e cegueira como complicações (García-Aparicio *et al.*, 2022). A maioria dos casos de uveíte ocorre por fases da inflamação ativa quando os pacientes apresentam desconforto ocular, hiperemia, turvação visual e dor, separados por períodos variáveis de duração sem atividade, no qual os pacientes estão assintomáticos. A condição saudável geral da maioria dos pacientes que, por vezes desconhecem a doença, pode levar a uma interpretação errônea dos sintomas, diagnóstico tardio e início do tratamento. Mesmo entre pacientes cientes de sua condição e em tratamento, a reativação da uveíte pode ocorrer sem apresentar sintomas iniciais. Isto, por sua vez, pode resultar no acúmulo de detritos inflamatórios, mudanças na estrutura ocular e deterioração significativa da visão (Tomkins-Netzer *et al.*, 2014). No entanto, o tratamento precoce ajuda a manter um estado de não atividade preservando a acuidade visual dos pacientes (Wang *et al.*, 2021). O resultado favorável de longa duração está possivelmente relacionado ao uso de imunossupressores e medicamentos biológicos, bem como a administração local de medicamentos (Tomkins-Netzer *et al.*, 2014). No caso das uveítes infecciosas é adaptado ao organismo infeccioso específico e pode incluir medicação regional e/ou sistêmica. (Wang *et al.*, 2021).

Durante os períodos de inflamação ativa, mudanças oculares podem ocorrer, levando a complicações como a formação de aderências entre a córnea e a íris (sinéquias anteriores), entre a íris e o cristalino (sinéquias posteriores); progressão da

catarata; edema macular e cicatrizes retinianas. Além disso, o uso de esteroides locais ou sistêmicos também resultam na progressão de catarata, bem como elevam a pressão intraocular. Com o tempo, essas mudanças se acumulam e podem afetar a função ocular normal, resultando em diminuição da visão (Wang *et al.*, 2021).

A retinocoroidite por toxoplasmose tem sido considerada uma das infecções retinianas mais comuns e a principal causa de uveíte posterior no Brasil. Pode afetar estruturas intraoculares importantes que, quando danificadas, levam à cegueira (Canamary *et al.*, 2020).

Na literatura mundial há grandes variações na etiologia das uveítes. Estas divergências não podem ser explicadas apenas por disparidades socioeconômicas ou pelo acesso à serviços de saúde, já que fatores como sexo, idade raça, hábitos de vida, origem geográfica e ocupação, podem interferir, estando neste ponto a importância de estudos epidemiológicos (Moraes *et al.*, 2022).

As complicações e o prognóstico visual pós uveíte prejudicam a qualidade de vida desses jovens pacientes e tem um impacto global na economia da saúde, como ilustrado por um estudo nos Estados Unidos (Wittenborn *et al.*, 2013) que relata US \$38 trilhões estimados em gastos anuais com cuidados médicos de pacientes com diagnóstico de uveíte antes dos 40 anos de idade.

A uveíte é responsável por 15% de todas as causas de cegueira do mundo desenvolvido (OH *et al.*, 2021). Na literatura, o estudo de Albaroud *et al* (2017) observou o percentual de 59% dos casos de pacientes com perda grave da acuidade visual ($\leq 20/200$), o que poderia ser explicado pelo uso limitado dos medicamentos imunossupressores e relativamente consulta tardia no ambulatório especializado. O conceito atual de prevenção da cegueira ampliou-se no seu enunciado, enfatizando-se a preservação da visão. Nesse sentido, relaciona-se estreitamente à qualidade de vida do ser humano, na qual desempenha importante função a capacidade visual (West; Sommer, 2001). Sendo assim, ações que visam à preservação e/ou melhoria da visão são importantes, pois contribuem para o alcance de melhor qualidade de vida e baseia-se na necessidade de identificar e tratar pessoas, ainda em tempo de manter a própria independência (Resnikoff, 2000).

A falta de compreensão da uveíte e suas complicações entre o público, profissionais oftalmologistas e não oftalmologistas, já que é uma entidade que se

relaciona diretamente com patologias sistêmicas, pode desvalorizar a sua repercussão na saúde visual (Uzelli *et al.*, 2012).

O conceito de oftalmologia em saúde pública é relativamente recente. A aplicação de programas de prevenção da cegueira aos princípios de saúde pública pode levar à diminuição do número de cegos de uma população. Projetos como prevenção da cegueira e deficiência visual infantil foi uma das cinco prioridades da iniciativa global da Organização Mundial de Saúde (OMS)/Agência Internacional de Prevenção da Cegueira (IAPB) “Programa Visão 2020 – O Direito à Visão”. Assim também o plano de ação global para a prevenção e controle da cegueira evitável: “Plano de Ação Global 2014-2019 para a saúde ocular universal” o Plano estimula os países membros a fortalecer os esforços nacionais para prevenir a cegueira e deficiência visual evitáveis, por meio de melhor integração da saúde ocular aos planos nacionais de saúde. O Brasil é um dos países signatários (Organização Pan-Americana De Saúde, 2014).

O controle e a diminuição de índices de cegueira por meio de programas específicos de prevenção à cegueira assumem importância visando a manutenção da saúde ocular (Schwab, 1994). Entretanto até a presente data, tais programas são voltados para doenças de maior prevalência como catarata, erro refrativo, degeneração macular, retinopatia diabética e glaucoma. Neste contexto, a uveíte é negligenciada (West, Sommer, 2001; GBD, 2019; GBD, 2021)

Diante deste cenário, é importante lembrar que, de acordo com o Anexo da Resolução nº 553 de 9 de agosto de 2017 do Conselho Nacional de Saúde, afirma-se em sua primeira diretriz que “toda pessoa tem direito, em tempo hábil, ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde” (Brasil, 2018). Todavia, não é uma realidade, como mostra a auditoria de monitoramento da regulação ambulatorial no Rio de Janeiro em 2017, onde há mais de 20.000 pessoas aguardando uma consulta de ambulatorial de oftalmologia geral, com relato de espera de até 120 dias aproximadamente.

Somente a rede privada de saúde tem regulamentação, para a qual a Resolução Normativa nº 259 da Agência Nacional de Saúde (ANS) dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde,

estipulando prazos para consulta nas demais especialidades médicas em até quatorze dias úteis (Brasil, 2011).

A principal barreira ao cuidado integrado no Brasil é o elevado tempo de espera para marcação de consultas, cirurgias e exames especializados. O aumento da expectativa de vida, da prevalência de doenças crônicas, da demanda da atenção básica em conjunto com a escassez de recurso, problematiza o acesso à atenção especializada (Farias, 2019).

É importante destacar que as uveítes correspondem a 2% a 3% dos atendimentos oftalmológicos em unidades de emergência; portanto são casos pouco frequentes e grande partes dos não oftalmologistas e alguns oftalmologistas não estão familiarizados com ela (Pereira *et al.*, 2011). Muitos fatores influenciam seu prognóstico, no entanto, alguns são modificáveis, como o diagnóstico e início do tratamento precoce. Portanto, o atraso no encaminhamento ao setor especializado é um fator importante, pois a uveíte pode ser grave e resultar em cegueira legal irreversível se não tratada rápida e adequadamente (Pierre Filho, 2010).

1.1 CLASSIFICAÇÃO DA UVEÍTE

A úvea é composta por íris, corpo ciliar e coróide; camada vascular do olho. As causas de uveíte podem ser infecciosas, autoimunes ou mascaradas. A úvea está consistentemente envolvida na inflamação intraocular, transportando mais de 80% do volume de sangue ocular, bem como gerenciando o fluxo de fluido aquoso. A uveíte pode ser restrita a tecidos externos à barreira hemato-retiniana (BHR), englobando irite, ciclite, ceratouveíte, esclerouveíte e coroidite, ou a uveíte pode afetar tecidos normalmente protegidos pelo BHR, incluindo retinite, vasculite retiniana, retinocoroidite e neurite óptica. Em termos patogênicos, a *uveíte posterior* envolve a quebra do BHR, enquanto outras formas de uveíte não. A inflamação que envolve o comprometimento do BHR está sempre associada à inflamação do trato uveal, mas o inverso não é verdadeiro. Essa distinção nos ajuda a entender a etiologia da uveíte. (Forrester; Kuffova, Dick, 2018)

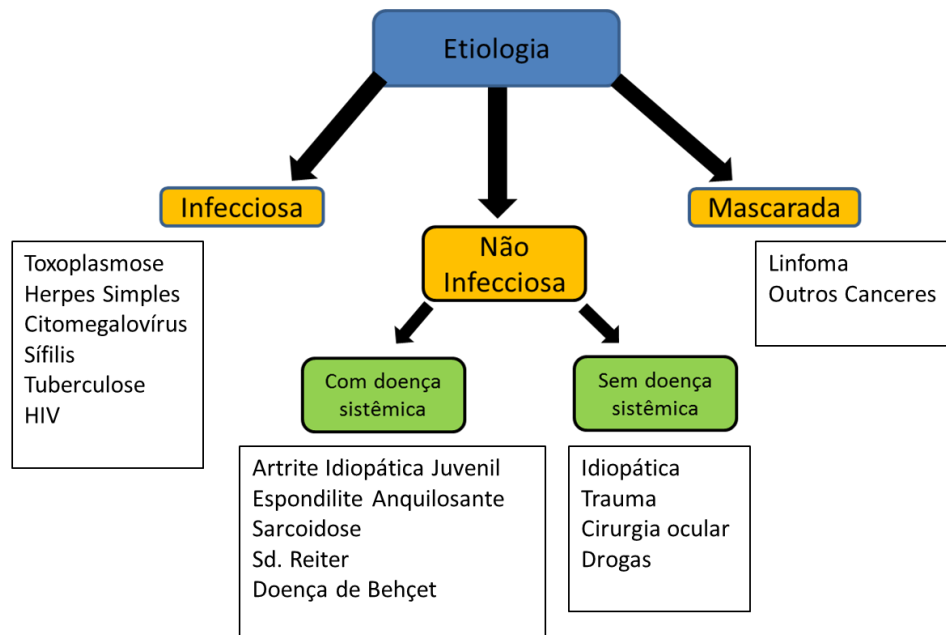
Na classificação das uveítes, é necessário para o diagnóstico diferencial, uma anamnese detalhada e um exame oftalmológico criterioso (Moraes *et al.*, 2020). A classificação anatômica, duração e curso clínico são definidos pelo "Standardization

of Uveitis Nomenclature Working Group” (SUN). De acordo com o SUN, a classificação anatômica é definida de acordo com o sítio primário de inflamação da úvea. Portanto, a inflamação anterior é chamada uveíte anterior; o termo uveíte intermediária é utilizado quando o vítreo é o sítio da inflamação, a uveíte posterior é a denominação aplicada quando o local primário é a retina ou coróide. O termo panuveíte deve ser reservado para aquelas situações em que a área primária da inflamação acomete todas as estruturas da úvea ao mesmo tempo, câmara anterior, vítreo e retina e/ou coróide. (Jabs *et al.*, 2005)

Etiologicamente a uveíte pode ser classificada como infecciosa, não infecciosa ou mascarada (Figura 1). Na Europa e nos EUA a etiologia não infecciosa é a mais comum, uma revisão sistemática estimou isso em cerca de 81% (Barisani-Asenbauer *et al.*, 2012). A maioria das uveítes não infecciosas ocorre devido a doenças autoimunes ou inflamatórias, podendo estar associado a condições sistêmicas caracterizadas por desregulação do sistema imunológico (Deschenes *et al.*, 2008). Neste contexto, na espondilite anquilosante, a uveíte é a complicação extra-articular mais comum, assim como na doença inflamatória intestinal (DII) e artrite reativa (Krishna *et al.*, 2017). Em um estudo, a sarcoidose foi responsável por 7% dos casos de uveíte (Zaidi, 2010)

A classificação de uveíte idiopática ocorre quando não há doença sistêmica associada ou outro precipitante (Cunningham, 2000; Barry *et al.*, 2014). Já as causas infecciosas de uveíte são muito mais comuns em países em desenvolvimento (Sudharshan, 2020). Na Europa e nos EUA, a uveíte infecciosa representa apenas 13% a 21% (herpes simplex, varicela zoster ou toxoplasma). Em alguns países em desenvolvimento os casos infecciosos são responsáveis por mais de 50% casos de uveíte (geralmente toxoplasmose, tuberculose (TB), oncocercose; menos comumente cisticercose, hanseníase e leptospirose). De todas as categorias anatômicas, uveíte posterior é mais provável que tenha uma etiologia infecciosa (Krishna *et al.*, 2017).

Figura 1 - Classificação etiológica das uveítes



Fonte: Krishna *et al.*, (2017).

O surgimento da uveíte pode ser súbito ou insidioso. A duração da uveíte é descrita como limitada, se for menor que três meses, ou persistente, se superior a três meses. Em relação ao curso clínico, o termo agudo deve ser usado nas uveítes de início súbito e duração limitada. São consideradas uveítes recorrentes aquelas com episódios repetidos de uveítes separados por períodos de inatividade (pelo menos três meses) sem tratamento. O termo crônico deve ser usado para descrever uveíte persistente caracterizada por recidiva imediata (em menos de três meses) após a descontinuação da terapia (American Academy of Ophthalmology, 2022). A distribuição dos tipos e etiologias da uveíte é influenciada por fatores genéticos, étnicos, geográficos, ambientais e pelo estilo de vida. Como resultado, os padrões de uveíte variam muito de acordo com a população avaliada (American Academy of Ophthalmology, 2022)

As causas das uveítes são múltiplas e heterogêneas, incluindo doenças puramente oftalmológicas, doenças sistêmicas e até mesmo causas medicamentosas. O conhecimento da epidemiologia das uveítes é importante, pois

permite direcionar a abordagem diagnóstica para as causas mais frequentes, graves ou com consequências terapêuticas graves (Bonnet; Brezin, 2020).

2 JUSTIFICATIVA

Até o presente momento, este é o primeiro estudo no Brasil a avaliar o tempo de chegada do paciente ao setor de uveíte a partir do início dos sintomas e avaliação da recuperação visual.

3 OBJETIVO

Avaliar o tempo de acesso de pacientes com uveíte a partir do dia do início dos sintomas ao setor especializado, a recuperação visual e as complicações, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

4 MÉTODOS

Trata-se um estudo retrospectivo, seccional e descritivo, realizado de acordo com os princípios estabelecidos pela Declaração de Helsinque, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRJ CAAE: 02463518.9.0000.5257 (Apêndice 2). Foram avaliados os prontuários dos pacientes atendidos pela primeira vez no Setor de Uveítes do Serviço de Oftalmologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho no período entre janeiro de 2015 a dezembro de 2019. Uma ficha protocolar foi preenchida em cada caso com as seguintes informações obtidas dos prontuários: tempo entre o início dos sintomas até o atendimento em setor especializado, idade, sexo, acuidade visual, complicações, classificação anatômica, duração e curso clínico da uveíte de acordo com o "*Standardization of Uveitis Nomenclature Working Group*" (SUN), diagnóstico etiológico (se houver) e acuidade visual na primeira consulta e após três meses, no caso de uveítes persistentes.

4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes maiores de 18 anos atendidos no setor de uveíte do serviço de oftalmologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro, no período entre 01 de janeiro de 2015 e 31 de dezembro de 2019. Prontuários preenchidos de forma legível contendo as seguintes informações: tempo entre o início dos sintomas até o atendimento em setor especializado, idade, sexo, acuidade visual, complicações, classificação anatômica, duração e curso clínico da uveíte, diagnóstico etiológico (se houver) e acuidade visual na primeira consulta e após três meses, no caso de uveítes persistentes.

4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Prontuários de pacientes menores de 18 anos, preenchimento ilegível, perda de seguimento, sem informação do início dos sintomas ou apresentem ausência de qualquer informação da ficha protocolar.

A associação entre uveítes e condições sistêmicas foram estabelecidas através da história clínica, exame oftalmológico, testes diagnósticos de imagem e avaliação laboratorial.

Para o diagnóstico anatômico das uveítes, foram utilizados critérios estabelecidos pelo *Standardization of Uveitis Working Group* (SUN): em uveíte anterior quando o sítio primário de inflamação localizava-se na câmara anterior; em uveíte intermediária, quando a região primária de inflamação acometia o corpo ciliar, vítreo e retina periférica; em uveíte posterior, nos casos de acometimento primário da coroide ou retina; e panuveíte, quando apresentava-se concomitante de toda a úvea.

De acordo com a padronização do SUN (Jabs *et al.*, 2005), a acuidade visual é um dos critérios de avaliação do tratamento. Sendo assim, houve consenso de que os principais limiares de acuidade visual para relatar resultados de estudos de uveíte, incluem 6/15 ou pior (20/50 ou pior) e 6/60 ou pior (20/200 ou pior). Além disso, determinou critérios para as principais mudanças na acuidade visual: uma duplicação do ângulo visual (ou para melhoria, metade do ângulo), o que corresponde às três linhas amplamente utilizadas na tabela ETDRS (Early Treatment of Diabetic Retinopathy Study) de acuidade visual.

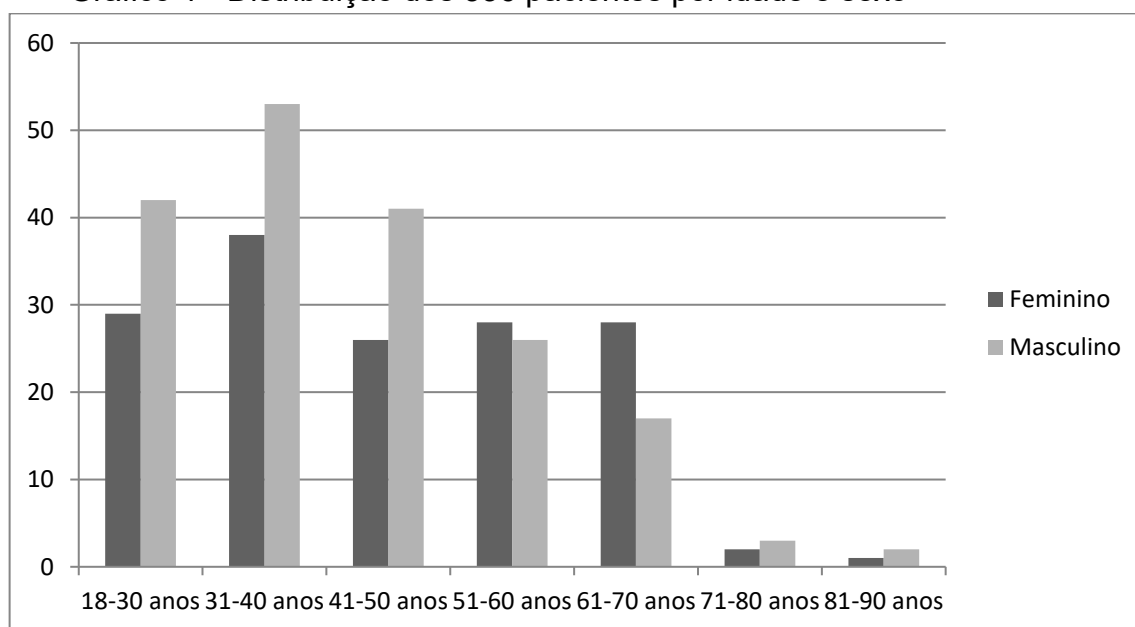
4.3 ANALISE ESTATÍSTICA

As variáveis categóricas foram analisadas através das suas respectivas frequências e as variáveis quantitativas através do cálculo de estatísticas descritivas como mediana, média, porcentagens. Foram elaboradas tabelas e gráficos apropriados às escalas de mensuração de cada uma das variáveis através do programa SPSS (IBM SPSS Statistics, versão 21, Chicago, Illinois, EUA).

5 RESULTADOS

De acordo com os critérios de inclusão do trabalho, dos 433 prontuários analisados, foram considerados 336 prontuários. Nota-se uma divergência das frequências entre o sexo masculino e o feminino em relação à faixa etária (Gráfico 1). O Gráfico 1 demonstra o percentual em cada faixa etária, destacando 25% (n=38) do sexo feminino e 28,8% (n=53) do sexo masculino entre 31-40 anos, que representa 27,08% dos casos de uveítes avaliados. A soma do grupo etário entre 18 e 40 anos representa 48,21% (n=162) dos casos totais observados.

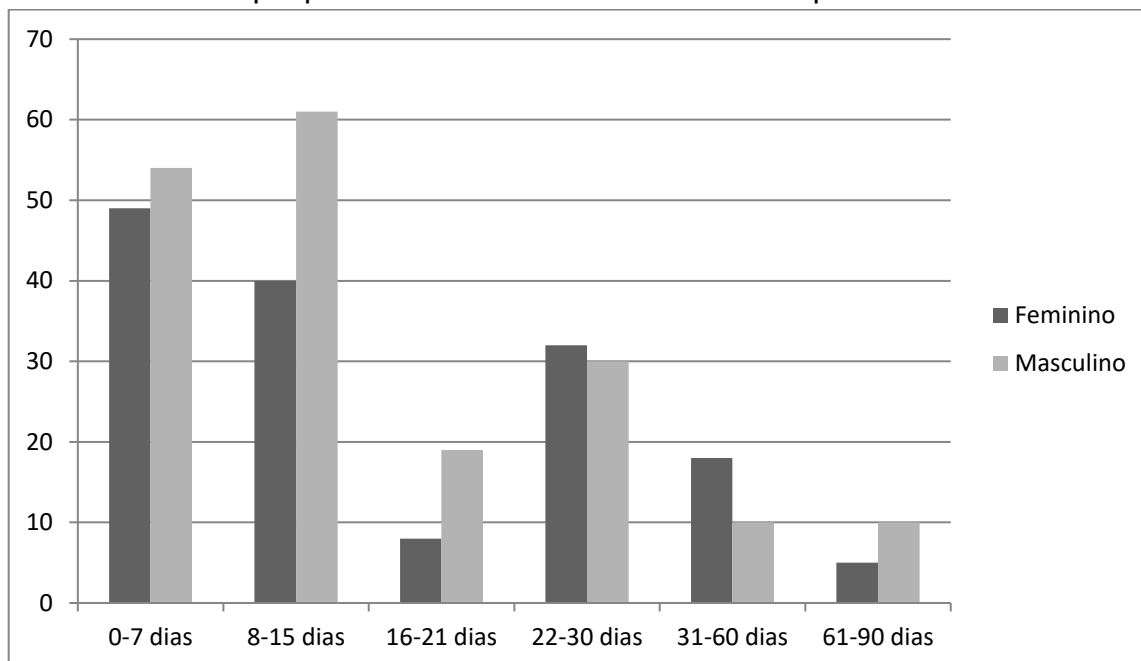
Gráfico 1 - Distribuição dos 336 pacientes por idade e sexo



Fonte: Autora, (2023).

A idade média foi de 42,80 ($\pm 14,22$), com mediana de 41 anos (18-87 anos). O sexo masculino apresentou maior percentual de casos em relação ao sexo feminino. Observou-se um predomínio de mulheres apenas entre 50-70 anos no Gráfico 1.

Gráfico 2 - Relação entre o início de sintomas de uveíte, em dias, e o número de homens e mulheres que procuraram o setor de referência especializado.



Fonte: Autora, (2023).

Em relação ao início dos sintomas e à entrada no serviço especializado, avaliou-se um tempo médio de 21,03 dias e uma mediana de 14 dias (3 - 90 dias). O tempo de acesso ao setor especializado foi de: três a sete dias em 103 pacientes, correspondendo a (30,65%); oito a quinze dias em 101 pacientes, (30,05%); de dezesseis a vinte um dias para 27 pacientes, (8,05%); de vinte dois a trinta dias em 62 pacientes (18,45%); de trinta e um a sessenta dias em 28 pacientes (8,34%) e de sessenta e um a noventa dias em 15 pacientes (4,46%). De acordo com a distribuição apresentada no Gráfico 2, nos primeiros 30 dias do início dos sintomas, 293 pacientes, ou seja, (87,20%) tiveram acesso à consulta especializada de uveíte, sendo a maioria homens.

A comorbidade foi avaliada em 201 pacientes, nos quais 31 pacientes, (15,4%), apresentavam relato de doença pré-existente como HIV, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão.

Tabela 1 - Diagnóstico de uveíte

Diagnóstico	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	N	%
Uveíte Anterior	48	30,96	63	34,81	111	33,04
Uveíte Intermediária	5	3,23	5	2,76	10	2,98
Uveíte Posterior	79	50,97	107	59,12	186	55,36
Panuveíte	14	9,03	2	1,10	17	5,05
Esclerites	9	5,81	3	1,66	12	3,57
Total	155	100	181	100	336	100

Fonte: Autora, (2023).

Em relação à classificação anatômica a uveíte posterior foi a mais frequente em 55,36% dos pacientes, seguida da uveíte anterior em 33,04% dos casos demonstrados na Tabela 1.

O diagnóstico etiológico mais frequente entre as uveítes posteriores foi toxoplasmose (em 72,73% dos casos), e entre as uveítes anteriores a mais frequente foi idiopática (83,34% dos casos).

A ocorrência de uveíte em ambos os olhos foi de 16,37% (n=55) dos 336 pacientes, portanto, 83,63% dos casos unilaterais.

Observou-se que, dos 201 pacientes acompanhados, 177 olhos apresentaram uveíte unilateral e 48 olhos uveíte bilateral.

A avaliação da acuidade visual foi realizada em 201 pacientes que fizeram acompanhamento no setor no período de três meses. Os gráficos abaixo descrevem o tempo do início dos sintomas até admissão no setor e a acuidade visual antes e após três meses de acordo com a classificação das uveíte.

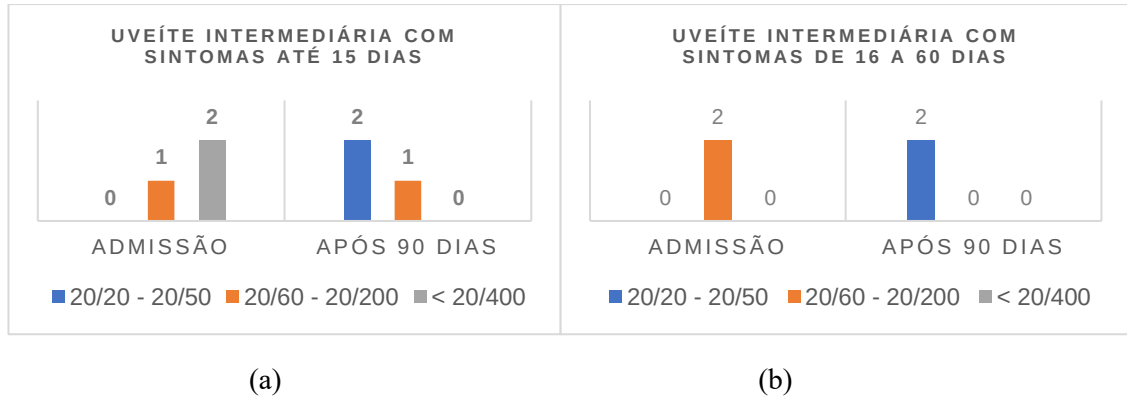
Gráfico 3 - Olhos afetados com uveíte anterior que foram admitidos no setor nos primeiros 15 dias dos sintomas (a), entre 16 dias e 30 dias (b), entre 31 dias e 60 dias (c), e entre 61 dias e 90 dias(d) e a acuidade visual antes e após 3 meses



Fonte: Autora, (2023).

Dos 225 olhos acometidos, 85 (37,78%) apresentaram uveíte anterior. De acordo com o gráfico 3, 83 (96,47%) olhos permaneceram na faixa de visão normal e 2 (2,35%) olhos mantiveram com visão abaixo de 20/400 devido a atividade da uveíte.

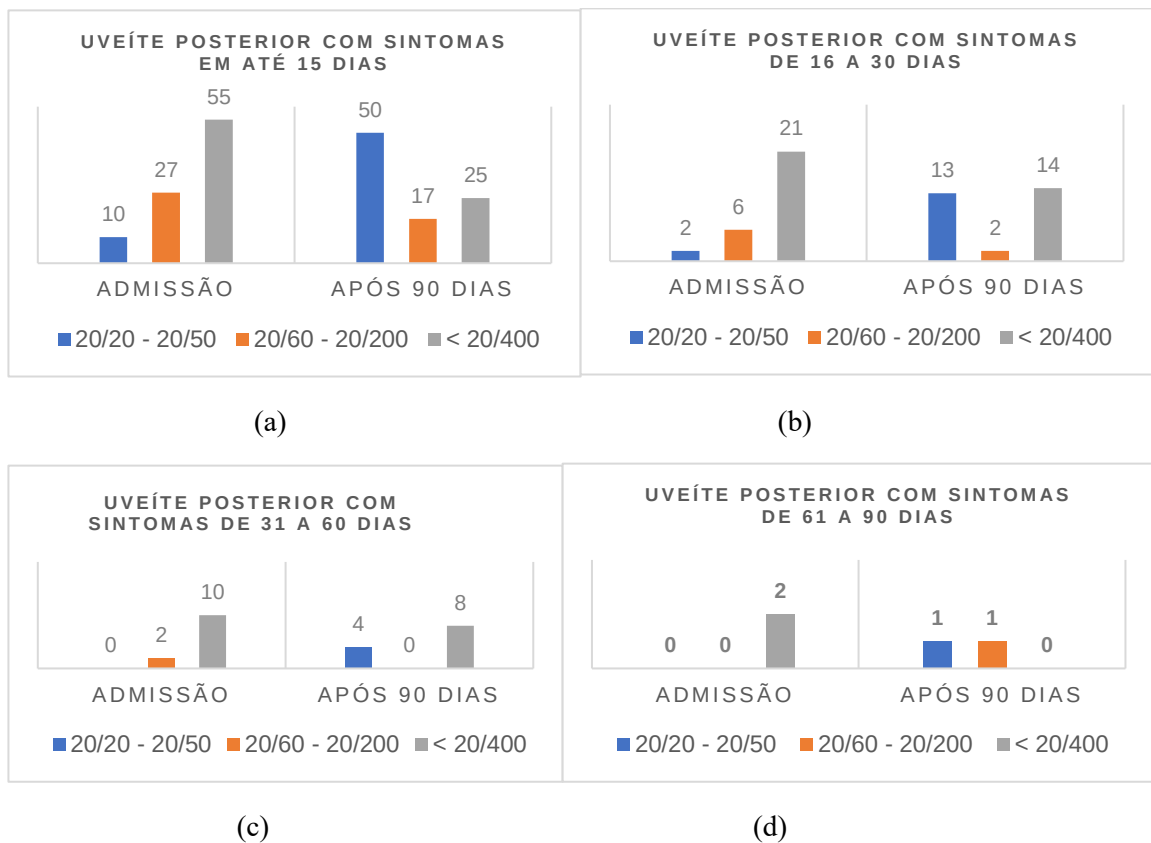
Gráfico 4 - Olhos afetados com uveíte intermediária que foram admitidos no setor nos primeiros 15 dias dos sintomas (a), entre 31 dias e 60 dias (b).



Fonte: Autora, (2023).

Na uveíte intermediária (Gráfico 4) observou-se o menor número de olhos afetados e que 4 (80%) olhos evoluíram para acuidade visual entre 20/20- 20/50.

Gráfico 5 - Olhos afetados com uveíte posterior que foram admitidos no setor nos primeiros 15 dias dos sintomas (a), entre 16 dias e 30 dias (b), entre 31 dias e 60 dias (c), e entre 61 dias e 90 dias (d) e a acuidade visual antes e após 3 meses.



Fonte: Autora, (2023).

Foram avaliados 135 olhos com uveíte posterior e 85 (62,96%) apresentaram diagnóstico de uveíte posterior por toxoplasmose.

Nos primeiros 15 dias foram admitidos 92 olhos com uveíte posterior, sendo dez (10,14%) olhos com acuidade visual entre 20/20 - 20/50 e 82 (89,13%) olhos com baixa visão (20/60- 20/200) e cegueira (menor que 20/400). Após três meses 40(48,78%) olhos apresentaram melhora da acuidade visual, alcançando 20/20 – 20/50. (Gráfico 5)

Dos 55 olhos admitidos com cegueira devido à atividade da uveíte posterior, nos primeiros 15 dias, 30 olhos apresentaram ganhos na linha de visão, e 19 (34,54%) olhos admitidos com cegueira, evoluíram para 20/20- 20/50. Na admissão entre 16-30 dias, 7 (33,33%) olhos com cegueira apresentaram ganhos na linha de visão e seis (28,57%) olhos alcançaram para 20/20- 20/50 e na admissão entre 31 a 60 dias dois (20%) olhos apresentaram ganhos, sendo um (50%) olho para 20/20- 20/50.

A cegueira dos olhos acometidos por uveíte unilateral após 3 meses foi observada em 49 (27,68%) olhos dos 177 olhos admitidos, por sequelas e complicações. Dos 24 pacientes que entraram no setor com acometimento bilateral, três (12,5%) evoluíram com cegueira bilateral devido a sequelas da uveíte posterior.

A cicatriz macular foi observada em 21 (24,70%) olhos com uveíte posterior por toxoplasmose após 30 dias, causando permanência da visão abaixo de 20/400 após 90 dias.

A atividade da uveíte, independentemente da classificação anatômica, foi avaliada de acordo com os parâmetros preestabelecidos e observado que 15 (6,65%) olhos se mantiveram em atividade após três meses com predomínio das uveítes posteriores em 80% dos olhos acometidos.

As complicações foram avaliadas até os primeiros três meses da admissão do paciente, como mostra na Tabela 2, a seguir. Entre os 201 pacientes, 73 (36,32%) pacientes apresentaram alguma complicação e 21 (10,45%) pacientes apresentaram sequelas, sendo a cicatriz macular a mais comum. A vitreíte (32,88%), catarata (19,18%), membrana epirretiniana (15,07%) e glaucoma (10,96%) foram as complicações mais frequentes.

Tabela 2 - Complicações da uveíte no período de 3 meses após admissão

Complicações	n	%
Catarata	14	19,18
Descolamento de Retina	5	6,84
Edema macular cistoide	4	5,48
Glaucoma	8	10,96
Membrana epirretiniana	11	15,07
Membrana neovascular	1	1,37
Opacidade corneana	3	4,11
Phthisis	3	4,11
Vitreíte	24	32,88
Total	73	100

Fonte: Autora, (2023).

6 DISCUSSÃO

Estudos epidemiológicos sobre a incidência de uveítes e acesso ao tratamento no setor terciário são necessários para o planejamento de ações em saúde, pois contribuem para o estabelecimento do padrão das doenças, variando conforme a localidade e época.

Embora a uveíte possa manifestar-se em qualquer faixa etária, nossa análise demonstrou predomínio em pacientes jovens, assim como observado no estudo de Gonzalez Fernandez *et al.* (2018) e Neiter *et al.* (2019). Esta característica permite a diferenciação da uveíte de uma série de doenças oftálmicas.

Em relação ao sexo, ocorreu leve predomínio de homens. Em um estudo publicado em 2020 na Índia (Borde *et al.*, 2020), observaram que 50,95% dos casos de uveítes ocorreram em homens. Em contrapartida, o estudo francês demonstrou que 59% das mulheres foram acometidas pela inflamação intraocular (Neiter *et al.*, 2019). Foi demonstrado uma prevalência de uveíte semelhante em homens e mulheres ou até mesmo um leve predomínio no sexo feminino, principalmente em países desenvolvidos (Tsirouki *et al.*, 2018).

Segundo o aspecto clínico dos prontuários revisados em nosso estudo, a uveíte posterior se apresentou com maior frequência, estando a uveíte anterior em segundo lugar e a uveíte intermediária aparece entre o menor número de casos avaliados, assim como observado no estudo de Fernandez *et al.*, 2018. No estudo indiano em 2017 (Sabhapandit *et al.*, 2017), assim como outras pesquisas (Camilo *et al.*, 2014; García-Aparicio *et al.*, 2021; Hermann *et al.*, 2021; Neiter *et al.*, 2019), houve maior incidência de uveítes anteriores. No Japão, Sonoda *et al.* (2016) relata maiores casos de panuveíte por Behçet, SVKH e sarcoidose. Já no Brasil, avaliação em 2014 mostrou a predominância de uveíte anterior, encontrada em 63,5% dos casos (Gameira Filho *et al.*, 2017).

Fazendo uma revisão em artigos nacionais, independentemente do período, notou-se a prevalência da toxoplasmose ocular em nosso meio (Gonzalez Fernández *et al.*, 2015). Um levantamento de casos no Piauí em 2016 (Teixeira *et al.*, 2016) constatou que a uveíte posterior infecciosa mais frequente foi causada por toxoplasmose em 78,5% dos pacientes. Em nosso estudo, a toxoplasmose manteve-se mais prevalente entre as uveítes posteriores. A maioria dos relatos na literatura

refere-se às uveítes anteriores como as mais frequentes, entre a população geral, seguida por uveítes posteriores, panuveíte e uveítes intermediárias (Tsirouki *et al.*, 2018). Entretanto, alguns estudos são questionáveis devido ao possível viés de seleção, ou seja, como em geral são realizados em centros terciários, como o nosso, nos quais os pacientes acompanhados teriam um perfil etiológico distinto com casos mais desafiadores, por vezes eles não refletiriam o padrão etiológico da população em geral (McCannel, 1996). Camilo *et al.* (2014) demonstraram que a uveíte anterior foi a mais comumente encontrada na emergência oftalmológica. Pesquisas com dados em centro de atenção primária relatam taxa mais alta de uveíte anterior do que em centros terciários, realizados em mesma região geográfica (Tsirouki, 2016).

Ainda que haja insuficiência de dados sobre o impacto socioeconômico da uveíte e suas consequências, é uma entidade que afeta pacientes adultos jovens e economicamente ativos, levando à baixa visão e cegueira, impacta possivelmente na principal fonte de renda familiar. Nos Estados Unidos, de acordo com Durrani *et al.* (2004), apesar da incidência de diabetes ser duas vezes maior que da uveíte, o custo estimado da cegueira por uveíte, para a economia é igual ao custo da cegueira por diabetes, por acometer pacientes de meia idade.

Ao enfatizar o impacto econômico da perda visual, é importante salientar fatores que possam minimizar a cronicidade da doença. O elevado tempo de espera para um atendimento específico é outro fator que reflete a qualidade de serviço de saúde de um país (Uzelli *et al.*, 2012), por estar relacionado à capacidade de resposta do sistema às necessidades de atenção a saúde. Um longo tempo de espera diminui a eficiência e produtividade, aumenta os custos com saúde e limita capacidade efetiva da clínica de saúde (Farias, 2019).

No que se refere aos cuidados de atenção à saúde, um sistema ineficiente de referência e contrarreferência gera prejuízo no tratamento e no seguimento deste usuário. (Molini-Avejonas, Estevam, Couto, 2015). Outrossim, levará à perda de tempo crucial para determinadas patologias, já que a uveíte é uma importante causa de cegueira no mundo, mas seu impacto geralmente é subestimado devido à falta de compreensão e conhecimento da condição entre o público e os profissionais de saúde não oftalmologistas (Uzelli *et al.*, 2012).

Até o presente momento, este é um estudo pioneiro no Brasil. Na Colômbia, um estudo observacional relatou o tempo do início dos sintomas até a entrada no setor

especializado de 2,08 anos (Villalobos-Pérez *et al.*, 2021). Outro estudo em Toronto, em 2018, avaliou o tempo médio de espera para a consulta no setor terciário, não relatando o início dos sintomas (Felfeli, T. *et al.*, 2018), e o identificou em 49,49 dias. No presente estudo, observa-se um tempo médio menor de entrada desde o início dos sintomas.

O levantamento feito por Durrani *et al.* (2004) afirma que a perda da acuidade visual na uveíte acontece como uma deterioração visual temporária, por vezes grave, de duração indeterminada, que podem ocorrer complicações. Ademais, nas uveítes, os episódios recorrentes de inflamação resultam em danos cumulativos. Isto reforça a necessidade de um sistema de referência e contrarreferência eficaz para que se reduza a chance de morbidade ocular. (Durrani *et al.*, 2004). No Brasil a uveíte é responsável por 15,7% dos indivíduos encaminhados para reabilitação visual, representando segundo diagnóstico mais frequente em clínica de baixa visão (Gonzalez Fernández *et al.*, 2015). É importante ressaltar que a uveíte é uma doença heterogênea e de difícil avaliação comparativa em relação a acuidade visual. Pesquisadores do Norte da Califórnia (Gritz *et al.*, 2018) relatam que o curso e a classificação anatômica da uveíte influenciam na perda de visão. Observaram que a maior parte dos casos que evoluiu com baixa visão ocorreu em pacientes com diagnóstico de uveíte posterior. Assim como em nossa coleta de dados notou-se que, a acuidade visual após três meses difere pela localização do sítio primário da inflamação, sendo mais olhos com acuidade menor 20/400 nas uveítes posteriores devido a complicações e sequelas.

De acordo com o estudo de Pristilli *et al.* (2021), em 2021 os ganhos de visão precoces refletiam a melhoria geral dos cuidados prestados pelos centros de referência terciários e sugeriram que os pacientes com uveíte ativa poderiam se beneficiar de um encaminhamento precoce. Concluem também que entre vários fatores citados que estão associados a pior visão ao longo do tempo estão; a idade maior que 65 anos, raça, tabagismo e elevado tempo desde o início dos sintomas até o encaminhamento ao centro terciário. Em nossa análise, entre os olhos admitidos com uveíte posterior nos primeiros 15 dias de sintomas, mais da metade apresentaram, após 3 meses, ganhos na linha de visão e a maioria com acuidade visual maior ou igual a 20/50. Apresentando um maior número de olhos que evoluiu de baixa visão e cegueira para faixa de visão normal.

A porcentagem das complicações foi maior em relação à taxa de 29,5% relatada por Gritz *et al.* (2018). No estudo indiano foi observado 28,09% de complicações (Borde *et al.*, 2020). Pesquisa de 2020 relaciona a cronicidade da uveíte com risco aumentado de glaucoma secundário (Prieto-Del-Cura; González-Guijarro, 2020). Em nossa análise, ao considerarmos os três primeiros meses de evolução desde a admissão, observamos menor número de casos de glaucoma.

Por sua natureza, estudos retrospectivos podem tornar difícil determinar alguns detalhes da evolução dos pacientes, limitando a avaliação dos casos. Dados dos pacientes ficaram pouco claros em relação à descrição de algumas complicações, impedindo a inclusão no estudo. Diferentemente do estudo de coorte que permite uma melhor avaliação das complicações.

Neste contexto, compreendemos que este estudo contribui na identificação de fatores que podem auxiliar prognóstico visual de um paciente com uveíte, a partir do direcionamento em um curto período de tempo, ao setor terciário, sendo, assim, capaz de direcionar a necessidade de políticas de saúde pública no atendimento da população ao enfatizar, na atenção básica, a relevância do sistema de referência eficaz e reconhecimento da uveíte como entidade que leva adultos jovens à cegueira.

7 CONCLUSÃO

Apesar da dificuldade em projetar um tempo médio de espera ideal por atendimento em serviço terciário, a admissão dos pacientes com uveíte no setor especializado ocorreu em tempo menor ao descrito na literatura vigente.

A recuperação visual foi observada em todas as formas de uveítes, independente da classificação anatômica, estando diretamente correlacionada ao tempo de admissão. Pacientes admitidos nos primeiros 15 dias de apresentação dos sintomas, evoluíram com melhora importante da acuidade visual.

As principais complicações observadas foram vitreíte, catarata e membrana epirretiniana. Sendo a cicatriz macular a sequela mais comum.

8 PERSPECTIVAS FUTURAS

Como perspectiva futura, é importante que a maioria das causas de uveíte sejam curáveis para que o dano ocular seja prevenido ou limitado. O tratamento adequado e precoce, a avaliação dos meios que possam diminuir o tempo de acesso ao setor de uveíte, a melhoria dos programas de informação e educação da sociedade, bem como o aumento das pesquisas médicas podem evitar consequências financeiras e sociais da inflamação ocular, devendo ser incluída nas importantes doenças oftalmológicas que causam baixa visão.

Estudos epidemiológicos podem aprimorar as estratégias de saúde pública, reduzindo o tempo de acesso ao tratamento da uveíte e possibilitando diagnósticos precoces. A Inteligência Artificial (IA) na medicina e telemedicina tem desempenhado um papel importante no manejo das doenças oculares, analisando dados para facilitar o acesso à informação. A união de tecnologia avançada com práticas baseadas em evidências pode melhorar os resultados no tratamento da uveíte e outras condições oftalmológicas.

REFERÊNCIAS

ACHARYA, N, R. *et al.* Incidence and prevalence of uveitis: results from the pacific ocular inflammation study. **JAMA Ophthalmology**, Chicago, v. 131; n. 11, p. 1405-1412, Nov. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24008391/>. Acesso em: 15 ago. 2020.

ALBAROUDI, N. *et al.* Facteurs pronostiques des uvéites. **Journal Français D'Ophthalmologie**, Paris, v. 40, n. 9, p. 751-757, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28882393/>. Acesso em: 27 set. 2018

AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY (ed.) **2022-2023 basic and clinical science course: uveitis and ocular inflammation**, 9. São Francisco: American Academy of Ophthalmology, 2022.

BAARSMA, G. S. A epidemiologia e genética da uveíte endógena: uma revisão. **Current Eye Research**, London, 1992, v. 11, Supl. 1-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1424734/>. Acesso em: 15 ago. 2020.

BARISANI-ASENBAUER, T. *et al.* Uveitis- a rare disease often associated with systemic diseases and infections- a systematic review of 2619 patients. **Orphanet Journal of Rare Diseases**, London, v. 7, n. 57, Aug. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22932001/>. Acesso em: 15 ago. 2020.

BARRY, R. J. *et al.* Pharmacotherapy for uveitis: current management and emerging therapy. **Clinical Ophthalmology**, Auckland, v. 8, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4181632/>. Acesso em: 22 set. 2021.

BODAGHI, B. *et al.* Chronic severe uveitis: etiology and visual out-come in 927 patients from a single center. **Medicine (Baltimore)**, Hagerstown, 2001, v. 80, n. 4, p. 263-270, July 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11470987/>. Acesso em: 22 set. 2021.

BONNET, C.; BRÉZIN, A. Uveitis: diagnosis and work-up. **Journal Français D'Ophthalmologie**, Paris, v. 43, n. 2, p. 145-151, Feb. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31813553/>. Acesso em: 22 set. 2020.

BORDE, P. *et al.* Pattern of uveitis in a tertiary eye care center of central India: Results of a prospective patient database over a period of two years. **Indian Journal of Ophthalmology**, Bombay, v. 68, n. 2, Mar. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sea-197832>. Acesso em: 13 maio 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde. **Resolução normativa nº 259 de 17 de junho de 2011 da Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000**. Brasília, DF: ANS, 2011. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&forma=t=raw&id=MTc1OA==>. Acesso em 27 de agosto de 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 553 de 09 de agosto de 2017 da carta de direitos dos usuários de saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, DF, ed. 10, p. 41-44, 15 jan. 2018. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso553.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2018.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial União**, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1997. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 18 set 2018.

CANAMARY, A.M.JR, *et al.* Quality-of-Life and Psychosocial Aspects in Patients with Ocular Toxoplasmosis: A Clinical Study in a Tertiary Care Hospital in Brazil. **Ocular Immunology and Inflammation**, London, v.28, n.4, p.679-687, May. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31589483/>. Acesso em: 15 jan 2024

CAMILO, E. N. *et al.* Clinical and epidemiological characteristics of patients with uveitis in an emergency eye care center in Brazil. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 77, n. 1, Jan.-Feb. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25076370/>. Acesso em: 25 ago. 2018.

CUNNINGHAM, E. T. Uveitis in HIV positive patients. **British Journal of Ophthalmology**, England, v. 84, p. 233-237, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1723394/>. Acesso em: 16 jan. 2022.

DARRELL, R. W.; WAGENER, H. P.; KURLAND, L. T. Epidemiology of uveitis: incidence and prevalence in a small urban community. **Archives of Ophthalmology**, Chicago, v. 68, p. 502-514, Oct. 1962. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13883604/>. Acesso em: 16 jan. 2022.

DESCHENES, J. *et al.* International uveitis study group (IUSG): clinical classification of uveitis. **Ocular Immunology and Inflammation**, London, v. 16, n. 1, p. 1 2, Jan.-Feb. 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18379933/>. Acesso em: 23 jan. 2022.

DURRANI, O. M. *et al.* Degree, duration, and causes of visual loss in uveitis. **British Journal of Ophthalmology**, England, v. 88, p. 1159-1162, Sept. 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15317708/>. Acesso em: 23 jan. 2022.

FARIAS, C. M. L. *et al.* Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 5, dez. 2019. Disponível em: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/2603>. Acesso em: 23 jan. 2022.

FELFELI, T. *et al.* Referral characteristics and wait times for uveitis consultation at academic tertiary care centres in Toronto. **Canadian Ophthalmological Society**, v. 53, n. 6, p. 639-645, Dec. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30502992/>. Acesso em: 23 jan. 2022.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, dez. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/VnySD7xrN57bZFmssX3R5wj/?lang=pt>. Acesso em: 23 jan. 2022.

FORRESTER, J. V.; KUFFOVA, L.; DICK, A. D. Autoimmunity, autoinflammation, and infection in uveitis. **American Journal of Ophthalmology**, Chicago, v. 189, p. 177-185, May 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29505775/>. Acesso em: 23 jan. 2022.

GAMEIRO FILHO, A. R. *et al.* Epidemiological analysis of cases of uveitis in a tertiary Hospital. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 4, p. 181-185, July-Aug. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbof/a/VpSfwdV66VCxLfl8mTHyH5p/?lang=en>. Acesso em: 23 jan. 2022.

GARCÍA-APARICIO, A. *et al.* Complications of uveitis in a spanish population, UveCAM study. **Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología**, Madrid, v. 97, n. 5, p. 244-250, Apr. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35469772/>. Acesso em: 27 nov. 2022.

GARCÍA-APARICIO, A. *et al.* Epidemiologia da uveíte em um região espanhola: prevalência e etiologia, epidemiologia oftálmica. **Ophthalmic epidemiology**, London, v. 28, n. 3, p. 227-26, June 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32893701/>. Acesso em: 27 nov. 2022.

GARDINER, A. M. *et al.* Correlation between visual function and visual ability in patients with uveitis. **The British Journal of Ophthalmology**, England, v. 86, n. 9, p. 993-996, Sept. 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1771270/>. Acesso em: 28 fev. 2023.

GBD 2019 BLINDNESS AND VISION IMPAIRMENT COLLABORATORS; VISION LOSS EXPERT GROUP OF THE GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY. Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years, and prevalence of avoidable blindness in relation to VISION 2020: the right to sight: an analysis for the global burden of disease Study. **The Lancet. Global Health**, England, v. 9, n. 2, p. 144-160, Feb. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7820391/>. Acesso em: 27 nov. 2022.

GONZALEZ FERNANDEZ, D. *et al.* Uveitis in São Paulo, Brazil: 1053 new patients in 15 months. **Ocular Immunology and Inflammation**, London, v. 25, n. 3, p. 382-387, Feb. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26914347/>. Acesso em: 23 jan. 2022.

GOPALAKRISHNAN, S. *et al.* Visual rehabilitation of patients with low vision in uveitis. **Indian Journal of Ophthalmology**, Bombay, v. 67, n. 1, p. 101-104, Jan. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30574902/>. Acesso em: 27 nov. 2022.

GRITZ, D. C.; SCHWABER, E. J.; WONG, I. G. Complications of uveitis: the Northern California Epidemiology of Uveitis Study. **Ocular Immunology and Inflammation**, London, v. 26, n. 4, p. 584-594, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28112975/>. Acesso em: 10 fev. 2023.

GRITZ, D. C.; WONG, I. G. Incidence and prevalence of uveitis in Northern California; the Northern California epidemiology of uveitis study. **Ophthalmology**, Minnesota, v. 111, n. 3, p. 491-500, Mar. 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15019324/>. Acesso em: 5 jun. 2021.

HERMANN, L. *et al.* Epidemiology of Uveitis in a tertiary care centre in Portugal. **Seminars in Ophthalmology**, v. 26, n. 1-2, 2021. 10.1080/08820538.2021Acesso em: 10 fev. 2023.

JAAKKIMAINEN, L. *et al.* Esperando para ver o especialista: características do paciente e do provedor de tempos de espera do atendimento primário ao especializado. **BMC Family Practice**, London, v. 15, n. 16, p. 1-13, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Biblioteca/Desktop/1471-2296-15-16.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2023.

JABS, D. A. *et al.* Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data: results of the First International Workshop. **American Journal of Ophthalmology**, Chicago, v. 140, n. 3, p. 509-516, Sept. 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16196117/>. Acesso em: 10 fev. 2023.

KRISHNA, U. *et al.* Uveitis: a sight-threatening disease which can impact all systems. **Postgraduate Medical Journal**, Oxford, v. 1106, p. 766-773, Dec. 1993. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28942431/>. Acesso em: 5 jun. 2021.

LEAL, Barros D. N. **Conceito de visão subnormal**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Visão Subnormal, [202-]. Disponível em: <http://www.cbo.com.br/subnormal/conceito.htm>. Acesso em: 21 jan. 2024

LEESE, G. P. *et al.* Screening uptake in a well-established diabetic retinopathy screening program: the role of geographical access and deprivation. **Diabetes Care**, New York, v. 31, n. 11, Nov. 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18728235/>. Acesso em: 5 jun. 2021.

LLORÉNS, R. *et al.* Effectiveness, usability, and cost-benefit of a virtual reality-based telerehabilitation program for balance recovery after stroke: a randomized controlled trial. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Philadelphia, v. 96, n. 3, p. 418-425, Mar. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25448245/>. Acesso em: 21 jul. 2022.

MARQUES, A. P. *et al.* Global economic productivity losses from vision impairment and blindness. **EClinicalMedicine**, London, v. 35, Apr. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33997744/>. Acesso em: 21 jul. 2022.

MCCANNEL, C. A. *et al.* Causes of uveitis in the general practice of Ophthalmology. **American Journal of Ophthalmology**, Chicago, v. 121, n. 1, p. 35-46, 1996. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8554079/>. Acesso em: 21 jul. 2022.

MOLINI-AVEJONAS, D. R.; ESTEVAM, S.F.; COUTO, M.I. V. Organização do sistema de referência e contrarreferência de uma clínica-escola fonoaudiológica. **Revista CoDAS**, São Paulo/SP, v. 27, n. 3, p. 273-278, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/T3hFhnksZMY3kcwQBPC48Zn/?lang=pt>. Acesso em 10 de jun 2021.

MORAES, H. M. V. *et al.* Causes and characteristics of uveitis cases at a reference university hospital in Rio de Janeiro, Brazil. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 85, n. 3, p. 255-262, May-June 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abo/a/bv7Wj6HPBSRNFPDwQDsJKf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 jul. 2022.

NEITER, E. *et al.* Caractéristiques épidémiologiques et étiologiques des uvéites dans un centre hospitalier universitaire. **Journal Français d'Ophthalmologie**, Paris, v. 42, n. 8, p. 844-851, Oct. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31164299/>. Acesso em: 5 jun. 2021.

NIZETIC, B. Perspectives in ophthalmology: a public health point of view. Canadian journal of ophthalmology. **Journal Canadien d'Ophthalmologie**, Montreal, v. 8, n. 2, p. 311-316, 1973. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4707218/>. Acesso em: 21 jul. 2022.

OH, B. L. *et al.* Incidence and risk factors for blindness in uveitis: a nationwide cohort study from 2002 to 2013. **Ocular Immunology and Inflammation**, London, v. 29, n. 6, p. 1040-1044, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32293927/>. Acesso em: 10 set. 2020.

OMS. **Classificação Internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

OMS. **Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde**. Brasília: OPAS; 2014. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-p.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2022.

PAIVONSALO-HIETANEN, T. *et al.* Incidence and prevalence of different uveitis entities in Finland. **Acta Ophthalmologica Scandinavica**, Hvidovre, v. 75, n. 1, p. 76-81, Feb. 1997. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9088407/>. Acesso em: 7 out. 2021.

PEREIRA, F. B. *et al.* Perfil da demanda e morbidade dos pacientes atendidos em centro de urgências oftalmológicas de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 4, p. 238-242, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbof/a/fvqTzyF7tHjyhxWyhMbcxhJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 jul. 2022.

PIERRE FILHO, G. Profile of ocular emergencies in a tertiary hospital from Northeast of Brazil. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 12-17, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbof/a/JTRFfLDbZG6j3qY47FC6QYj/?lang=en>. Acesso em: 7 out. 2021.

PINTO, L. F. *et al.* A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1257-1267, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6nJCDSJZNSZBhMWDzwvmMgv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2020.

PISTILLI, M. *et al.* Immunosuppressive Therapy for Eye Diseases (SITE) Research Group. Visual Acuity Outcome over Time in Non-Infectious Uveitis. **Ocular Immunology and Inflammation**. London, v.29, n.6, p.1064-1071, Aug. 2021

PRIETO-DEL-CURA, M.; GONZÁLEZ-GUIJARRO J.J. Risk factors for ocular complications in adult patients with uveitis. **Eur J Ophthalmol**. 2020 Nov;30 v. 6, p.1381-1389. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31902244/> Acesso em: 30 jan. 2023

RESNIKOFF, S. National prevention of blindness programmes and Vision 2020. **Community Eye Health Journal**, London, v. 13, n. 36, p.49-50, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1705986/>. Acesso em: 10 set. 2020.

ROSENBAUM, J. T. *et al.* New observations and emerging ideas in diagnosis and management of non-infectious uveitis: a review. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**, Philadelphia, v. 49, n. 3, p. 438-445, Dec. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31301816/>. Acesso em: 10 set. 2020.

ROTHOVA, A. *et al.* Causes and frequency of blindness in patients with intraocular inflammatory disease. **The British Journal of Ophthalmology**, London, v. 80, n. 4, p. 332-336, 1996. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC505460/>. Acesso em: 10 set. 2020.

SABHAPANDIT, S. *et al.* Epidemiology and clinical features of uveitis from urban populations in South India. **Ocular Immunology and Inflammation**, London, v. 25, supl. 1, p. S39-S45, Oct. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27782762/>. Acesso em: 7 out. 2021.

SCHWAB, L. Eye care delivery in developing nations: paradigms, paradoxes, and progress. **Ophthalmic Epidemiology**, London, v. 1, n. 3, p. 149-154, 1994. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8790621/>. Acesso em: 10 set. 2020.

SILVA, L. M. P. *et al.* Quality of life and psychological aspects in patients with visual impairment secondary to uveitis: a clinical study in a tertiary care hospital in Brazil. **Ocular Immunology and Inflammation**, London, v. 27, n. 1, p. 99-107, 2019. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09273948.2017.1370551?journalCode=ioii20>. Acesso em: 10 set. 2020.

SONODA, K. H. *et al.* Epidemiologia da uveíte no Japão: uma pesquisa retrospectiva nacional de 2016. **Japanese Journal of Ophthalmology**, v. 65, p. 184-190, 2021. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10384-020-00809-1>. Acesso em: 10 set. 2020.

SUDHARSHAN, S. *et al.* Human immunodeficiency virus and intraocular inflammation in the era of highly active anti retroviral therapy: an update. **Indian Journal of Ophthalmology**, Bombay, v. 68, n. 9, p. 1787-1798, Sept. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32823395/>. Acesso em: 22 set. 2021.

SUHLER, E. B. *et al.* Incidence and prevalence of uveitis in Veterans affairs medical centers of the Pacific Northwest. **American Journal of Ophthalmology**, Chicago, v. 146, n. 6, p. 890-896, Dec. 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19027424/#:~:text=Results%3A%20This%20study%20found%20a,of%2069%20cases%2F100%2C000%20persons>. Acesso em: 27 mar. 2022.

SUTTROP-SCHULTEN, M. S.; ROTHOVA, A. The possible impact of uveitis in blindness: a literature survey. **The British Journal of Ophthalmology**, London, v. 80, p. 844-848, 1996. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC505625/>. Acesso em: 10 set. 2020.

TEIXEIRA, L. P. *et al.* Estudo da prevalência das uveítes em hospital oftalmológico terciário em Teresina, Piauí, Brasil, **Revista Brasileira de Oftalmologia**, Rio de Janeiro, v. 75, n. 3, p. 174-180, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbof/a/XdpWWVDBnNWW4JHcvnvHmfk/?lang=pt>. Acesso em: 21 jul. 2022.

TOMKINS-NETZER, O. *et al.* Long-term clinical outcome and causes of vision loss inpatients with uveitis. **Ophthalmology**, Minnesota, 2014, v. 121, n. 12, p. 2387-2392, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25178807/>. Acesso em: 21 jul. 2022.

TÔRRES, A. K. V. *et al.* Acessibilidade organizacional de crianças com paralisia cerebral a reabilitação motora na cidade do Recife. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 4, p. 427-436, dez. 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/SdsjRZRG7CVkLbYszzsBHVD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 2 set 2018.

TSIROUKI, T. *et al.* A focus on the epidemiology of uveitis. **Ocular Immunology and Inflammation**, London, v. 26, n. 1, p. 2-16, 2018. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09273948.2016.1196713>. Acesso em: 21 jul. 2022.

UZELLI, G. P. Avaliação das dificuldades enfrentadas pelo paciente para realização de uma consulta médica de nível terciário. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Distrito Federal, v. 23, n. 3, p. 207-214, jul.-set. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v23_n3_a2_avaliacao_dificuldades_enfrentadas.pdf. Acesso em: 2 set 2018.

VARMA, R. *et al.* Four-year incidence and progression of visual impairment in Latinos: the Los Angeles Latino Eye Study. **American Journal of Ophthalmology**, Chicago, v. 149, n. 5, p. 713-727, May 2009. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002939409009143>. Acesso em: 21 jul. 2022.

VILLALOBOS-PÉREZ *et al.* Referral Process in Patients with Uveitis: A Challenge in the Health System. **Clin Ophthalmol**. 2021 Jan v.6; n.15:p.1-10. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33442226/>. Acesso em: 30 jan. 2023.

WANG, L. *et al.* Analysis of the clinical diagnosis and treatment of uveitis. **Annals of palliative medicine**, Hong Kong, v. 10, n. 12, p. 12782-12788, Dec. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35016443/>. Acesso em: 2 set 2018.

WEST, S.; SOMMER, A. Prevention of blindness and priorities for the future. **Bull World Health Organ**, Switzerland, v. 79, n. 3, p. 244-248, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11285670/>. Acesso em: 2 set 2018.

WILSON, C. J. *et al.* Disparities in vision impairment among adults in the United States. **Ethnicity and disease**, Atlanta, v. 18, supl. 2, p. S2-242-6, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18646358/>. Acesso em: 10 set. 2020.

WITTENBORN, J. S. *et al.* The economic burden of vision loss and eye disorders among the United States population younger than 40 years. **Ophthalmology**, Minnesota, v. 120, n. 9, p. 1728-1735, Sept. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5304763/#:~:text=Results,to%2039%20years%20of%20age>. Acesso em: 10 set. 2020.

ZAIDI, A. A. Hypopyon in patients with uveitis. **Ophthalmology**, Minnesota, v. 117, n. 2, p. 366-372, Feb. 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20006905/>. Acesso em: 10 set. 2020.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS**CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE REFERÊNCIA DE PACIENTES COM UVEÍTE**

DATA: ____/____/____	
PRONTUÁRIO: _____	
NOME: _____	

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	IDADE: _____
SEXO: () F () M	
TELEFONE: _____	
PROFISSÃO _____	

DATA ADMISSÃO DO PACIENTE: ____/____/____	
PACIENTE EXERCE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS? () SIM () NÃO	
CASO NÃO, HÁ QUANTO TEMPO? _____	
HPP: _____	

MEDICAÇÕES USADAS ANTERIORMENTE (TÓPICO E ORAL)	

PERÍODO _____	
ACUIDADE VISUAL NA ADMISSÃO: OD ____/____ OE ____/____	
INÍCIO DOS SINTOMAS: ____ () DIAS ____ () MESES ____ () ANOS	
ATIVIDADE: () SIM () NÃO	

TIPO DE UVEÍTE:	
() ANTERIOR () INTERMEDIÁRIA () POSTERIOR () PANUVEÍTE	
DIAGNÓSTICO (SE HOVER):	
() INFECCIOSO _____	
() NÃO INFECCIOSO _____	
OBS: _____	

ESCLERITES**ANTERIOR:** () DIFUSA

() NODULAR

() NECROSANTE - () INFLAMAÇÃO () SEM INFLAMAÇÃO

POSTERIOR: ()**ACOMPANHAMENTO:****MEDICAÇÕES EM USO NO MOMENTO (TÓPICO E ORAL):**

EXAMES LABORATORIAIS / IMAGEM:

ACUIDADE VISUAL APÓS 30 DIAS DA ADMISSÃO: OD ____/____ OE ____/____**NECESSITOU OU NECESSITA DE ATESTADO?** () SIM () NÃO **QUANTOS DIAS?** _____

APÊNDICE B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UFRJ - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
FRAGA FILHO DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE REFERÊNCIA DE PACIENTES COM UVEÍTE EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO RIO DE JANEIRO

Pesquisador: ANA LUIZA BIANCARDI BARRETO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02463518.9.0000.5257

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Patrocinador Principal: HOSPITAL UNIVERSITARIO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.129.270

Apresentação do Projeto:

Protocolo 367-18 do grupo III. Respostas recebidas em 16.1.2019.

As informações colocadas nos campos denominados "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo intitulado "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1244290.pdf" postado em 16/01/2019.

Introdução:

A distribuição do serviço, no processo de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), através de redes regionalizadas e a hierarquia da assistência tomam-se condições essenciais para melhorar a acessibilidade, viabilizando, assim, a aquisição dos serviços de saúde aos seus usuários. O sistema efetivo de referência e contrarreferência, no qual é realizado um fluxo de encaminhamentos entre os serviços, considerando-se seus diferentes níveis de complexidade é um componente fundamental na integração dos níveis de saúde. Reorganizar a lógica da necessidade técnica certa para cada usuário em espaços e ocasiões adequados, em processos articulados de referência e contrarreferência, é uma prática e reflexão teórica desejável. Se houver ineficiência da referência há prejuízo do usuário dentro da rede de atenção à saúde do SUS. Além disso, dificultará a avaliação longitudinal do usuário, prejudicará a adesão correta ao tratamento e

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco N°255, 7º andar, Ala E
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

**UFRJ - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
FRAGA FILHO DA**



Continuação do Parecer: 3.129.270

aumentará os gastos na saúde, uma vez que criarão encaminhamentos desnecessários e a repetição de tratamentos já realizados, além da perda de tempo, o que é crucial para a recuperação de determinadas patologias. A uveíte é a inflamação da úvea, camada do olho composta pela íris, corpo ciliar e coróide.

Acredita-se que seja a causa

de até 10% de cegueira legal nos Estados Unidos, ou aproximadamente 30.000 novos casos de cegueira por ano. Ao contrário dos distúrbios oculares comuns relacionados à idade, a uveíte pode ter um forte impacto socioeconômico, pois frequentemente afeta pacientes jovens e compromete a qualidade de vida. Sua incidência é estimada entre 17,4 e 52,4 casos por 100.000 pessoas-ano e sua prevalência varia de 58 a 114,5 por 100.000 pessoa. A classificação anatômica, duração e curso clínico são definidos pelo "Standardization of Uveitis Nomenclature Working Group" (SUN). De acordo com o SUN, a classificação anatômica é definida de acordo com o sítio primário de inflamação da úvea. Portanto, a inflamação anterior é chamada uveíte anterior, o termo uveíte intermediária é utilizado quando o vítreo é o sítio da inflamação, a uveíte posterior é a denominação aplicada quando o sítio primário é a retina ou coróide. O termo panuveíte deve ser reservado para aquelas situações em que o sítio primário da inflamação acomete todas as estruturas da úvea ao mesmo tempo, câmara anterior, vítreo e retina e / ou coróide. O surgimento da

uveíte pode ser súbito ou insidioso. A duração da uveíte é descrita como limitada, se for menor que três meses ou persistente, se for superior a três meses. Em relação ao curso clínico, o termo agudo deve ser usado nas uveítes de início súbito e duração limitada. São consideradas uveítes recorrentes aquelas com episódios repetidos de uveítes separados por períodos de inatividade (pelo menos três meses) sem tratamento. O termo

crônico deve ser usado para descrever uveíte persistente caracterizada por recidiva imediata (em menos de três meses) após a descontinuação da terapia. A distribuição dos tipos e etiologias da uveíte é influenciada por fatores genéticos, étnicos, geográficos, ambientais e pelo estilo de vida. Como resultado, os padrões de uveíte variam muito de acordo com a população avaliada. Uveítes correspondem a 2 - 3% dos atendimentos oftalmológicos em unidades de emergência; portanto são casos pouco frequentes e grandes partes dos oftalmologistas não estão familiarizados com uveítes. Muitos fatores influenciam o prognóstico da uveíte, no entanto, alguns são modificáveis, como o diagnóstico e início do tratamento precoce. Portanto, o atraso no encaminhamento ao setor especializado é um fator importante, pois a uveíte pode ser grave e resultar em cegueira legal irreversível se não tratada rápida e adequadamente. O conceito atual de prevenção da cegueira ampliou-se no seu

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255, 7º andar, Ala E

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 21.941-913

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-2480

Fax: (21)3938-2481

E-mail: cep@hucff.ufrj.br

**UFRJ - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
FRAGA FILHO DA**



Continuação do Parecer: 3.129.270

enunciado, enfatizando-se a preservação da visão. Nesse sentido, relaciona-se estreitamente à qualidade de vida do ser humano, na qual desempenha importante função a capacidade visual. Ações que visam à preservação e/ou melhoria da visão, contribuindo, assim, para o alcance de melhor qualidade de vida e baseia-se na necessidade de identificar e tratar pessoas, ainda em tempo de manter a própria independência. O conceito de oftalmologia em saúde pública é relativamente recente. A aplicação de programas de prevenção da cegueira aos princípios de saúde pública, o número de cegos de uma população pode ser significativamente reduzido. O controle e a diminuição de índices de cegueira por meio de programas específicos de prevenção

à cegueira assumem importância visando a manutenção da saúde ocular. Entretanto até a presente data tais programas são voltados para doenças de maior prevalência como catarata, ambliopia e glaucoma. Neste contexto, a uveíte é negligenciada. As complicações e o prognóstico visual pós uveíte prejudica a qualidade de vida desses jovens pacientes e tem um impacto global na economia da saúde, como ilustrado por um estudo nos

Estados Unidos que relata US \$ 38 trilhões estimados em gastos anuais com cuidados médicos de pacientes com uveítes com menos de 40 anos. Na literatura, o estudo de Albaroud et al (2017) foram observados em 59% dos casos de pacientes com perda grave da acuidade visual (20/200), o que poderia ser explicado pelo uso limitado dos medicamentos imunossupressores e relativamente consulta tardia no ambulatório especializado. Neste cenário, o acesso facilitado do paciente com uveíte ao serviço especializado é um critério fundamental na prevenção à cegueira.

Hipótese:

Não se aplica.

Objetivo Primário:

Avaliar o tempo de acesso de pacientes com uveíte ao setor especializado em hospital universitário e definir as características clínico- epidemiológicas destes pacientes.

Metodologia Proposta:

Será realizado um estudo retrospectivo, seccional e descritivo. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, serão avaliados os prontuários dos pacientes atendidos pela primeira vez no Setor de Uveítes do Serviço de Oftalmologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – HUCFF –UFRJ no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2018. Uma ficha protocolar será preenchida em

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco N°255, 7º andar, Ala E
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** ocp@hucff.ufrj.br

**UFRJ - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
FRAGA FILHO DA**



Continuação do Parecer: 3.129.270

cada caso com as seguintes informações que

serão adquiridas através de acesso ao prontuário médico: tempo entre o início dos sintomas até o atendimento em setor especializado, idade, sexo, classificação anatômica, duração e curso clínico da uveíte de acordo com o "Standardization of Uveitis Nomenclature Working Group" (SUN), diagnóstico etiológico (se houver) e acuidade visual na primeira consulta e após três meses, no caso de uveítes persistentes.

Critério de Inclusão:

Prontuários de pacientes atendidos no setor de uveíte do serviço de oftalmologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Atendimento realizado no período entre 01 de janeiro de 2015 e 31 de dezembro de 2018. Prontuários de pacientes maiores de 18 anos. Prontuários preenchidos de forma legível contendo as seguintes informações: tempo entre o início dos sintomas até o atendimento em setor especializado, idade, sexo, classificação anatômica, duração e curso clínico da uveíte, diagnóstico etiológico (se houver) e acuidade visual na primeira consulta e após três meses, no caso de uveítes persistentes.

Critério de Exclusão:

Prontuários de pacientes menores de 18 anos. Prontuários com rasuras, com preenchimento ilegível, que contenham rasuras, ou apresentem ausência de qualquer informação da ficha protocolar.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o tempo de acesso de pacientes com uveíte ao setor especializado em hospital universitário e definir as características clínico-epidemiológicas destes pacientes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora:

Riscos:

Risco mínimo por ser um estudo retrospectivo, baseado na análise de prontuário. O risco está relacionado às questões relacionadas ao anonimato e confidencialidade dos dados da pesquisa.

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255, 7º andar, Ala E
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** csp@hucff.ufrj.br

**UFRJ - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
FRAGA FILHO DA**



Continuação do Parecer: 3.129.270

Benefícios:

Ao avaliar o tempo de acesso de pacientes com uveíte ao setor especializado em hospital universitário e definir as características clínico-epidemiológicas destes pacientes, é possível estabelecer estratégias de planejamento de prevenção à cegueira.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Resposta a pendência parecer n. 3.093.731

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide em "Conclusões e pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. Quanto às Informações Básicas do Projeto (arquivo intitulado

"PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1244290.pdf", postado em 05/11/2018).

1.1 Deve constar, na Equipe de Pesquisa, Haroldo Vieira de Moraes Jr. Solicita-se adequação.

Resposta: Realizado a adequação quanto à constatação na Equipe de Pesquisa o Prof. Dr. Haroldo Vieira de Moraes Júnior.

Análise: O nome do Prof Haroldo Vieira de Moraes Jr. foi incluído na equipe de pesquisa conforme documento intitulado "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1244290.pdf" postado em 16/01/2019. Pendência atendida.

2. Quanto à Carta de Solicitação de Parecer (arquivo intitulado

"Carta_de_solicitacao_de_parecer_ao_comite_de_etica_em_pesquisa_assinada.pdf", postado em 04/11/2018)

2.1 Solicita-se informar a finalidade do estudo, como consta no Portal Web do CEP (endereço <https://cep.hucff.ufrj.br/index.php/2016-03-24-12-47-56/documentos-necessarios>)

Resposta: Realizado a adequação quanto a informação da finalidade do estudo

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255, 7º andar, Ala E
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

**UFRJ - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
FRAGA FILHO DA**



Continuação do Parecer: 3.129.270

Análise: Segundo a pesquisadora trata-se de protocolo de pesquisa para fins epidemiológicos, conforme consta nos documentos intitulados "carta_de_solicitacao_de_parecerassinada.pdf" e "carta_de_solicitacao_de_parecerassinada.pdf" postados em 16/01/2019. Pendência atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

- De acordo com o item X.1.3.b, da Resolução CNS n.º 466/12, o pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais que permitam ao Cep acompanhar o desenvolvimento dos projetos. Esses relatórios devem conter informações detalhadas nos moldes do relatório final contido no Ofício Circular n. 062/2011: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/conep_relatorio_final_encerramento.pdf>
- Eventuais emendas (modificações) ao protocolo devem ser apresentadas de forma clara e sucinta, identificando-se, por cor, negrito ou sublinhado, a parte do documento a ser modificada, isto é, além de apresentar o resumo das alterações, juntamente com a justificativa, é necessário destacá-las no decorrer do texto (item 2.2.H.1, da Norma Operacional CNS nº 001 de 2013).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1244290.pdf	16/01/2019 08:03:31		Aceito
Outros	carta_de_solicitacao_de_parecer.doc	16/01/2019 00:22:57	ANA LUIZA BIANCARDI BARRETO	Aceito
Outros	Carta_resposta_do_parecer_consubi ciado_cep.doc	16/01/2019 00:15:39	ANA LUIZA BIANCARDI BARRETO	Aceito
Outros	CartaRespostaDoParecerConsubi ciadoCepAssinada.pdf	16/01/2019 00:02:16	ANA LUIZA BIANCARDI BARRETO	Aceito
Outros	carta_de_solicitacao_de_parecerassinada.pdf	16/01/2019 00:00:11	ANA LUIZA BIANCARDI BARRETO	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	15/01/2019 21:32:01	ANA LUIZA BIANCARDI BARRETO	Aceito
Outros	FolhaDeRostoassinada.pdf	05/11/2018 20:29:12	ANA LUIZA BIANCARDI BARRETO	Aceito
TCLE / Termos de	JUSTIFICATIVA_DE_AUSENCIA_DE_T	04/11/2018	ANA LUIZA	Aceito

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255, 7º andar, Ala E
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.941-913
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3938-2480 Fax: (21)3938-2481 E-mail: cep@hucff.ufrj.br

**UFRJ - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
FRAGA FILHO DA**



Continuação do Parecer: 3.129.270

Assentimento / Justificativa de Ausência	LE.doc	09:56:19	BIANCARDI BARRETO	Aceito
Outros	lista_curriculos.doc	04/11/2018 09:40:22	ANA LUIZA BIANCARDI BARRETO	Aceito
Outros	Termo_De_Consentimento_De_Uso_De _Banco_De_Dados.doc	04/11/2018 09:38:55	ANA LUIZA BIANCARDI BARRETO	Aceito
Outros	Termo_de_consentimento_do_uso_de_ banco_de_dados_assinada.pdf	04/11/2018 09:37:50	ANA LUIZA BIANCARDI BARRETO	Aceito
Outros	Carta_De_Concordancia.doc	04/11/2018 09:19:01	ANA LUIZA BIANCARDI BARRETO	Aceito
Outros	Carta_De_Concordancia_Assinada.pdf	04/11/2018 09:18:22	ANA LUIZA BIANCARDI BARRETO	Aceito
Outros	Carta_De_Apresentacao.doc	04/11/2018 09:17:47	ANA LUIZA BIANCARDI BARRETO	Aceito
Outros	Carta_de_apresentacao_assinada.pdf	04/11/2018 09:17:22	ANA LUIZA BIANCARDI BARRETO	Aceito
Outros	Aceite_Da_Instituicao.doc	04/11/2018 09:16:24	ANA LUIZA BIANCARDI BARRETO	Aceito
Outros	Aceite_Da_Instituicao_Assinado.pdf	04/11/2018 09:15:57	ANA LUIZA BIANCARDI BARRETO	Aceito
Outros	Termo_De_Compromisso_Do_Pesquisad or.doc	04/11/2018 09:11:17	ANA LUIZA BIANCARDI BARRETO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_do_pesquisad or_Assinado.pdf	04/11/2018 09:10:37	ANA LUIZA BIANCARDI BARRETO	Aceito
Outros	Declaracao_de_Infraestrutura.doc	04/11/2018 09:08:44	ANA LUIZA BIANCARDI BARRETO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_De_Infraestrutura_Assinada .pdf	04/11/2018 09:07:59	ANA LUIZA BIANCARDI BARRETO	Aceito
Orçamento	orcamento_financeiro_do_projeto.doc	04/11/2018 01:16:31	ANA LUIZA BIANCARDI BARRETO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_caracterizacao_do_sistema.doc	03/11/2018 09:21:28	ANA LUIZA BIANCARDI BARRETO	Aceito

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255, 7º andar, Ala E
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.941-913
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3938-2480 Fax: (21)3938-2481 E-mail: cep@hucff.ufrj.br

**UFRJ - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
FRAGA FILHO DA**



Continuação do Parecer: 3.129.270

Cronograma	cronograma_do_projeto.doc	03/11/2018 09:18:54	ANA LUIZA BIANCARDI BARRETO	Aceito
------------	---------------------------	------------------------	-----------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 02 de Fevereiro de 2019

**Assinado por:
Carlos Alberto Guimarães
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco N°255, 7º andar, Ala E
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br