



CURSO DE MEDICINA

PRISCILA DE CARVALHO SODRÉ

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE:
REVISÃO DE ESCOPO**

SALVADOR - BA

2024

PRISCILA DE CARVALHO SODRÉ

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE:
REVISÃO DE ESCOPO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para aprovação no 4º ano de Medicina

Orientadora: Profa. Msc. Ana Luisa Souza Pedreira

SALVADOR

2024

RESUMO

Introdução: Artrite reumatoide é uma doença autoimune de caráter inflamatório e crônico que causa inflamação do tecido sinovial das articulações, caracterizada por poliartrite periférica e simétrica. Atualmente, acomete cerca de 1% da população mundial, com a prevalência de 3:1 mulheres em relação aos homens, entre a 40 e 60 anos. **Objetivo:** verificar o estado do conhecimento relacionado ao perfil epidemiológico de pessoas acometidas por artrite reumatoide no Brasil. **Métodos:** Trata-se de uma revisão de escopo que tomou como referência as diretrizes do PRISMA -ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews e extensão Meta-Analyses for Scoping Reviews*). Utilizou como fonte as bases de dados Pubmed, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Embase e Pubmed, utilizando os descritores: “perfil epidemiológico”; “artrite reumatoide”; “epidemiologia”; com o operador booleano “AND” a fim de obter o recorte desejado. Os critérios de inclusão foram: artigos com dados epidemiológicos em AR, publicados no período de 2013 a 2024, nos idiomas inglês e português, com dados provenientes do Brasil. Os critérios de exclusão aplicados: artigos que abordaram a artrite reumatoide em pacientes com sobreposição com outras doenças reumáticas e estudos unicamente da modalidade de revisão. **Resultados:** Foram identificados 1.327 artigos e, após aplicação dos critérios de elegibilidade, foram selecionados 16 artigos para leitura na íntegra por 2 pesquisadores, destes, 8 foram incluídos no estudo. Foi verificada a prevalência do sexo feminino com 85,04%. A idade média dos participantes dos estudos foi de 55,38 anos, desvio padrão de 5,42 anos. E tempo médio de duração da doença 9,87 anos, desvio padrão de 3,52 anos. Quanto aos exames laboratoriais, o fator reumatoide esteve positivo em 66,27% e o anti CCP em 53,67% dos pacientes. Dados sobre as provas inflamatórias (PCR e VHS) e o DAS-28 não foram informados na maioria dos artigos. Os medicamentos mais usados para o controle das comorbidades foram Metotrexato (65,33%) e corticoides (55,73%). **Conclusão:** Este estudo forneceu o estado do conhecimento relacionado ao perfil epidemiológico de pessoas acometidas por artrite reumatoide no Brasil. Os achados ressaltam a predominância do sexo feminino, especialmente na fase adulta, além de evidenciar o elevado percentual de uso de corticosteroides. Também foi observada a ausência de dados fundamentais, como o DAS-28, dado importante para avaliar a atividade da doença.

Palavras-chave: Artrite reumatoide, perfil epidemiológico, Brasil

ABSTRACT

Introduction: Rheumatoid arthritis is a chronic, inflammatory autoimmune disease that causes inflammation of the synovial tissue in the joints, characterized by symmetric peripheral polyarthritis. It currently affects about 1% of the global population, with a prevalence of 3:1 in women compared to men, typically between the ages of 40 and 60. **Objectives:** Verify the state of knowledge related to the epidemiological profile of people affected by rheumatoid arthritis in Brazil. **Methods:** This is a scoping review that followed the PRISMA-ScR guidelines (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews). The sources used included the databases PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (Lilacs), Embase, and PubMed, using the descriptors: "epidemiological profile," "rheumatoid arthritis," and "epidemiology" with the boolean operator "AND" to achieve the desired scope. The inclusion criteria were: articles with epidemiological data on RA, published between 2013 and 2024, in English and Portuguese, with data from Brazil. The exclusion criteria applied were: articles that addressed rheumatoid arthritis in patients with overlap with other rheumatic diseases and studies solely of the review modality. **Results:** A total of 1,327 articles were identified, and after applying the eligibility criteria, 16 articles were selected for full reading by two researchers, of which 8 were included in the study. A female prevalence of 85.04% was observed. The average age of the study participants was 55.38 years, with a standard deviation of 5.42 years. The average disease duration was 9.87 years, with a standard deviation of 3.52 years. Regarding laboratory tests, the rheumatoid factor was positive in 66.27% and anti-CCP in 53.67% of the patients. Data on inflammatory markers (CRP and ESR) and DAS-28 were not reported in most of the articles. The most commonly used medications to control comorbidities were Methotrexate (65.33%) and corticosteroids (55.73%). **Conclusion:** This study provided the current state of knowledge regarding the epidemiological profile of individuals affected by rheumatoid arthritis in Brazil. The findings highlight the predominance of females, especially in adulthood, as well as the high percentage of corticosteroid use. The absence of essential data, such as the DAS-28 score, which is important for assessing disease activity, was also noted.

Keywords: Rheumatoid arthritis, epidemiological profile, Brazil

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
2	OBJETIVO.....	6
2.1	Objeto primário:.....	6
2.2	Objetivo secundário:.....	6
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	7
4	METODOLOGIA.....	15
4.1	Desenho do Estudo.....	15
4.2	Critérios de elegibilidade.....	15
4.3	Fonte de informação	15
4.4	Estratégias de busca.....	15
4.5	Identificação e seleção dos estudos	16
4.6	Processo de mapeamento dos dados	17
4.7	Itens de dados (Variáveis)	17
4.8	Método de síntese	17
5	RESULTADOS	18
6	DISCUSSÃO	24
7	CONCLUSÃO.....	27
	REFERÊNCIAS.....	28
	ANEXO A - RESUMO ACEITO PARA PUBLICAÇÃO COMO POSTER NO CONGRESSO BRASILEIRO DE REUMATOLOGIA DE 2024.....	31

1 INTRODUÇÃO

Artrite reumatoide (AR) é uma doença autoimune de caráter inflamatório e crônico. Sua etiologia tem, em grande parte, origem desconhecida, porém estudos demonstram a influência de fatores genéticos e ambientais em sua patogênese. ^{1,2}

Apesar de atingir principalmente o sistema osteoarticular, causando inflamação do tecido sinovial de múltiplas articulações, é caracterizada por poliartrite periférica, simétrica, que leva à deformidade e à destruição das articulações por erosão do osso e cartilagem, a doença é de caráter sistêmico, podendo acometer pulmões, pleura, coração, vasos sanguíneos e outros órgãos do corpo. ²

Atualmente, acomete cerca de 1% da população mundial, com a prevalência de 3:1 mulheres em relação aos homens, podendo ser observada em todos os grupos étnicos. A doença costuma se apresentar entre a 40 e 60 anos, acometendo três vezes mais mulheres com idade inferior a 45 anos em relação aos homens, entretanto, essa diferença tende a diminuir com o avanço da idade e se igualar após os 65 anos. ¹

A suspeita acontece a partir de um quadro clínico muito característico aliado a um exame físico minucioso, com exames laboratoriais sendo utilizados para fechar o diagnóstico e prever prognóstico, pois nenhum teste isolado, seja laboratorial, de imagem ou histopatológico poderá confirmar o diagnóstico. ²

Diante do exposto, é notável a importância do tema, tanto pela frequência, quanto pela gravidade dos sintomas, visto que o impacto econômico e o prejuízo social que esses provocam são imensuráveis. Com esse entendimento, esta pesquisa propôs-se a realizar uma busca na literatura científica sobre o estado do conhecimento sobre a epidemiologia da AR, na forma de uma revisão escopo.

Entre os benefícios da realização desse estudo estão: conhecer o perfil clínico e epidemiológico da doença que ajudará a entender melhor o cenário, a prevalência, incidência e fatores de risco associados à AR na população brasileira. Assim, após a realização do estudo, e aprofundamento a respeito do tema e dos indicadores encontrados, poderá direcionar estratégias de intervenção, promover abordagens personalizadas de tratamento, melhorar os resultados clínicos e, em última instância, a qualidade de vida dos pacientes acometidos.

2 OBJETIVO

2.1 Objeto primário:

Verificar o estado do conhecimento relacionado ao perfil epidemiológico de pessoas acometidas por artrite reumatoide no Brasil.

2.2 Objetivo secundário:

- Verificar a prevalência da positividade dos exames laboratoriais (Fator reumatoide e Anti CCP) no diagnóstico de AR.
- Descrever os tratamentos mais utilizados no manejo da doença.
- Identificar a utilização do escore de atividade da doença DAS-28 nas populações estudadas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Epidemiologia

A artrite reumatoide é uma doença autoimune que causa bastante impacto na vida das pessoas acometidas. Ao longo dos anos, estudos estão sendo realizados para entender melhor a fisiopatologia da doença e buscar tratamentos mais eficientes para o controle da inflamação sinovial causada.

Estudos epidemiológicos demonstram que a AR impacta aproximadamente 1% da população global. No contexto brasileiro, pesquisas revelaram que a prevalência dessa condição varia de 0,46% a 2% a depender da população estudada. ⁴

A incidência média é de 0,24 a 0,29/1.000 pessoas-ano, afeta indivíduos de todos os grupos étnicos e manifesta-se em ambos os sexos, sendo maior em mulheres, com a razão média de 2,5:1. ³

Além disso, essa condição pode ocorrer em qualquer faixa etária, sendo mais comum na quarta e na sexta década de vida ¹, sendo que a prevalência aumenta com a idade, variando de 0,3% para pessoas abaixo de 35 anos até 10% em pessoas acima de 65 anos. ³

3.2 Etiologia

Assim como outras doenças autoimunes, a AR é uma doença de etiologia multifatorial: genética, ambiental e hormonal, sendo caracterizada por uma resposta imune sistêmica à antígenos ainda não elucidados. ⁵

Os fatores genéticos influenciam no desenvolvimento da doença, estima-se que 60% dos casos de AR tenham influência hereditária ⁴, podendo ser classificados em dois grupos: genes do complexo principal de histocompatibilidade (MHC), também chamado de antígeno leucocitário humano (HLA) e genes fora do complexo MHC. ⁵

Entre os alelos HLA, destaca-se o HLA-DR4 e o HLA-DRB1. O gene HLA-DR4 está associado a susceptibilidade à doença, entretanto, o mecanismo ainda é desconhecido. Já o alelo HLA-DRB1, encontra-se no cromossomo 6 e codifica o epítipo compartilhado, que é uma sequência de aminoácidos que serve de local para apresentação para células TCD4 envolvidas na resposta inflamatória. Além disso, está

envolvido no desenvolvimento de anticorpos anti proteínas citrulinadas cíclicas (anti-CCP)⁴, que têm como função a apresentação dos peptídeos citrulinados, os quais seriam reconhecidos como “não-próprios” pelo sistema imune do indivíduo. Assim, haverá uma resposta imune (processo inflamatório) contra esses antígenos.⁶

Nesse contexto, nota-se que alguns alelos estão relacionados com o pior prognóstico da doença, como presença de nódulos reumatoides, erosão óssea e a positividade do fator reumatoide.⁵

Dentre os fatores ambientais que desempenham papel importante no surgimento da doença, destaca-se o tabagismo e a exposição de substâncias irritativas para o pulmão – como a sílica – que permite a maior produção de anti-CCP e a citrulinação de proteínas da mucosa, podendo causar maior dano articular⁷. Diversos agentes infecciosos, nomeadamente o vírus Epstein-Barr (EBV), Citomegalovírus (CMV), *Proteus sp* e *Escherichia coli*, surgem associados à AR, embora os mecanismos permaneçam desconhecidos.⁶

Os fatores hormonais também são possíveis causas para o desenvolvimento da doença, uma vez que os androgênios possuem efeito anti-inflamatório, causando uma proteção maior para o desenvolvimento da doença no sexo masculino, e maior risco de surgimento da doença nas mulheres.⁵

3.3 Fisiopatologia

A AR é uma doença sistêmica ainda de causa desconhecida, associada a alterações inflamatórias do tecido conjuntivo, tendo a membrana sinovial – tecido frouxo e camadas de células internas - como principal alvo da resposta autoimune.⁸

Na fase inicial da artrite reumatoide, o sistema imune inato é ativado, provocando o recrutamento leucócitos para o compartimento sinovial. Além disso, há a produção de citocinas inflamatórias, como a IL-17A, IL-21 e TNF- α que juntamente com os complexos imunológicos estimulam a produção de citocinas pró-inflamatórias (TNF- α , IL-1, IL-6, IL-15 e a IL-23) pelos macrófagos e fibroblastos sinoviais.⁵

Subjacente a esse processo, há a migração de células sanguíneas e de mediadores inflamatórios, ocasionando hiperplasia sinovial e das células linfoides⁶, surgindo o

pannus - tecido granulomatoso com células gigantes, fibroblastos e macrófagos - que irá crescer sobre a cartilagem articular, revestindo-a de forma irreversível. ⁸

Nesse contexto, os fibroblastos além de produzirem as citocinas citadas, aumentam a expressão de metaloproteinases (MMP) que serão responsáveis pela inflamação sinovial crônica e destruição da cartilagem, intermediando a ação do pannus na destruição do colágeno tipo II nesse local, causando uma destruição irreversível na estrutura óssea, cursando com deformidades aparentes e incapacidade funcional, característica de estágios avançados da doença. ⁸

Além disso, os fibroblastos sinoviais (FLS) atuam na expressão do ligante do receptor ativador do fator nuclear kB (RANKL), que juntamente com os mediadores inflamatórios, aumentam a atividade catabólica dos osteoclastos, contribuindo para a erosão óssea. ⁵

Nesse sentido, os FLS ativados difundem-se, podendo migrar para outras articulações e causar a progressão da doença com destruição articular e total ausência de mecanismos reparadores, graças ao desequilíbrio entre a secreção de citocinas pró e anti-inflamatórias. ⁸

As células B também desempenham papel fundamental que colaboram com a fisiopatologia da AR. Além do fator reumatoide, os autoanticorpos atuam contra antígenos epiteliais da mucosa oral (anti-filagrina e anti-profilagrina) e o anticorpo anti-peptídeo citrulinado cíclico (Anti-CCP). Nesse contexto, esses autoanticorpos atuam contra epítomos de proteínas contendo citrulina reconhecido como inoportuno e gerando uma resposta imune do organismo. ⁹

3.4 Quadro Clínico

A doença é bastante variável quanto ao quadro clínico e ao prognóstico, entretanto a forma clínica clássica apresenta poliartrite simétrica de pequenas e grandes articulações com caráter crônico e destrutivo, com sinovite persistente nas mãos e rigidez matinal prolongada. Dessa maneira, esse quadro pode levar a limitação funcional do paciente comprometendo sua capacidade laboral e qualidade de vida. ¹⁰

Nesse contexto, a AR causa manifestações articulares e extra articulares. Ao nível das articulações, manifesta-se com sinais inflamatórios: dor, edema, rubor, rigidez

matinal e dificuldade na mobilização, com distribuição simétrica, sendo a região mais afetada as pequenas articulações das mãos e pés. ⁵

Inicialmente, a doença inicia-se por acometimento monoarticular, porém usualmente é poliarticular, com períodos de remissão e exacerbação, o que traduz a cronicidade e o caráter destrutivo da doença. As articulações mais acometidas são punhos, metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais, metatarsfalangeanas, ombros, joelhos, cotovelos, tornozelos e coluna cervical. ⁴

Com a progressão da doença, a rigidez matinal torna-se prolongada e incapacitante afetando as atividades diárias do paciente acometido, podendo surgir deformidades características da doença como os dedos em botoeira, dedos em pescoço de cisne, dedos em fuso, desvio da ulnar dos dedos, polegar em Z e mão em dorso de camelo, devido a danos nos ligamentos articulares. ⁵

As manifestações extra articulares correlacionam-se com o pior prognóstico da doença. Na fase inicial, acompanhando os sintomas articulares, pode ter sintomas mais sistêmicos como perda de peso, fadiga, mal-estar, depressão. ¹⁰

Com o desenvolvimento da doença, ou má adesão medicamentosa pode acometer outros sistemas, como doença cutânea, com o surgimento de nódulos reumatóides subcutâneos que irão aparecer devido a vasculite de pequenos vasos, com proliferação dos fibroblastos e posterior necrose. Normalmente surgem em região de grande pressão cutânea como cotovelos. ⁵

Uma manifestação comum é a Síndrome de Sjogren secundária, caracterizada pela manifestação de secura ocular e na boca associadas à presença de auto-anticorpos ou sinais de inflamação glandular, logo na AR apresenta ceratoconjuntivite seca, xerostomia e aumento de volume de glândulas. ⁶

Quanto ao acometimento pulmonar, a pleurite é a mais comum, cursando com dor pleurítica, dispneia, derrame pleural, entretanto, é frequentemente assintomática ⁵. Além disso, pode envolver o pericárdio, causando derrame pericárdico e pericardite e alterações hematológicas podendo causar anemia normocítica e aumentar o risco de neoplasias hematológicas como o linfoma. ⁶

Além disso, pode haver dano renal, sendo a amiloidose uma das complicações mais agressivas da AR, porém é rara. ⁵

3.5 Critérios de Classificação

O diagnóstico da Artrite Reumatoide é baseado em achados clínicos - uma anamnese completa e um exame físico bem detalhado – associado a exames complementares, ou seja, nenhum exame isoladamente é capaz de determinar um diagnóstico, seja ele de imagem, laboratorial ou histopatológico. ¹⁰

Para o diagnóstico, surgiram os critérios de classificação do American College of Rheumatology em 1987 para distinguir entre doentes com AR estabelecida e doentes com outras doenças reumáticas ⁵. Os critérios diagnósticos da AR foram reavaliados em 2010 pela ACR-EULAR (American College of Rheumatology - European League Against Rheumatism), com o objetivo de identificar a doença precocemente. Essa classificação é realizada em pacientes com, no mínimo, uma articulação com sinovite clínica e cuja sinovite não pode ser explicada por outra patologia. ¹¹

Para classificar um paciente com AR, são necessários quatro dos sete critérios abaixo, sendo que os critérios de 1 a 4 devem estar presentes em pacientes com história de pelo menos 6 semanas de evolução ¹⁰:

1. Rigidez matinal (nas articulações, com pelo menos 1 hora de duração);
2. Artrite de 3 ou mais das seguintes áreas: articulações IFT proximais, articulações MCF, punhos, cotovelos, joelhos, tornozelos e articulações MTF;
3. Artrite de mãos (punhos, articulações MCF ou IFT proximais);
4. Artrite simétrica (mesma área em ambos os lados do corpo);
5. Nódulo reumatoide (presença de 1 ou mais nódulos subcutâneos sobre proeminências ósseas ou superfícies extensoras ou regiões periarticulares);
6. FR (presente em qualquer título);
7. Alterações radiográficas (erosões ou descalcificação periarticular em radiografias posteroanteriores de mãos e punhos).

Os critérios ACR/EULAR devem ser utilizados em pacientes com sinovite clínica em pelo menos uma articulação, que não seja justificada por outra causa, será classificada como AR, se for atingido um total de 6 ou mais pontos (de um valor máximo de 10) a partir da pontuação obtida em cada um dos quatro diferentes domínios ¹⁰:

Tabela 1 – Critérios de Classificação da ACR/EULAR para a AR.

A- Distribuição articular:	Pontuação: 0-5
1 grande articulação	0
2-10 grandes articulações	1
1-3 pequenas articulações	2
4-10 pequenas articulações	3
>10 articulações	5
B- Sorologia:	Pontuação: 0-3
FR e ACCP negativos	0
FR ou ACCP de baixo título	2
FR ou ACCP de alto título	3
C- Duração dos sintomas:	Pontuação: 0-1
<6 semanas	0
>ou= 6 semanas	1
D- Agentes de fase aguda:	Pontuação: 0-1
PCR e VS normais	0
PCR ou VS elevados	1

Fonte: ACR/ EULAR (2010)¹⁰

A utilização de exames de imagem pode ser realizada para complementar no rastreamento da doença, exames radiológicos podem ser usados para analisar a erosão articular e a ultrassonografia e a ressonância magnética auxiliam o diagnóstico, porém não estão preconizados na rotina.¹¹

Dessa forma, o diagnóstico de pacientes com AR deve ser feito considerando-se o tempo de evolução da artrite, a presença de autoanticorpos, a elevação de provas inflamatórias e as alterações compatíveis em exames de imagem, tal como descrito nos critérios de classificação ACR 1987 e ACR/EULAR 2010 (item 5 Critérios de inclusão).¹⁰

3.6 Tratamento

A artrite reumatoide não tem cura, porém o tratamento deve ser iniciado o mais breve possível para evitar um pior prognóstico da doença, prevenindo danos estruturais e melhorando a capacidade funcional do paciente. Os primeiros doze meses (período inicial da doença) configura como uma oportunidade terapêutica que pode mudar o curso da doença no acometido.¹⁰

Atualmente, há um leque de opções terapêuticas para o tratamento da AR, entre eles: as drogas modificadoras da doença (DMARDs) sintéticos, os DMARDs biológicos, Glucocorticoides (GC), anti-inflamatórios-inflamatórios não esteroides (AINEs) e analgésicos.⁵

Os anti-inflamatórios tem grande eficácia na redução da dor e da rigidez, porém não devem ser utilizados em monoterapia, pois isolados não conseguem alterar o curso da doença. Além disso, não deve ser utilizado por muito tempo pois são tóxicos para o trato gastrointestinal e renal. ⁴ Já os analgésicos são uma boa opção apenas para o controle da dor, como o uso de dipirona e paracetamol, bem como o uso de opioides somente para dores severas, como a Codeína e o Tramadol, pois apresentam elevado potencial de gerar dependência no indivíduo. ⁵

Os glicocorticoides apresentam propriedade anti-inflamatórias e imunossupressoras e são utilizados em baixas doses associadas com DMARD para reduzir os sintomas, e o dano articular ¹¹. Entretanto, devem ser utilizados num curto período de tempo em virtude dos efeitos adversos, como hipertensão, ganho de peso, diabetes, glaucoma, osteoporose, entre outros. ⁵

Os DMARDs convencionais são considerados os principais, pois além de reduzirem os sintomas, retardam a evolução da doença ⁵. O fármaco de primeira linha é o metotrexato, que irá estimular a libertação da adenosina produzindo efeito anti-inflamatório. Além desse, há a hidroxicloroquina, a sulfassalazina e a leflunomida, que apresentam um início tardio de ação, começando o seu efeito ao fim de aproximadamente 6 a 12 semanas. Nesse contexto, o paciente faz o uso por 3 meses de um DMARD clássico, e após esse período, irá fazer uma avaliação e analisar a resposta do medicamento e estabelece a conduta: trocar ou combinar por um medicamento da mesma classe. A segunda linha de tratamento é associar o DMARD sintético com um DMARD biológico e avaliar a evolução do paciente. ¹¹

Os DMARDS biológicos, conhecidos como imunobiológicos, revolucionaram o tratamento, e a classe dos anti-TNF foram os primeiros a serem aprovados ¹¹. Os mais utilizados atualmente são os anti-TNF- α , como o Infliximabe, Etanercepte, Adalimumabe, Golimumabe e Certolizumabe. Além disso, também estão aprovados para o tratamento da AR o Abatacepte, Tocilizumabe e Rituximabe. Mais recentemente foram aprovadas as pequenas moléculas inibidoras da JAK: tofacitinibe, baricitinibe e upadacitinibe. O tratamento com imunobiológicos deve levar sempre em conta o risco benefício devido a elevada susceptibilidade às infecções. ⁵

3.7 Avaliação de atividade de doença

Os principais objetivos no tratamento de pacientes com artrite reumatoide (AR) são o alívio da dor e o controle da inflamação nas articulações. Para avaliar a atividade inflamatória, são utilizados índices como o DAS 28, SDAI e CDAI, que permitem avaliar a atividade da doença em uma escala contínua e classificar o paciente em diferentes níveis de atividade, com pontos de corte que definem remissão, atividade leve, moderada e alta. ¹²

O DAS28 (Disease Activity Score 28) avalia 28 articulações (ombros, cotovelos, punhos, metacarpofalângicas, interfalângicas proximais e joelhos, bilateralmente) dolorosas, sem considerar a intensidade da dor. O índice inclui a análise do número de articulações edemaciadas (NAE), o número de articulações dolorosas (NAD), os marcadores inflamatórios, como VHS, e a avaliação global da saúde do paciente (AGS). Para o cálculo utiliza a seguinte fórmula: $0,56 \times \sqrt{\text{NAD}28} + 0,28 \times \sqrt{\text{NAE}} + 0,70 \times \ln\text{VHS} + 0,014 \times \text{AGS}$. ¹²

Tabela 2 – Índice clínico simplificado de atividade da doença

Índice	Categoria de atividade da doença	Nova definição da proposta
DAS 28	Remissão	< 2,6
	Baixa	≥ 2.6 - < 3.2
	Moderada	≥ 3.2 - ≤ 5.1
	Alta	> 5,1

Fonte: Pinheiro (2007) ¹²

Assim, o índice oferece aos médicos e pacientes uma meta terapêutica, servindo como um objetivo a ser alcançado, norteando o tratamento dos pacientes com AR ¹².

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de uma revisão de escopo que tomou como diretrizes a lista de verificação do *Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA - ScR)*.¹³

4.2 Critérios de elegibilidade

Os seguintes critérios de inclusão que foram aplicados: artigos com dados epidemiológicos em AR, originais, publicados no período de 2013 a 2024, na língua inglesa e na língua portuguesa, com dados provenientes do Brasil.

Os seguintes critérios de exclusão foram aplicados: artigos que abordaram a artrite reumatoide em pacientes com sobreposição com outras doenças reumáticas e estudos unicamente da modalidade de revisão.

4.3 Fonte de informação

Foi realizado uma pesquisa bibliográfica abrangente para seleção dos artigos nas bases de dados Pubmed, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Embase.

4.4 Estratégias de busca

Foi tomado como referência o acrônimo PCC representado no Quadro 1. Foi considerado P (População) = Pessoas acometidas por artrite reumatoide, C (Conceito) = Perfil clínico e epidemiológico e C (contexto) = No território brasileiro. Foi guiado pela seguinte questão de pesquisa: o que a literatura científica tem difundido relacionado ao perfil de pessoas acometidas por artrite reumatoide no Brasil?

Foram utilizados os seguintes descritores: “perfil epidemiológico”; “artrite reumatoide”; “epidemiologia”; com o operador booleano “AND” a fim de obter o recorte desejado.

Quadro 1 - Estratégia PCC.

Objetivo/ Problema	O que a literatura científica tem difundido relacionado ao perfil de pessoas acometidas por artrite reumatoide?		
	P	C	C
Extração	Pessoas acometidas por artrite reumatoide	Perfil clínico e epidemiológico	No território brasileiro
Conversão	People affected by rheumatoid arthritis	Clinical and epidemiological profile	In the Brazilian territory
Combinação	'rheumatoid arthritis'/exp, 'rheumatoid arthritis'	Health Profile, Epidemiology	Brazil
Construção	'rheumatoid arthritis'/exp OR 'rheumatoid arthritis'	Health Profile OR Epidemiology	Brazil
Uso	Rheumatoid Arthritis) AND (Health Profile) OR (Epidemiology) AND (Brazil)		

Fonte: Autores da pesquisa

A estratégia de busca em cada base de dados está apresentada no Quadro 2.

Quadro 2 – estratégia de busca utilizada nas respectivas bases de dados. Salvador, 2024.

Bases de dados	Pubmed	Embase	Lilacs	SciELO
Estratégia de busca	((rheumatoid arthritis) AND (epidemiology)) AND (brazil)	('rheumatoid arthritis'/exp OR 'rheumatoid arthritis') AND ('epidemiology'/exp OR epidemiology) AND ('brazil'/exp OR brazil)	(Rheumatoid Arthritis) AND (Epidemiology) AND (Brazil)	(Rheumatoid Arthritis) AND (Health Profile) OR (Epidemiology) AND (Brazil)
Filtros	Clinical study, clinical trial, observacional study, Randomized Controlled Trial, results by year 2013 – 2023	2013:py OR 2014:py OR 2015:py OR 2016:py OR 2017:py OR 2018:py OR 2019:py OR 2020:py OR 2021:py OR 2022:py OR 2023:py) AND 'rheumatoid arthritis'/dm AND ('cohort analysis'/de OR 'cross sectional study'/de OR 'human'/de OR 'observational study'/de OR 'randomized controlled trial'/de) AND 'article'/it-	(rheumatoid arthritis) AND (epidemiology) AND (brazil) AND (mj:("Artrite Reumatoide") AND type_of_study:("observational_studies") AND la:("en" OR "pt")) AND (year_cluster: [2013 TO 2023])	Não foram aplicados filtros pois a busca gerou 5 resultados.

Fonte: Autores da pesquisa

4.5 Identificação e seleção dos estudos

Inicialmente foi realizado a leitura do título e resumo dos artigos identificados através da busca na base de dados, elegendo os que atenderam inicialmente os critérios de

inclusão. Após triagem inicial os artigos elegíveis para leitura na íntegra foram avaliados por dois pesquisadores de forma independente, de modo que, em caso de discordância entre os pesquisadores, seria incluído um terceiro pesquisador no estudo.

4.6 Processo de mapeamento dos dados

Foi utilizado um formulário, analisado por 2 pesquisadores em forma de planilha, em que foram extraídos os dados de identificação: autor, ano de publicação, país de origem, o título e o tipo de desenho de estudo. Assim como, as variáveis relacionadas no item 4.7.

4.7 Itens de dados (Variáveis)

As variáveis que foram extraídas dos estudos são:

Demográficas:

- Sexo
- Idade

Clínicas:

- Tempo de duração da doença
- Fator reumatoide
- Anti-CCP
- VHS
- PCR
- Raio x – erosão óssea
- Medicamentos utilizados
- DAS-28

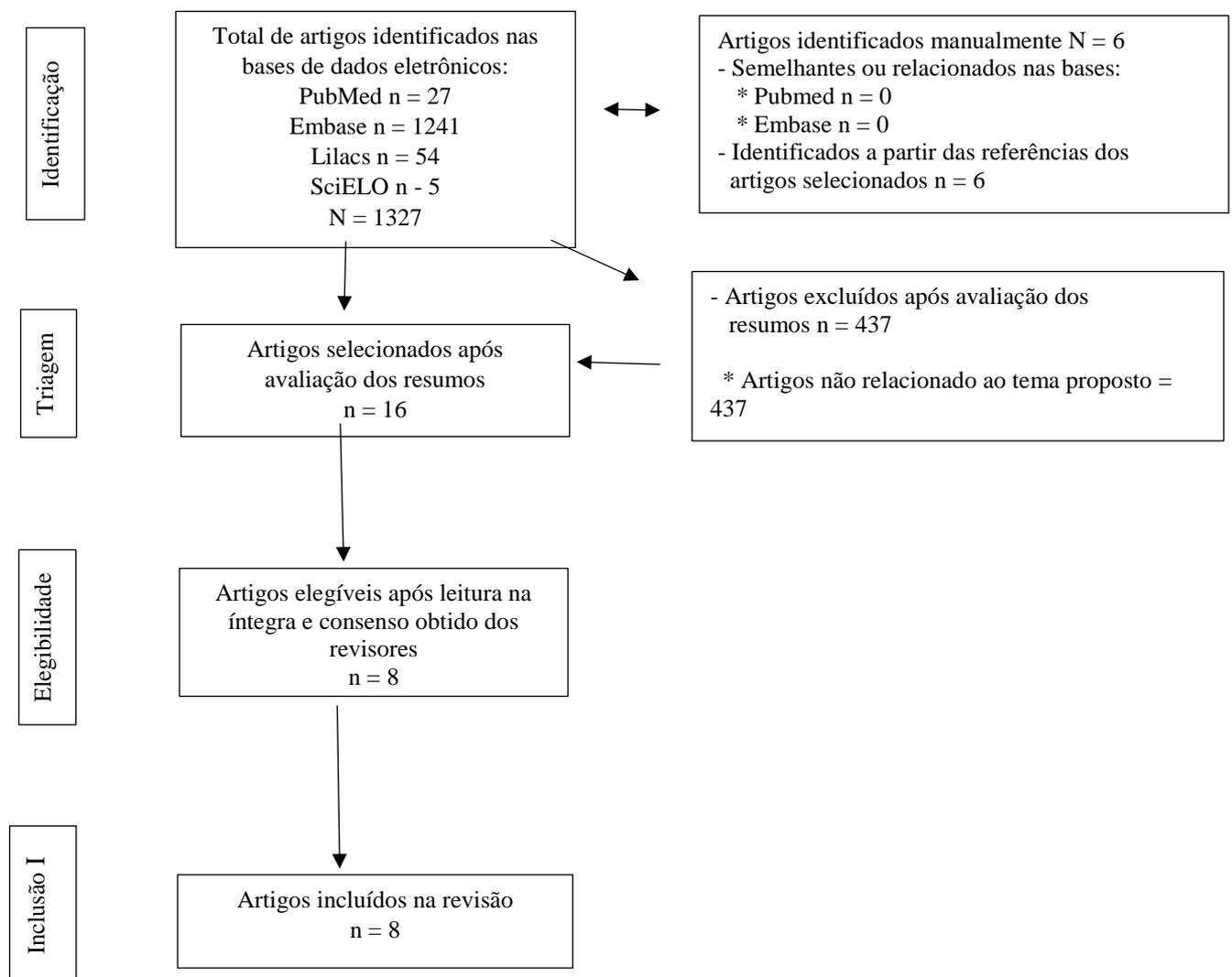
4.8 Método de síntese

Os dados foram apresentados de forma descritiva. As variáveis qualitativas foram apresentadas em números absolutos e percentuais e, as variáveis quantitativas foram apresentadas através de média e desvio-padrão, ou mediana e intervalo interquartil. Também foi utilizada síntese qualitativa para apresentação dos principais resultados (ou desfechos).

5 RESULTADOS

Após a utilização das estratégias de buscas foram identificados 1.327 artigos, desses, com os critérios de elegibilidade estabelecidos e após a leitura parcial restrita a título e resumo foram selecionados 16 artigos para leitura na íntegra, vide etapas para elegibilidade da amostra deste estudo na Figura 1. Em seguida, foi realizada a leitura na íntegra dos artigos eleitos por dois pesquisadores de forma independente. Assim, foram incluídos 8 artigos na revisão, selecionados com base no consenso dos pesquisadores.

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos artigos elegíveis



O Quadro 3 consta as características gerais dos artigos que compuseram amostra deste estudo. Pode ser verificado intervalo das publicações no período de 2013 a 2024.

Quadro 3 – Caracterização dos Artigos. Salvador, Bahia, 2024

Título	Autor, data	Local	Base de dados	Tipo de Estudo	Periódico
Estudo clínico e laboratorial de pacientes com artrite reumatoide diagnosticados em serviços de reumatologia em Cascavel, PR, Brasil	David, <i>et al</i> ¹⁴ (2013)	Paraná	SCIELO	Estudo transversal e retrospectivo	Rev Bras Reumatol
Perfil epidemiológico e clínico de pacientes portadores de artrite reumatoide em um hospital escola de medicina em Goiânia, Goiás, Brasil	Vaz, <i>et al</i> ¹⁵ (2013)	Goiás	LILACS	Estudo transversal e retrospectivo	Rev USP
Características demográficas e clínicas de pacientes com artrite reumatoide no Piauí, Brasil – avaliação de 98 pacientes	Almeida, <i>et al</i> ¹⁶ (2014)	Piauí	ELSEVIER	Estudo transversal e retrospectivo	Rev Bras Reumatol
Perfil dos pacientes acompanhados no ambulatório de artrite reumatoide de um hospital terciário	Tupinambá, <i>et al</i> ¹⁷ (2017)	Rio de Janeiro	Busca Manual	Resumo expandido	Rev Bras Reumatol
The Real Study: a nationwide prospective study of rheumatoid arthritis in Brazil	Castelar-Pinheiro, <i>et al</i> ¹⁸ (2018)	Brasil	SCIELO	Estudo de coorte	Advances in Rheumatology
Perfil clínico e epidemiológico e comorbidades dos pacientes com artrite reumatoide atendidos no centro de especialidades médicas do centro universitário do Pará	Ayin, <i>et al</i> ¹⁹ (2022)	Pará	Busca Manual	Estudo observacional e retrospectivo	Rev Soc Bras Clin Med.
Real-world treatment patterns of rheumatoid arthritis in Brazil: analysis of DATASUS national administrative claims data for pharmacoepidemiology studies (2010–2020)	Birck, <i>et al</i> ²⁰ (2023)	Brasil	Pubmed	Estudo descritivo, retrospectivo	Scientific Reports
Perfil sociodemográfico, clínico e do tratamento de pacientes com Artrite Reumatoide	Oliveira, <i>et al.</i> ²¹ (2024)	Goiás	Busca Manual	Estudo transversal, retrospectivo e de abordagem quantitativa	Studies in health Science

Fonte: Autores da pesquisa

Os resultados obtidos nessa revisão de escopo foram compilados e analisados para a identificação das variáveis mais relevantes para o estudo. As variáveis eleitas foram organizadas e estão apresentadas de forma detalhada na Tabela 3.

Com relação à análise demográfica, observou-se a prevalência do sexo feminino em todos os estudos com média de prevalência de 85,04%. A idade média dos participantes dos estudos foi de 55,38 anos, desvio padrão de 5,42 anos. E tempo médio de duração da doença 9,87 anos, desvio padrão de 3,52 anos.

Quanto aos exames laboratoriais, o fator reumatoide esteve positivo em 66,27% e o anti CCP em 53,67% dos pacientes.

Dados sobre as provas inflamatórias (PCR e VHS) e o DAS-28 não foram informados na maioria dos artigos.

Os medicamentos mais usados para o controle das comorbidades foram Metotrexato (65,33%) e corticoides (55,73%).

Tabela 3 – Apresentação das variáveis eleitas na revisão, por artigos selecionados. Salvador, Bahia, 2024

Variáveis	David, et al ¹⁴ (2013)	Vaz, et al ¹⁵ (2013)	Almeida, et al ¹⁶ (2014)	Tupinambá, et al ¹⁷ (2017)	Castelar-Pinheiro, et al ¹⁸ (2018)	Ayin, et al ¹⁹ (2022)	Birck, et al ²⁰ (2023)	Oliveira, et al. ²¹ (2024)
Ano	2013	2013	2014	2017	2018	2022	2023	2024
Estado	Paraná	Goiás	Piauí	Rio de Janeiro	5 regiões do Brasil	Pará	Brasil	Goiás
Número amostral	<i>n</i> = 38	<i>n</i> = 19	<i>n</i> = 98	<i>n</i> = 100	<i>n</i> = 1.115	<i>n</i> = 122	<i>n</i> = 250.251	<i>n</i> = 209
Idade (média)	47,6	50	47,5	60,7	56,7	54,1	58,4	60
Sexo feminino (%)	84	79	88,8	82	90	88,5	82,8	85,2
Sexo masculino (%)	16	21	11,2	18	10	11,48	17,2	14,8
Tempo de duração da Doença	12,4	9,7	7,7	13,5	12,7	9,7	3,4	*
PCR elevado (%)	81,6	*	*	*	70	*	*	*
VHS elevado (%)	68,4	*	*	*	21	*	*	*
Fator reumatoide positivo (%)	68,4	68	86,7	72	78,2	56,55	*	34
Anti-CCP (%)	*	*	*	69	77,2	*	*	14,8
Alterações radiológicas (%)	18,4	42	*	*	54,9	*	*	*
Uso de corticoides	71,1	89,5	30,6	35	47,4	55,7	*	60,8
Uso de metotrexato	81,6	78,9	39,8	80	66,5	59,8	*	50,7
DAS 28	*	*	*	*	3,5	*	*'	<2,6

Fonte: Autores da pesquisa

No Quadro 4 estão apresentados os objetivos e principais resultados obtidos dos artigos que compuseram a amostra deste estudo.

Quadro 4 – Objetivos e principais desfechos. Salvador, Bahia. 2024.

Autor/ano	Objetivo	Principais Resultados
David, et al¹⁴ (2013)	Determinar a incidência e algumas características clínicas e laboratoriais de pacientes com artrite reumatoide em Cascavel, PR, Brasil	Foram identificados 38 pacientes com artrite reumatoide. 84% era do gênero feminino, com média de idade de 47,6 anos. A faixa etária com maior incidência foi > 40 anos. O tempo médio entre os primeiros sintomas e o diagnóstico foi de 12,4 meses. O fator reumatoide foi positivo em 68,4% dos casos, e 18,4% já apresentavam alterações radiológicas no momento do diagnóstico.
Vaz, et al¹⁵ (2013)	Realizar uma análise das principais características clínico-demográficas de pacientes com artrite reumatoide (AR), em acompanhamento ambulatorial, em um Hospital Escola de Medicina em Goiânia-GO.	Do total de 500 pacientes analisados, 5% eram pacientes portadores de AR. 79% era do sexo feminino, a média de idade dos pacientes foi de 50 ± 13,3 anos, com tempo médio de doença de 9,7 ± 5,6 anos. 42% apresentavam alterações radiológicas na primeira consulta. Os principais sinais e sintomas referidos pelos pacientes foram dor articular (89%), rigidez articular matinal (73%) e edema articular (73%). O fator reumatoide foi positivo em 68% dos pacientes e 26% do total de pacientes com AR eram positivos para autoanticorpos antinucleares. Apenas 10% dos pacientes realizavam tratamento fisioterapêutico e o fármaco mais utilizado como tratamento medicamento da AR foi o Metotrexato.
Almeida, et al¹⁶ (2014)	Descrever as características demográficas, clínicas e sorológicas de pacientes com artrite reumatoide (AR) seguidos pelo mesmo médico no Estado do Piauí, Brasil.	Os números representam média ± DP ou percentual: 98 pacientes com 47.5 ± 11.03 anos de idade; não-brancos; predominância de mulheres; duração média da doença de 7.7 ± 7.6 anos; e as principais manifestações extra-articulares foram nódulos reumatoides (19.4%).
Tupinambá, et al¹⁷ (2017)	Estudar as características demográficas, clínicas, sorológicas e terapêuticas de pacientes de AR acompanhados no ambulatório de um hospital terciário.	Dos 100 pacientes, 82% eram mulheres, com média de idade de 60,7 anos e mediana de 13,5 anos de doença. Doença erosiva esteve presente em 70%. Fator Reumatoide e Anti-CCP foram positivos em 72% (70/97) e 69% (18/26), respectivamente. A mediana da velocidade de hemossedimentação foi de 21,5 mm/h. Corticosteroides estavam sendo usados por 35% dos pacientes, metotrexato por 80%. Terapia combinada entre MMCD sintéticos ocorreu em 19% e entre MMCD sintético com biológico, em 16%.
Castelar-Pinheiro, et al¹⁸ (2018)	Descrever as características demográficas, clínicas e terapêuticas de pacientes brasileiros com AR e avaliar a adesão ao tratamento farmacológico e o impacto na qualidade de vida desses pacientes.	No total de 1.115 pacientes, 89,4% do sexo feminino, idade média de 56,7 anos e duração média da doença de 12,7 anos. O intervalo entre o diagnóstico e os sintomas variou de 1 a 457 meses (mediana de 12 meses). Quase metade dos pacientes estavam em uso de glicocorticoides, 96,5% em DMARs e 35,7% com biológicos. A mediana do DAS-28 foi de 3,5, 58,7% dos pacientes apresentavam atividade moderada ou alta da doença.
Ayin, et al¹⁹ (2022)	Descrever as características clínico e epidemiológicas e a prevalência das comorbidades que acometem os pacientes com AR atendidos no ambulatório de reumatologia do Centro de Especialidades Médicas do Cesupa (CEMEC).	Foram analisados 122 prontuários. A maioria dos pacientes foi do sexo feminino (88,52%). A raça predominante foi a não branca (90,88%) e a idade média dos participantes foi 54,09 anos (DP± 11,33). A maioria dos pacientes apresentavam fators reumatoide positivo (56,55%). O tempo médio de doença foi de 9,7 anos (±8,57). Os medicamentos utilizados foram metotrexato (59,83%), prednisona (55,73%), leflunomida (36,06%), tocilizumabe (7,37%), anti- TNF (7,37%).

Quadro 4 – Objetivos e principais desfechos. Salvador, Bahia. 2024 (continuação)

Autor/ano	Objetivo	Principais Resultados
Birck, et al 20 (2023)	Avaliar o DATASUS como fonte potencial para estudos farmacológicos e epidemiológicos na artrite reumatoide (AR) na população brasileira, com foco nos padrões de intervenções no início do tratamento e durante o curso da doença (com alterações medicamentosas).	Foram identificados 250.251 pacientes com AR no DATASUS: idade média de 58,4 anos, maioria do sexo feminino (83%), e branco (58%). 62% eram exclusivos SUS e 38% SUS+ privados. Os bDMARDs mais comuns foram adalimumabe e etanercepte.
Oliveira, et al. ²¹ (2024)	Descrever a análise sociodemográfica e clínica dos pacientes com artrite reumatoide atendidos no serviço de Reumatologia do Hospital Geral de Goiânia durante o período de 2016 a 2021	A amostra foi constituída por 209 pacientes, sendo a maioria do sexo feminino (85,2%), com idade de 60 anos ou mais (54,5%) e solteiro (66%). Acerca dos dados clínicos, 89,5% dos pacientes possuíam alguma comorbidade, sendo a hipertensão arterial sistêmica a mais prevalente, 89% usavam outro medicamento contínuo para o tratamento das comorbidades e o mais usado foi a vitamina D. Além disso, 80,4% usavam medicamentos e o mais usado foi o metotrexato (50,7%). Entre os que usavam medicamentos biológicos ou sintéticos alvo específico, o mais utilizado foi o adalimumabe (6,7%). 60,8% dos pacientes faziam uso de corticoide (prednisona). O esquema terapêutico mais usado foi o de metotrexato associado a corticoide (23,9%).

Fonte: Autores da pesquisa

6 DISCUSSÃO

Os dados apresentam o panorama dos estudos sobre artrite reumatoide em várias regiões do Brasil, no período de 2013 a 2024, com destaque para dados demográficos, clínicos e terapêuticos.

A amostra dos estudos variou significativamente, desde amostras pequenas como em Vaz *et al.*¹⁵ (2013) com 19 pacientes, até amostras maiores, como de Birck *et al.*²⁰ (2023), que analisou uma grande coorte de 250.251 pacientes, fornecendo um retrato abrangente da artrite reumatoide em nível nacional.

Em todos os artigos que compuseram esta revisão, houve uma predominância do sexo feminino, variando de 79% (Vaz *et al.*¹⁵, 2013) a 90% (Castelar-Pinheiro *et al.*¹⁸, 2018). Além disso, a idade média dos pacientes com artrite reumatoide nos diferentes estudos varia, com valores oscilando entre 47,5 anos (em Almeida *et al.*¹⁶, 2014) e 60,7 anos (Tupinambá *et al.*¹⁷, 2017). Esses dados condizem com a estatística do país, que afirma que a doença afeta mulheres duas a três vezes mais do que homens e sua prevalência aumenta com a idade.⁴

O tempo médio de duração da doença é outro aspecto relevante. Estudos como o de Birck *et al.*²⁰ (2023), Almeida *et al.*¹⁶ (2014), Ayin *et al.*¹⁹ (2022), a duração da doença é de 3,4, 7,7 e 9,7 anos, respectivamente. Nota-se uma proximidade deste valor com de outra literatura que demonstra a história de início de doença há menos de 10 anos.²⁵

Em relação aos marcadores inflamatórios, há uma ausência de dados consistentes para alguns estudos. David *et al.*¹⁴ (2013) reporta que 81,6% dos pacientes tinham PCR elevada e 68,4% apresentavam VHS elevado, indicando uma alta taxa de inflamação ativa entre os participantes. No entanto, para outros estudos, como os de Vaz *et al.*¹⁵ (2013), Almeida *et al.*¹⁶ (2014), e Birck *et al.*²⁰ (2023), esses dados estão ausentes.

Quanto ao fator reumatoide, Almeida *et al.*¹⁶ (2014) encontrou uma alta prevalência de fator reumatoide positivo (86,7%), o que corrobora com outros estudos que a maioria dos pacientes foram soropositivos.²² A positividade do anticorpo anti-CCP variou entre os estudos, com destaque para Castelar-Pinheiro *et al.*¹⁸ (2018), onde 77,2% dos pacientes eram positivos, o qual é um marcador para diagnóstico com

grande valor preditivo para o prognóstico. Estudos correlacionam o anti-CCP com a progressão erosiva óssea da doença sugerindo que pacientes com altos títulos de anti-CCP possam ter doença mais agressiva e, portanto, pior prognóstico. ²⁴

O uso de corticosteroides é um dado de grande relevância. Os estudos David *et al.* ¹⁴ (2013) e Vaz *et al.* ¹⁵ (2013) reportam altas prevalências no uso de corticosteroides, com 71,1% e 89,5%, respectivamente. O uso elevado de corticosteroides pode estar relacionado à tentativa de controle rápido da inflamação, mas traz riscos importantes, como aumento de osteoporose, ganho de peso e maior suscetibilidade a infecções⁵. Esse achado corrobora com a literatura que afirma ser uma prática comum em outros países da América do Sul. ²³

De acordo com as diretrizes do Colégio Americano de Reumatologia para o Tratamento da Artrite Reumatoide, é recomendado iniciar o tratamento com um DMARD sem o uso de corticoterapia a longo prazo (≥ 3 meses). O uso de corticoides deve ser restrito a menor dose eficaz e pela menor duração possível, pois a toxicidade associada a esses medicamentos foi considerada maior do que os benefícios potenciais que oferecem. No entanto, essa recomendação é condicional, pois se reconhece que os corticoides de curto prazo são frequentemente necessários para aliviar os sintomas antes do início da ação dos DMARDs. ²⁶

Já o uso de metotrexato é comum na maioria dos estudos. David *et al.* ¹⁴ (2013), por exemplo, indica que 81,6% dos pacientes usavam metotrexato, enquanto em Oliveira *et al.* ²¹ (2024) o uso foi menor, de 50,7%. Esse é um dos medicamentos mais amplamente utilizados para o manejo da AR em diferentes países da América do Sul, refletindo seu papel de destaque no tratamento da doença. ²³

O metotrexato é amplamente recomendado como tratamento de primeira linha para pacientes com artrite reumatoide, devido à sua eficácia comprovada e baixo custo. Ele é preferido em relação a outras combinações de medicamentos, como os DMARDs sintéticos e inibidores de JAK. ²⁶

O DAS-28, um índice que mede a atividade da doença, foi relatado apenas em alguns estudos. Castelar-Pinheiro *et al.* ¹⁸ (2018) encontrou um valor médio de 3,5, o que indica uma atividade moderada da doença, enquanto Oliveira *et al.* ²¹ (2024) relatou uma média de atividade controlada ($< 2,6$), sugerindo um manejo eficaz da condição. Tal achado foi semelhante ao encontrado na literatura. ²²

As limitações do uso do DAS28 estão associadas a diversos fatores. Um dos principais desafios é a contagem de articulações dolorosas, especialmente em pacientes com longa evolução da doença. Inicialmente, o DAS28 foi desenvolvido com base em pacientes com AR de curta duração, onde a dor estava mais diretamente relacionada à inflamação. No entanto, em casos avançados, onde há destruição e deformidades articulares, a dor pode não refletir necessariamente a atividade inflamatória, sendo causada por danos estruturais. ¹²

Além disso, o edema é considerado um achado positivo para o cálculo, mesmo que possa parecer uma "sinovite residual" sem atividade inflamatória ativa. Adicionalmente, aspectos emocionais como ansiedade e depressão podem influenciar negativamente a avaliação feita pelo paciente em relação à saúde geral e à atividade da doença, sem refletir com precisão o processo inflamatório. ¹²

Como limitação desta revisão de escopo, destaca-se o número reduzido de artigos, com uma amostra composta por 8 estudos. Entretanto o N total não foi pequeno.

Conforme foi verificado nos estudos que compuseram a amostra dessa revisão, os principais desafios para o manejo da AR incluem o diagnóstico precoce, devido aos sintomas inespecíficos nos estágios iniciais da doença; o uso prolongado de corticoides que está associado a efeitos colaterais graves; a adesão ao tratamento, frequentemente prejudicada pela falta de informação, efeitos colaterais ou dificuldades financeiras. Assim, cada paciente com AR tem uma progressão e resposta ao tratamento distintas, exigindo uma abordagem integrada que considere as comorbidades e ajuste o tratamento para reduzir os riscos adicionais.

7 CONCLUSÃO

Este estudo forneceu o estado do conhecimento relacionado ao perfil epidemiológico de pessoas acometidas por artrite reumatoide no Brasil, revelando variações nas características demográficas, padrões inflamatórios e uso de medicações. Os achados ressaltam a predominância do sexo feminino, especialmente na fase adulta, além de evidenciar o elevado percentual de uso de corticosteroides. Também foi observada a ausência de dados fundamentais, como o DAS-28, dado importante para avaliar a atividade da doença.

REFERÊNCIAS

1. Alarcón GS. Epidemiology of rheumatoid arthritis. *Rheum DisClin North Am* 1995; 21: 589-604.
2. Moura, M. C., Zakszewski, P. T. S., Silva, M. B. G., & Skare, T. L.. (2012). Perfil dos pacientes com manifestações extra-articulares de artrite reumatoide de um serviço ambulatorial em Curitiba, Sul do Brasil. *Revista Brasileira De Reumatologia*, 52(5), 686–694.
3. Moreira C, Shinjo SK, editores. Livro da Sociedade Brasileira de Reumatologia. 3. ed. São Paulo: Manole; 2023.
4. Andrade, T. F.; DIAS, S. R. C.; Etiologia da artrite reumatoide: revisão bibliográfica. *Braz. J. Hea.Rev.*, Curitiba, v. 2, n. 4, p. 3698-3718. 2019. Acesso em setembro de 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/2643/2650>
5. Lopes, F. I. G.; Importância dos marcadores na artrite reumatoide e o seu papel na terapêutica farmacológica. 2021. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas), Universidade do Algarve, 2021. Acesso em setembro de 2023. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpajpcgclefindmkaj/https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/18793/1/Tese_FilipaLopes_52575%20%28vers%c3%a3o%20final%29.pdf
6. Fugger L, Svejgaard A. Association of MHC and rheumatoid arthritis HLA-DR4 and rheumatoid arthritis: studies in mice and men. 2(3):5.
7. Lima, L. L.; Artrite reumatóide, tabagismo e dano articular: Revisão sistemática de literatura, 2016. Acesso em dezembro de 2023. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpajpcgclefindmkaj/https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/20114/1/Lucas%20Laranjeira%20Lima.pdf>
8. Rego, C. M. Artrite Reumatóide Fisiopatologia e Terapêutica Biológica. 2010. Dissertação do Mestrado Integrado de Medicina. Covilhã, Portugal. Acesso em dezembro de 2023. Acesso em janeiro de 2024. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpajpcgclefindmkaj/https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/857/1/Artrite%20Reumat%C3%B3ide%20e%20Terap%C3%AAutica%20biol%C3%B3gica%20-Mestrado%20CR.pdf>
9. Morais, R. S. de; Sobrinho, H. M. da R.; Gomes, C. M.; Quixabeira, V. B. L.; Cruvinel, W. de M. Artrite Reumatoide: Revisão dos Aspectos Imunológicos. *Revista Estudos - Vida e Saúde (Revista de Ciências Ambientais e Saúde)*, Goiânia, Brasil, v. 41, n. 3, 2014. DOI: 10.18224/est.v41i3.3609. Acesso em: novembro de 2023. Disponível em: <https://seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/view/3609>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da artrite reumatoide. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020.
11. Bronze, S. M. T.; Manifestações extra-articulares da Artrite Reumatóide no século XXI. 2019. Dissertação do Mestrado Integrado de Medicina, Universidade de Lisboa. Acesso em novembro de 2023. Disponível em: chrome-

[extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/43622/1/SergioMBronze.pdf](https://doi.org/10.1590/S0482-50042007000500011)

12. Pinheiro G da RC. Instrumentos de medida da atividade da artrite reumatóide: por que e como Empregá-los. *Rev Bras Reumatol* [Internet]. 2007Sep;47(5):362–5. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0482-50042007000500011>
13. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA ScR): Checklist and Explicação. *Ann Intern Med*. 2018;169:467-473. doi: 10.7326/M18-0850.
14. David JM, Mattei RA, Mauad JL, Almeida LG de, Nogueira MA, Menolli PV da S, et al.. Estudo clínico e laboratorial de pacientes com artrite reumatoide diagnosticados em serviços de reumatologia em Cascavel, PR, Brasil. *Rev Bras Reumatol* [Internet]. 2013Jan;53(1):61–5. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/WXyCr7G3TCMZ4q9vWf4d7FF>.
15. Vaz AE, Faria Júnior WA, S. Lazarski CF, Carmo HF do, Rocha Sobrinho HM da. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes portadores de artrite reumatóide em um hospital escola de medicina em Goiânia, Goiás, Brasil. *Medicina (Ribeirão Preto)* [Internet]. 30º de junho de 2013 [citado 4º de junho de 2024];46(2):141-53. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/62458>
16. Almeida M do STM, Almeida JVM, Bertolo MB. Características demográficas e clínicas de pacientes com artrite reumatoide no Piauí, Brasil - avaliação de 98 pacientes. *Rev Bras Reumatol* [Internet]. 2014Sep;54(5):360–5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2014.02.005>
17. Tupinambá, H.Á & Marques, G.S.B. & Vargas dos Santos, Ana Beatriz & Pinheiro, Geraldo & Amorim, R.B.C. & Pereira, L.R. & Haddad, P.A.R.. (2017). PERFIL DOS PACIENTES ACOMPANHADOS NO AMBULATÓRIO DE ARTRITE REUMATOIDE DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 57. 29-30. 10.1016/j.rbr.2017.06.053.
18. Castelar-Pinheiro G da R, Vargas-Santos AB, Albuquerque CP de, Bértolo MB, Louzada Júnior P, Giorgi RDN, et al. The REAL study: a nationwide prospective study of rheumatoid arthritis in Brazil. *Adv rheumatol* [Internet]. 2018; 58:9. Available from: <https://doi.org/10.1186/s42358-018-0017-9>
19. Ayin, Andrea Alexandra Narro; Pinho, Rafaela Seixa; Koyama, Roberta Vilela Lopes (2022). Perfil clínico e epidemiológico e comorbidades dos pacientes com artrite reumatoide atendidos no centro de especialidades médicas do centro universitário do Pará / Clinical and epidemiological and comorbidities of patients with rheumatoid arthritis assisted at the medical specialties center of Centro Universitário do Pará. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 20(2): 69-77, 2022.
20. Birck MG, Ferreira R, Curi M, Krueger WS, Julian GS, Liede A. Real-world treatment patterns of rheumatoid arthritis in Brazil: analysis of DATASUS national administrative claims data for pharmacoepidemiology studies (2010-2020). *Sci Rep*. 2023 Oct 18;13(1):17739. doi: 10.1038/s41598-023-44389-9. PMID: 37853013; PMCID: PMC10584810.

21. Oliveira, J. de C., Reis, D. E. O. dos S., Teixeira, M. L. S., Nicolau, P. N. M. M., Luz, D. M. da, Azevedo Júnior, E. J., & Pimenta, M. (2024). Perfil sociodemográfico, clínico e do tratamento de pacientes com Artrite Reumatoide. *STUDIES IN HEALTH SCIENCES*, 5(2), e3786. <https://doi.org/10.54022/shsv5n2-016>
22. Listing J., et al. Mortality in rheumatoid arthritis: the impact of disease activity, treatment with glucocorticoids, TNF inhibitors and rituximab. *Annals of the rheumatic diseases*, v. 74, n. 2, p. 415-421, 2015.
23. Germano JL, Reis-Pardal J, Tonin FS, Pontarolo R, Melchioris AC, Fernandez-Llimos F. Prevalence of rheumatoid arthritis in South America: a systematic review and meta-analysis. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2021Oct;26:5371–82. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.05152020>
24. Schellekens GA, Visser H, de Jong BA, van den Hoogen FH, Hazes JM, Breedveld FC et al. The diagnostic properties of rheumatoid arthritis antibodies recognizing a cyclic citrullinated peptide. *Arthritis Rheum*. 2000; 43: 155-63.
25. Louzada-Junior P, Souza BDB, Toledo RA, Ciconelli RM. Descriptive analysis of the demographical and clinical characteristics of the patients with rheumatoid arthritis in the State of Sao Paulo, Brazil. *Rev Bras Reumatol*. 2007; 47: 84-90.
26. Fraenkel L, Bathon JM, England BR, St.Clair EW, Arayssi T, Carandang K, et al. 2021 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheumatol*. 2021;73(7):1108–23. doi:10.1002/art.41752

ANEXO A - RESUMO ACEITO PARA PUBLICAÇÃO COMO POSTER NO CONGRESSO BRASILEIRO DE REUMATOLOGIA DE 2024

EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL PROFILE OF PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS IN BRAZIL OVER THE LAST 10 YEARS: A SCOPING REVIEW

BACKGROUND

Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic inflammatory autoimmune disease affecting about 1% of the global population, with a higher prevalence in females and present in all ethnic groups. Understanding the epidemiological data in Brazil is highly valuable for better understanding this condition's particularities in our scenario.

METHODS

This scoping review followed the PRISMA-ScR checklist, included articles published from 2013 to 2024 with epidemiological data from Brazil. The research was conducted in the databases PubMed, SciELO, LILACS, and Embase, and the extracted variables included sex, age, duration of the disease, rheumatoid factor, anti-CCP, ESR, CRP, presence of bone erosions, medications used, and DAS-28 score.

RESULTS

A total of 1,327 articles were identified, and based on the established eligibility criteria, 16 articles were selected for full reading, resulting in 8 studies included in this review. Table 1 summarizes the main findings.

Variables	David, et al ¹⁴ (2013)	Vaz, et al ¹⁵ (2013)	Almeida, et al ¹⁶ (2014)	Tupinambá, et al ¹⁷ (2017)	Castelar-Pinheiro, et al ¹⁸ (2018)	Avin, et al ¹⁹ (2022)	Birck, et al ²⁰ (2023)	Oliveira, et al. ²¹ (2024)
State	PR	GO	PI	RJ	BR	PA	BR	GO
Sample size	38	19	98	100	1.115	122	250.251	209
Age	47,6	50	47,5	60,7	56,7	54,1	58,4	60
Female (%)	84	79	88,8	82	90	88,5	82,8	85,2
Duration of the disease	12,4	9,7	7,7	13,5	12,7	9,7	3,4	*
Elevated CRP (%)	81,6	*	*	*	70	*	*	*
Elevated ESR (%)	68,4	*	*	*	21	*	*	*
RF + (%)	68,4	68	86,7	72	78,2	56,55	*	34
Anti-CCP + (%)	*	*	*	69	77,2	*	*	14,8
Bone erosion (%)	18,4	42	*	*	54,9	*	*	*
	71,1	89,5	30,6	35	47,4	55,7	*	60,8
Methotrexate	81,6	78,9	39,8	80	66,5	59,8	*	50,7
DAS 28	*	*	*	*	3,5	*	**	<2,6

CONCLUSION

This study provides an overview of epidemiological data on rheumatoid arthritis published in the last ten years in our country; we highlight the high percentage of corticosteroid use and the absence of essential data such as DAS-28.