

APOSTILA 1º MÓDULO - PÓS-GRADUAÇÃO MÉDICA EM REUMATOLOGIA

Módulo 1- Fundamentos da Reumatologia e Introdução à Medicina Baseada em Evidências

Apresentação: Este primeiro módulo abrange os conceitos fundamentais das doenças reumáticas e introduz os princípios da Medicina Baseada em Evidências (MBE). Iniciaremos revisando as características das principais doenças reumatológicas – com destaque para a comparação entre a artrite reumatoide (AR), o lúpus eritematoso sistêmico (LES) e a osteoartrite (OA) – e abordaremos noções básicas de classificação, manifestações clínicas e métodos diagnósticos. Em seguida, discutiremos aspectos metodológicos da prática médica, introduzindo os conceitos centrais da MBE, incluindo a hierarquia de evidências científicas e as etapas para incorporação das evidências na tomada de decisões clínicas. Por fim, serão apresentadas seções interdisciplinares, estratégias de ensino-aprendizagem para este curso, sugestões de temas para aprofundamento e um conjunto de questões para fixação do conteúdo, com gabarito comentado. A linguagem utilizada é didática e voltada ao médico recém-formado, priorizando clareza e objetividade, mas sem perder o rigor científico.

1. Fundamentos da Reumatologia

As doenças reumatológicas englobam um conjunto de condições clínicas muito diversas que acometem principalmente o sistema musculoesquelético (articulações, ossos, músculos, tendões) e, em muitos casos, envolvem outros órgãos e sistemas. Tradicionalmente, essas doenças podem ser classificadas em categorias amplas, tais como: doenças inflamatórias autoimunes (por exemplo, artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico, espondiloartrites), artropatias degenerativas (por exemplo, osteoartrite), artropatias por depósito de cristais (por exemplo, gota), doenças difusas do tecido conjuntivo (colagenoses, como esclerodermia, polimiosite, etc.), vasculites sistêmicas, síndromes dolorosas de tecidos moles (por exemplo, fibromialgia) e doenças ósseas metabólicas (por exemplo, osteoporose). Nesta seção, enfocaremos os princípios essenciais dessas doenças, com ênfase na distinção entre processos inflamatórios e não inflamatórios, e nas características clínicas básicas de AR, LES e OA.

1.1 Conceitos Gerais: Inflamatório vs. Degenerativo

Um dos pilares para a compreensão das doenças reumáticas é diferenciar quadros inflamatórios de quadros mecânico-degenerativos. Artrite refere-se à inflamação de uma articulação, caracterizada por sinais clínicos como dor associada a edema articular, calor local, vermelhidão e limitação de movimento, podendo cursar com rigidez matinal prolongada e sintomas constitucionais (febre baixa, fadiga). Já artrose (ou osteoartrite) é um termo comumente usado para processos degenerativos articulares, nos quais a dor articular decorre principalmente de desgaste da cartilagem e alterações ósseas secundárias, geralmente sem intensa inflamação sinovial.

Algumas distinções práticas entre dor articular de origem inflamatória e de origem mecânico-degenerativa devem ser memorizadas:

- **Rigidez matinal:** é a sensação de articulações “presas” ou enrijecidas ao acordar. Em doenças inflamatórias (como AR e LES), a rigidez matinal costuma ser prolongada, geralmente durando mais de 30-60 minutos, podendo persistir por várias horas. Na osteoartrite e em condições mecânicas, a rigidez matinal é ausente ou de curta duração (tipicamente menos de 30 minutos), com o paciente “destravando” as articulações rapidamente ao iniciar suas atividades.
- **Padrão de dor ao longo do dia:** nas condições degenerativas, a dor articular piora com o uso ao longo do dia e com atividades de carga, aliviando com repouso. Já nas artrites inflamatórias, é comum a dor ser mais intensa pela manhã e após períodos de repouso prolongado (fenômeno de “geladura”), podendo melhorar parcialmente com a movimentação moderada – embora esforço excessivo também possa agravar a dor na artrite ativa. À noite, pacientes com artrite inflamatória podem referir piora da dor e rigidez após inatividade vespertina.
- **Manifestações sistêmicas:** doenças inflamatórias autoimunes frequentemente cursam com sintomas constitucionais (febrícula, fadiga, mal-estar, perda de peso, sudorese), bem como comprometimento de órgãos além das articulações (pele, rins, olhos, pulmões etc.). Na osteoartrite primária, não se esperam manifestações sistêmicas – trata-se de um processo local, limitado às articulações afetadas.
- **Exames laboratoriais gerais:** processos inflamatórios sistêmicos tendem a elevar marcadores de inflamação, como proteína C reativa (PCR) e velocidade de hemossedimentação (VHS). Já nos quadros degenerativos puros, esses exames habitualmente permanecem dentro da normalidade. Por exemplo, um paciente com artrite reumatoide ativa geralmente apresenta PCR e VHS elevadas, ao passo que um paciente com osteoartrite isolada dos joelhos costuma ter PCR e VHS normais.
- **Achados no líquido sinovial:** a análise do líquido articular (obtido por artrocentese) também distingue processos – nas artrites inflamatórias, o líquido sinovial tipicamente é do tipo inflamatório, com contagem elevada de leucócitos (geralmente > 2.000 células/ μL , frequentemente > 10.000) com predomínio de neutrófilos, além de aspecto turvo. Já em artroses, o líquido sinovial é não inflamatório (leucócitos $< 2.000/\mu\text{L}$, predomínio de mononucleares) e mais claro/viscoso.
- **Resposta a anti-inflamatórios:** inflamações tendem a responder dramaticamente a fármacos anti-inflamatórios (AINEs, corticosteroides), enquanto dores mecânicas podem responder parcialmente a analgésicos e AINEs, mas principalmente melhoram com medidas físicas, repouso ou uso de órteses.

Compreender essas diferenças é fundamental para direcionar o raciocínio diagnóstico quando um paciente se apresenta com artralgia (dor articular) ou artrite. Aliás, convém distinguir artralgia de artrite: o termo artralgia refere-se apenas à queixa de dor articular, sem necessariamente haver sinais objetivos de inflamação à avaliação clínica. Em outras palavras, um paciente com dor em joelhos que não apresenta edema, calor ou derrame articular tem artralgia, mas não artrite clinicamente evidente. Já a artrite implica achados inflamatórios objetivos na articulação (inchaço, calor, limitação dolorosa do movimento, eventualmente rubor). Essa diferenciação orienta a investigação – artralgias sem sinais inflamatórios podem sugerir diagnósticos como osteoartrite inicial, síndromes dolorosas não inflamatórias (por exemplo, fibromialgia) ou artrites em remissão, enquanto artrite franca sugere doenças inflamatórias ativas, infecção articular ou gota, por exemplo.

1.2 Principais Doenças Reumáticas e Classificação

É útil classificar as doenças reumáticas em grupos, embora exista certa sobreposição entre eles. De forma simplificada:

- **Artrites Inflamatórias Autoimunes:** aqui se incluem a artrite reumatoide (AR), as espondiloartrites soronegativas (como espondilite anquilosante, artrite psoriásica, artrite reativa, artrite enteropática), e a artrite idiopática juvenil. São caracterizadas por inflamação sinovial crônica mediada pelo sistema imune, podendo causar destruição articular ao longo do tempo. “Soropositiva” refere-se tipicamente à presença de fator reumatoide ou anticorpos relacionados; a AR clássica é considerada uma artrite soropositiva (quando fator reumatoide e/ou anti-CCP são positivos), ao passo que espondiloartrites são “soronegativas” por usualmente não apresentarem fator reumatoide circulante.
- **Colagenoses (Doenças Difusas do Tecido Conjuntivo):** tradicionalmente englobam doenças sistêmicas autoimunes como lúpus eritematoso sistêmico (LES), esclerodermia (esclerose sistêmica), polimiosite/dermatomiosite, síndrome de Sjögren, dentre outras. Essas condições frequentemente apresentam autoanticorpos específicos (por exemplo, FAN quase sempre positivo) e acometem múltiplos órgãos e tecidos conjuntivos de forma difusa (pele, articulações, músculos, vasos, rins etc.). Muitas vezes há sobreposição de características entre elas (síndromes de superposição, doença mista do tecido conjuntivo).
- **Artropatias Degenerativas:** a principal é a osteoartrite (OA), também chamada de osteoartrose ou simplesmente artrose. É a forma mais comum de doença articular, resultante de um desequilíbrio entre sobrecarga mecânica e a capacidade de reparo da cartilagem e estruturas articulares. Pode ser primária (relacionada ao envelhecimento e fatores genéticos) ou secundária a outras condições (traumas, obesidade, deformidades, doenças metabólicas). Caracteriza-se por desgaste da cartilagem, formação de osteófitos (bicos de papagaio), esclerose óssea subcondral e sinovite leve/moderada reacional.
- **Artrites Microcristalinas:** incluem gota (depósito de cristais de monourato de sódio nas articulações e outros tecidos) e condrocalcinose (depósito de cristais de pirofosfato de cálcio,

causando a pseudogota). São doenças por distúrbios metabólicos que levam à deposição de cristais que desencadeiam inflamação articular aguda recorrente e, a longo prazo, alterações crônicas.

- **Vasculites Sistêmicas:** um grupo de doenças nas quais a inflamação acomete vasos sanguíneos de diversos calibres, podendo produzir manifestações sistêmicas e em órgãos específicos. Exemplos: poliarterite nodosa, granulomatose com poliangiite (Wegener), arterite de células gigantes, entre outras. Muitas têm associação reumatológica (por exemplo, vasculite do LES, ou vasculites associadas a artrite reumatoide de longa data).
- **Síndromes de Hiper mobilidade e Alterações Osteomusculares:** incluem condições como hiper mobilidade articular benigna, síndromes miofasciais regionais, patologias tendíneas e bursites não infecciosas. Embora não sejam inflamatórias sistêmicas, integram o dia a dia do reumatologista no diagnóstico diferencial de dores.
- **Síndromes de Dor Crônica Generalizada:** destaque para a fibromialgia, caracterizada por dor musculoesquelética difusa crônica associada a pontos dolorosos específicos à palpação (tender points), fadiga, sono não reparador e outras alterações neurovegetativas. Não cursa com inflamação articular ou dano tecidual detectável, mas sim com disfunção na modulação da dor (é uma síndrome de sensibilização central). Apesar de não ser uma doença inflamatória, é frequentemente manejada pelo reumatologista, dada sua sobreposição de sintomas com as artrites e o acometimento musculoesquelético.

Epidemiologia geral: As doenças reumáticas são muito prevalentes. A osteoartrite é a doença articular mais comum na população – praticamente todos os indivíduos terão algum grau de alteração degenerativa articular se viverem o bastante, sendo sintomática em milhões de pessoas acima de 60 anos. A artrite reumatoide afeta cerca de 0,5–1% da população mundial, predominando em mulheres (aproximadamente 3:1 em relação aos homens) e com início típico entre 30 e 50 anos de idade. O lúpus eritematoso sistêmico é menos comum (prevalência ~50 a 100 por 100.000 habitantes), mas também predomina fortemente no sexo feminino (cerca de 9:1), muitas vezes iniciando em mulheres jovens em idade fértil (20–40 anos). As espondiloartrites, por outro lado, tendem a ter maior incidência em homens jovens – a espondilite anquilosante, por exemplo, tem proporção masculino: feminino de aproximadamente 2:1 ou 3:1, com início entre 15 e 30 anos. Essas diferenças epidemiológicas auxiliam na suspeita diagnóstica: por exemplo, artrite crônica em uma mulher de 25 anos evoca mais LES ou AR; dor lombar inflamatória em homem de 22 anos sugere espondilite anquilosante; artrite de joelhos em idoso obeso aponta para osteoartrite.

1.3 Artrite Reumatoide, Lúpus Eritematoso Sistêmico e Osteoartrite: Comparação Básica

Para ilustrar os conceitos, vamos comparar brevemente três condições prototípicas: Artrite Reumatoide (AR), Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) e Osteoartrite (OA). Embora existam várias outras doenças relevantes, essas três fornecem um contraste importante entre uma artrite inflamatória crônica autoimune (AR), uma doença autoimune sistêmica com manifestações articulares (LES) e uma artropatia degenerativa não autoimune (OA).

Artrite Reumatoide (AR): É uma doença inflamatória crônica autoimune que afeta primariamente as articulações sinoviais de forma simétrica. Sua marca registrada é uma poliartrite crônica simétrica, principalmente de articulações periféricas. Características principais:

- Quadro clínico articular: poliartrite (inflamação em múltiplas articulações) com distribuição geralmente simétrica. Afeta com frequência as pequenas articulações das mãos e punhos (articulações metacarpofalângicas – MCF – e interfalângicas proximais – IFP), pés (metatarsofalângicas), além de joelhos, tornozelos, cotovelos e ombros. Tipicamente poupa as articulações interfalângicas distais (IFD) dos dedos (diferente da osteoartrite). A articulação do punho e a articulação atlanto-axial (coluna cervical alta) também podem ser acometidas. A inflamação sinovial persistente leva à destruição da cartilagem e erosões ósseas nas margens articulares, resultando em deformidades se não tratada.
- Sintomas e sinais: dor articular e edema de várias articulações por >6 semanas, rigidez matinal prolongada (geralmente >1 hora), dificuldade para realizar atividades finas (por exemplo, abrir frascos, botar camisa). Com a progressão, surgem deformidades clássicas nas mãos, como desvio ulnar dos dedos, deformidades em “pescoço de cisne” (hiperextensão de IFP e flexão de IFD) e “boutonnière” (flexão fixa de IFP e hiperextensão de IFD), causadas pela destruição articular e alterações tendíneas. Importante: essas deformidades são tardias e hoje são menos comuns com o tratamento precoce, mas são semiológicas clássicas da AR.
- Manifestações sistêmicas: podem ocorrer nódulos reumatoides subcutâneos (geralmente em áreas de pressão como cotovelos) nos casos mais graves (associados a altos títulos de fator reumatoide), febre baixa, perda de peso, fadiga. A AR também pode apresentar manifestações extra articulares em diversos órgãos, especialmente em doença de longa data sem controle: pulmonares (derrame pleural, fibrose pulmonar intersticial, nódulos pulmonares reumatoides), cardíacas (pericardite, aumento do risco de doença aterosclerótica), vasculites de pequenos vasos (podendo causar neuropatia periférica, úlceras cutâneas), síndrome de Sjögren secundária (seca ocular e oral) e anemia normocrômica da inflamação crônica. Pacientes com AR têm risco cardiovascular aumentado de modo similar a diabéticos, devido à inflamação crônica.
- Exames laboratoriais específicos: cerca de 70–80% dos pacientes apresentam fator reumatoide (FR) positivo. O fator reumatoide é um autoanticorpo (geralmente da classe IgM) dirigido contra a porção Fc da IgG. Sua presença em altos títulos correlaciona-se a doença mais agressiva e com manifestações extra articulares (por exemplo, nódulos subcutâneos e vasculite). Entretanto, não é obrigatório para o diagnóstico – existe AR soronegativa (FR negativo). Outro exame mais específico é o anticorpo antipeptídeo cíclico citrulinado (anti-CCP), positivo em percentagem semelhante (60–80%) porém com especificidade maior (>95%) para AR. O anti-CCP, assim como o FR, pode preceder em anos o aparecimento dos sintomas clínicos e está associado a forma erosiva. Em atividade, costuma haver elevação de VHS e PCR. O hemograma frequentemente mostra anemia leve e plaquetas elevadas (reactantes de fase aguda).

- Achados de imagem: nos estágios iniciais, pode-se ver apenas osteopenia periarticular e edema de partes moles nas radiografias. Com evolução, aparecem as erosões ósseas marginais nas articulações acometidas, particularmente nas pequenas articulações das mãos e punhos. Redução uniforme do espaço articular também ocorre (pela destruição da cartilagem). Em fases tardias, subluxações e deformidades podem ser evidentes nas radiografias (por exemplo, desvio ulnar das falanges). A detecção precoce de erosões por ultrassom ou ressonância magnética pode ajudar no diagnóstico, mas radiografias simples das mãos e pés ainda são o método padrão para avaliar dano estrutural ao longo do tempo.

Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES): É uma doença autoimune sistêmica prototípica, caracterizada pela produção de autoanticorpos contra componentes do núcleo celular (daí o termo “doença do colágeno” ou colagenose). Tem um espectro muito amplo de manifestações clínicas, podendo afetar praticamente qualquer órgão. Quanto às manifestações musculo esqueléticas:

- Quadro articular: cerca de 90% dos pacientes com LES apresentam artralgia ou artrite em algum momento. A artrite do LES costuma ser uma poliartrite migratória ou intermitente, afetando também frequentemente as pequenas articulações das mãos, punhos e joelhos, de forma simétrica. Diferentemente da AR, a artrite lúpica é tipicamente não erosiva e não deformante – embora possa haver deformidades redutíveis (ou seja, que não são fixas) em decorrência da laxidão ligamentar e tendinosa por inflamação crônica (chamadas deformidades de Jaccoud, semelhantes às da artrite reumatoide, porém sem erosões nas radiografias). A dor articular no LES pode desproporcional à inflamação objetiva (às vezes há artralgia importante mesmo com pouco edema articular).

- Manifestações cutâneas: são um destaque do LES. A mais famosa é o rash malar (eritema em “asa de borboleta” no rosto, acometendo as regiões malares e dorso do nariz, poupando sulco nasolabial), desencadeado ou exacerbado por exposição solar (fotosensibilidade). Há também lesões discóides (placas eritematosas com escamação e atrofia, sobretudo em áreas foto expostas), úlceras orais indolores (geralmente no palato duro ou mucosa jugal), alopecia não cicatricial, fenômeno de Raynaud (vasos pasmo digital induzido pelo frio, levando a mudança de coloração das extremidades).

- Acometimento de órgãos internos: o LES pode cursar com serosite, levando a pleurite (dor pleurítica, derrame pleural) e pericardite; pode afetar os rins, causando nefrite lúpica – uma das manifestações mais graves, que se traduz por hematúria, proteinúria e insuficiência renal se não tratada. A comprometimento renal (glomerulonefrite lúpica) ocorre em cerca de 50% dos pacientes ao longo da doença e é um dos principais determinantes de prognóstico, frequentemente exigindo terapia imunossupressora agressiva. O sistema nervoso central pode ser afetado (lúpus neuropsiquiátrico), resultando em quadros que variam de cefaleias e alterações cognitivas leves até convulsões, psicose, mielite transversa ou neuropatias. Alterações hematológicas são muito comuns: anemia hemolítica autoimune, leucopenia e linfopenia, trombocitopenia autoimune (síndrome de Evans quando há combinação).

Pacientes com LES também podem ter síndrome do anticorpo antifosfolípide associada (trombozes arteriais/venosas e abortos de repetição). Em virtude da natureza sistêmica, praticamente qualquer apresentação é possível – de uma paciente jovem com apenas artrite intermitente e rash cutâneo até casos graves com falência renal, crises convulsivas e citopenias importantes.

- Exames imunológicos característicos: o Fator Antinuclear (FAN) é positivo em mais de 95% dos casos de LES ativo (sensibilidade alta), embora não seja específico – pode aparecer em outras doenças autoimunes e até em pessoas saudáveis em baixos títulos. No LES, geralmente o FAN apresenta títulos altos e padrão de fluorescência nuclear homogêneo ou pontilhado grosso (mas vários padrões podem surgir conforme os autoanticorpos presentes). Autoanticorpos mais específicos do LES incluem o anti-DNA nativo de dupla hélice (anti-dsDNA) e o anti-Sm (Smith). O anti-dsDNA está presente em cerca de 50–70% dos pacientes com LES e tem associação com nefrite lúpica – seus níveis podem flutuar com a atividade da doença, servindo como marcador de exacerbação (por exemplo, elevação do anti-dsDNA e queda de complemento frequentemente precedem ou acompanham surtos de nefrite). Já o anti-Sm é mais específico (praticamente só positivo no lúpus, especificidade >95%), porém menos sensível (presente em ~30% dos pacientes). Outros autoanticorpos relevantes: anti-U1 RNP (associado a doença mista do tecido conectivo), anti-Ro/SSA e anti-La/SSB (associados a fotossensibilidade, lúpus cutâneo subagudo, manifestações neonatais e síndrome de Sjögren secundária), além dos anticorpos antifosfolípidos (anticardiolipina, anti- β 2-glicoproteína I e anticoagulante lúpico) que conferem risco trombótico. Em fase ativa, o LES pode cursar com consumo de complemento (queda do C3, C4), e reagentes de fase aguda variam (VHS pode elevar, PCR muitas vezes normal ou pouco elevada – PCR muito alta em LES pode sugerir infecção concomitante, pois diferentemente da AR, o LES isolado nem sempre cursa com PCR elevada).

- Achados radiológicos: como mencionado, não se observam erosões ósseas nas articulações de pacientes com LES, mesmo com artrite crônica. Nas radiografias, usualmente não há destruição articular – podendo aparecer apenas osteoporose periarticular ou pequenos desvios das articulações pelo afrouxamento ligamentar (ex.: desalinhamentos que se corrigem ao posicionar a articulação, indicando deformidade redutível de Jaccoud). Essa ausência de erosão radiográfica é uma diferença crucial em relação à artrite reumatoide.

Osteoartrite (OA): Também chamada de osteoartrose, é uma doença articular degenerativa, não autoimune, ligada a fatores mecânicos e idade. Caracteriza-se pela degeneração da cartilagem articular com remodelamento ósseo. Suas principais características:

- Quadro clínico articular: a OA pode afetar tanto articulações axiais (coluna cervical e lombar) quanto periféricas. As articulações de carga são frequentemente acometidas – joelhos e quadris são clássicos, sendo a OA de joelhos extremamente comum, especialmente em mulheres de meia-idade e idosas, e associada à obesidade. As mãos também podem ser afetadas, com um padrão típico diferente da AR: na osteoartrite das mãos, há envolvimento preferencial das articulações interfalângicas distais (IFD) e interfalângicas proximais (IFP), além

da base do polegar (articulação carpometacarpal do polegar – rizartrose). Isso leva aos nódulos característicos: Nódulos de Heberden (nas IFD, visualizados como saliências ósseas nas últimas juntas dos dedos) e Nódulos de Bouchard (nas IFP). Esses nódulos são resultado de osteófitos (formação de novo osso) nas articulações e indicam osteoartrite erosiva das mãos. Diferentemente, a AR acomete mãos nas IFP e MCF, mas tipicamente poupa as IFD – logo, a presença de nódulos duros nas IFD sugere OA, não AR. Em grandes articulações como joelhos, a OA frequentemente é assimétrica (pode acometer um joelho mais que o outro) e cursa com dor ao movimento, crepitação audível ou palpável ao mobilizar a articulação, e eventualmente deformidade em varo ou valgo do joelho nas fases avançadas (devido ao desgaste predominante de compartimento medial ou lateral). Nos quadris, causa dor inguinal crônica e limitação de mobilidade (por exemplo, dificuldade para calçar sapatos ou entrar no carro devido à limitação de rotação interna do quadril). Na coluna, causa discopatia e formação de osteófitos vertebrais, levando a dor cervical ou lombar crônica e rigidez. Em geral, a osteoartrite envolve um número menor de articulações do que a AR (é oligoarticular ou poliartrite restrita, vs. poliartrite difusa da AR).

- Sintomas e sinais: dor articular de caráter mecânico (pior com atividade prolongada, fim do dia) e rigidez após períodos de imobilidade de curta duração – por exemplo, rigidez inicial ao se levantar após estar sentado (“geladeira”), mas que dura poucos minutos. A rigidez matinal típica é breve (< 30 min). Não há sintomas constitucionais. Ao exame, pode haver crepitação articular, deformidades ósseas (osteófitos palpáveis, como os nódulos nos dedos ou osteófitos nas bordas do joelho), derrame articular discreto em joelhos (pode ocorrer sinovite leve reativa). A dor pode limitar a amplitude de movimento e a função (p.ex., dificuldade em descer escadas por dor no joelho).
- Fatores de risco: idade avançada é o principal (é raro OA primária antes dos 40 anos). Além disso, obesidade (sobretudo para osteoartrite de joelhos), sobreuso ou trauma articular repetitivo (ex.: atletas de alto impacto podem desenvolver OA precocemente em articulações sobrecarregadas, trabalhadores braçais têm OA de coluna e joelhos, etc.), história familiar (fatores genéticos influenciam, especialmente na OA de mãos generalizada em mulheres), desalinhamentos anatômicos (genu varum ou valgum predisponente), e doenças metabólicas (ex. hemocromatose pode causar artropatia degenerativa rápida). Ao contrário da AR, o tabagismo não é fator de risco estabelecido para OA – ele é fator de risco para AR e outras autoimunes, mas não está associado a osteoartrite (alguns estudos até sugeriram que fumantes teriam menor incidência de OA de joelho, embora isso não seja indicação de proteção).
- Exames laboratoriais: na OA primária, não há autoanticorpos ou marcadores específicos. Os exames inflamatórios (VHS, PCR) geralmente são normais. Portanto, na investigação de um quadro típico de OA, os exames de sangue servem mais para excluir outras doenças (por exemplo, um fator reumatoide positivo alto indicaria AR concomitante em vez de OA pura).
- Achados radiológicos: as radiografias simples das articulações afetadas evidenciam alterações degenerativas características: redução do espaço articular (pelo desgaste da

cartilagem) – frequentemente de modo assimétrico; esclerose subcondral (osso subjacente à cartilagem fica mais denso/branco); osteófitos (bico de papagaio) nas margens articulares; e em casos de OA erosiva das mãos, podem aparecer cistos subcondrais e erosões centradas nas articulações interfalângicas (mas diferentes das erosões marginais da AR, com distribuição distinta). Não há osteopenia periarticular (ao contrário da AR, em que o desuso e inflamação causam osteopenia local). Em joelhos, pode haver formação de corpos livres osteocondrais (fragmentos soltos). A presença dessas alterações em pacientes de idade compatível com a clínica corrobora o diagnóstico de osteoartrite. Vale ressaltar: osteoartrite é muito prevalente, então alterações radiográficas podem existir mesmo em indivíduos assintomáticos; o achado radiológico deve sempre ser correlacionado com os sintomas do paciente.

Quadro comparativo resumido (AR vs LES vs OA):

- **Epidemiologia:** AR e LES acometem preferencialmente mulheres jovens (LES com razão mulher: homem ainda maior que AR); OA acomete ambos os sexos, embora após os 50 anos mulheres tenham mais OA de mãos e joelhos que homens; incidência de OA aumenta acentuadamente com a idade.
- **Articulações acometidas:** AR – poliartrite periférica simétrica, sobretudo mãos (MCP, IFP), punhos, pés, poupando IFD; LES – poliartrite simétrica, mãos e grandes articulações, geralmente não deformante; OA – articulações de carga (joelhos, quadris, coluna), mãos (IFD com nódulos de Heberden, base do polegar), frequentemente assimétrico ou unilateral nas grandes articulações.
- **Dor e rigidez:** AR – dor inflamatória, rigidez matinal prolongada (>1h); LES – dor inflamatória porém rigidez geralmente menos proeminente que na AR, artrite pode ser intermitente; OA – dor mecânica, rigidez matinal curta (<30min), piora ao esforço prolongado.
- **Deformidades:** AR – deformidades clássicas (desvio ulnar, pescoço de cisne, boutonnière) em fases avançadas, irreversíveis; LES – pode haver deformidades redutíveis (Jaccoud) mas sem erosão; OA – deformidades ósseas como nódulos de Heberden/Bouchard, joelho varo/valgo, coluna com osteófitos.
- **Manifestações sistêmicas:** AR – nódulos reumatoides, ceratoconjuntivite seca (Sjögren secundário), fibrose pulmonar, pericardite, vasculite nos casos agressivos; LES – inúmeras manifestações sistêmicas (pele, renal, hematológica, SNC, serosas etc.); OA – ausência de manifestações sistêmicas (restrita às articulações).
- **Autoanticorpos:** AR – FR positivo em ~70%, anti-CCP positivo em ~60-70%, ambos associados a formas mais graves; LES – FAN positivo >95%, anti-dsDNA e anti-Sm específicos (dsDNA associado à nefrite), diversos outros autoanticorpos (Ro, La, antifosfolípidos); OA – não há autoanticorpos relacionados.
- **Marcadores inflamatórios:** AR e LES ativos – VHS e PCR geralmente elevados

(especialmente AR; no LES pode ser dissociado: VHS elevado mas PCR nem tanto, exceto se serosite ou sinovite intensa); OA – VHS e PCR normais (a não ser que haja inflamação de outra causa ou artrite reativa sobreposta).

- Radiografia de mãos: AR – osteopenia periarticular, erosões ósseas marginais, redução difusa do espaço articular; deformidades articulares nas mãos e subluxações; LES – geralmente normal ou osteoporose leve, sem erosões (a ausência de erosão ajuda a diferenciá-la da AR); OA – osteófitos nas IFD e IFP (nódulos), esclerose óssea, diminuição do espaço articular, principalmente em articulações interfalângicas e base do polegar; articulações MCF normais (poupadas na OA primária).

Em resumo, a AR é uma artrite erosiva, deformante, crônica e simétrica, de natureza autoimune e sistêmica, enquanto o LES é uma doença autoimune sistêmica multiorgânica em que a artrite é comum porém não erosiva e acompanhada de muitos outros sinais (rash cutâneo, nefropatia etc.), e a OA é uma doença localizada de articulações, decorrente de desgaste, sem autoimunidade envolvida, que leva a dor mecânica e deformidades ósseas (osteófitos) sem sinais sistêmicos. Essa diferenciação é fundamental para estabelecer o diagnóstico e conduzir o tratamento adequado.

Critérios de Classificação: Tanto a AR quanto o LES possuem critérios classificatórios estabelecidos por associações internacionais, que ajudam no diagnóstico clínico e na uniformização para pesquisas.

- Os critérios clássicos do ACR (Colégio Americano de Reumatologia) para AR (de 1987) incluíam: rigidez matinal > 1h, artrite em pelo menos 3 áreas articulares, artrite de mãos, artrite simétrica, nódulos reumatóides, fator reumatóide positivo, e alterações radiográficas típicas – sendo necessário ≥ 4 de 7 critérios. Em 2010, novos critérios ACR/EULAR foram propostos, baseados em um sistema de pontos que considera número de articulações com sinovite, sorologia (FR e anti-CCP), reagentes de fase aguda e duração dos sintomas (>6 semanas), classificando como AR pontuações ≥ 6 de 10 possíveis. O objetivo dos critérios de 2010 é permitir diagnóstico mais precoce, antes de deformidades e erosões evidentes, para introduzir terapia o quanto antes.
- Para o LES, os critérios de classificação atualizados (ACR 1997 e posteriormente os critérios SLICC 2012) combinam diversas manifestações clínicas e imunológicas. Pelos critérios do ACR, era necessário 4 de 11 critérios clássicos (que incluem: rash malar, rash discoide, fotossensibilidade, úlceras orais, artrite não erosiva, serosite, acometimento renal, acometimento neurológico, alterações hematológicas, FAN positivo, autoanticorpos específicos). Os critérios SLICC ampliaram e ajustaram essa lista, exigindo pelo menos 4 critérios sendo pelo menos 1 clínico e 1 imunológico, ou nefrite lúpica comprovada em biópsia com FAN ou anti-dsDNA positivo. Em suma, a presença de autoanticorpos e manifestações típicas cutâneas/renais são centrais para classificar LES.

Não é necessário decorar exaustivamente todos os critérios neste momento, mas é importante reconhecer que LES e AR requerem um conjunto de achados clínicos e laboratoriais para confirmação, ao passo que osteoartrite é geralmente um diagnóstico clínico-radiológico, baseada em idade, distribuição articular e achados de imagem, após excluir artrites inflamatórias (por exemplo, um idoso com dor de joelho, radiografia mostrando osteófitos e sem sinais inflamatórios tem diagnóstico clínico de osteoartrite, sem critério formal do ACR – embora haja critérios diagnósticos propostos para OA de joelho e mão que combinam sintomas e raio-X).

1.4 Abordagem Diagnóstica Inicial em Reumatologia

Diante de um paciente com suspeita de doença reumática, alguns passos são importantes nos fundamentos da avaliação:

- Anamnese detalhada da dor articular: caracterizar se é inflamatória ou mecânica (conforme as diferenças acima), quais e quantas articulações estão envolvidas, se a distribuição é simétrica ou assimétrica, início agudo ou insidioso, duração dos sintomas (artrites crônicas > 6 semanas sugerem doenças crônicas como AR, LES; artrites agudas dias a semanas podem ser infecciosas, gota, febre reumática etc.). Questionar sintomas sistêmicos (febre, emagrecimento), rigidez matinal e fenômenos como Raynaud, úlceras orais, sintomas oculares, fenômenos cutâneos, fraqueza muscular, entre outros – para rastrear indícios de colagenoses ou vasculites. Antecedentes pessoais (infecções prévias podem sugerir artrite reativa; psoríase cutânea sugere artrite psoriásica; uretrites, diarreias etc.), familiares (história familiar de psoríase, espondilite, gota) e ocupacionais (trabalho pesado, lesões) também fornecem pistas.
- Exame físico completo: além do exame musculoesquelético minucioso (inspeção das articulações, palpação para detectar derrames, edema, calor, teste de mobilidade ativa e passiva, presença de crepitação ou estalidos, avaliação de força muscular e dos tendões), procurar sinais extra articulares: lesões de pele (rash malar, livedo reticular, pústulas psoriásicas, nódulos, púrpura, esclerodactilia), olhos (episclerite, uveíte, xeroftalmia), mucosas (úlceras orais ou nasais), tireoide (tireoidite autoimune pode coexistir), pulmão (auscultar crepitações basais podem indicar fibrose). Medir temperatura e pressão (vasculites podem cursar com hipertensão por acometimento renal). Documentar quantas e quais articulações estão inflamadas é crucial (índice articular) para seguimento.
- Exames laboratoriais iniciais: guiados pela suspeita. Em um quadro de provável artrite inflamatória, solicitar hemograma, VHS, PCR, Fator Reumatoide (FR) e anti-CCP (se AR é hipótese), FAN e painel de autoanticorpos (anti-dsDNA, anti-Sm, anti-RNP, anti-Ro/La) se suspeita de LES ou outra colagenose, ácido úrico se pensar em gota (embora o diagnóstico de gota dependa de análise de líquido sinovial, o ácido úrico pode estar normal durante crise), enzimas musculares (CPK) se há suspeita de miopatia inflamatória, sorologias virais se artrite pós-viral for considerada (ex: parvo vírus B19, hepatites), HLA-B27 se suspeita de espondilite anquilosante em contexto de lombalgia inflamatória. Para osteoartrite, não há

exame específico, mas pedem-se geralmente VHS/PCR para excluir inflamação significativa e exames para descartar outras causas em casos atípicos.

- **Análise do Líquido Sinovial:** se houver derrame articular considerável, a punção articular para análise do líquido e pesquisa de cristais e cultura é muitas vezes indicada. É mandatório em suspeita de artrite séptica (infecção articular) – uma urgência que deve ser sempre descartada em artrites agudas monoarticulares – e útil para confirmar gota (visualização de cristais de urato com birrefringência negativa em microscopia de luz polarizada) ou pseudogota (cristais de pirofosfato com birrefringência positiva). Na AR, o líquido é inflamatório (predomínio de neutrófilos); na OA, não inflamatório; no LES, também inflamatório mas menos denso que AR.
- **Exames de imagem:** radiografia simples da articulação acometida é a primeira linha, sobretudo se suspeita de processos crônicos (AR, OA) para avaliar erosões ou osteófitos. Em casos iniciais sem alterações no raio-X mas com suspeita forte de artrite inflamatória, pode-se lançar mão de ultrassonografia musculoesquelética (detecta sinovite e erosões subclínicas, além de permitir ver derrames e guiar punções) ou ressonância magnética (sensível para sinovite precoce e edema ósseo). Em doenças sistêmicas, outros exames podem ser necessários: p.ex., biópsia renal se suspeita de nefrite lúpica, capilaroscopia periungueal se suspeita de esclerodermia inicial, biópsia de glândula salivar para confirmar síndrome de Sjögren etc., mas isso foge do âmbito introdutório.

Em síntese, a avaliação inicial visa identificar o padrão clínico (inflamatório vs não, número e localização das articulações, presença de manifestações sistêmicas) e confirmar laboratorialmente/imagem a hipótese levantada, ao mesmo tempo excluindo diagnósticos diferenciais importantes (infecção, neoplasia ou outras doenças que causem artrite secundária). Ao confirmar uma doença reumática específica, é fundamental instituir o tratamento apropriado o quanto antes, pois no caso de doenças como AR e LES, o tratamento precoce modifica significativamente o curso (evita deformidades e danos irreversíveis).

Abordagem Interdisciplinar e medidas gerais já começam na fundamentação: pacientes com artrites inflamáveis se beneficiam de encaminhamento para fisioterapia e terapia ocupacional precocemente para preservação da função articular; orientação nutricional (por exemplo, perda de peso em osteoartrite de joelho); apoio psicológico quando lidando com doenças crônicas; e educação do paciente sobre sua doença (um paciente com LES deve evitar exposição solar excessiva, por exemplo). Esses aspectos serão aprofundados na seção interdisciplinar.

2. Seção Metodológica: Introdução à Medicina Baseada em Evidências

A prática médica moderna exige, além do conhecimento clínico, a capacidade de integrar evidências científicas na tomada de decisões. O movimento da Medicina Baseada em Evidências (MBE) surgiu para fornecer ferramentas e metodologias que auxiliem os

profissionais de saúde a avaliarem criticamente a literatura médica e aplicá-la de forma consciente na clínica. Neste módulo introdutório, veremos os princípios fundamentais da MBE, desde a definição e os pilares conceituais até a hierarquia das evidências científicas e as etapas básicas para implementar uma prática baseada em evidências.

2.1 Conceitos e Definição de MBE

A Medicina Baseada em Evidências pode ser definida como “o uso consciencioso, explícito e judicioso da melhor evidência científica atual na tomada de decisões sobre o cuidado individual de pacientes”. Essa definição clássica foi proposta por David Sackett e colaboradores, pioneiros do movimento, e enfatiza que a MBE não se baseia apenas em evidências, mas as utiliza de forma balanceada com a experiência clínica do médico e os valores/preferências do paciente.

Assim, frequentemente se diz que a prática ideal combina três componentes fundamentais (os “três pilares” da MBE):

- Melhores evidências científicas disponíveis: provenientes de pesquisa clínica relevante, geralmente hierarquizadas conforme sua força metodológica (veremos adiante a hierarquia das evidências). Isso inclui desde estudos básicos em revistas científicas até grandes ensaios clínicos randomizados e metanálises que orientam condutas.
- Experiência e expertise clínica do profissional: a bagagem de conhecimento prático do médico, sua habilidade de avaliar as circunstâncias do caso, interpretar resultados e usar o julgamento clínico para decidir condutas. A evidência por si só não trata pacientes – é o médico quem, com sua experiência, aplica ou adapta as evidências para cada paciente de forma individualizada.
- Valores e preferências do paciente: cada paciente possui preferências pessoais, expectativas e contextos de vida que devem ser considerados. Por exemplo, diante de opções terapêuticas, é essencial discutir com o paciente os potenciais benefícios e riscos de cada uma e respeitar sua autonomia na decisão. Uma conduta baseada em evidências que o paciente não esteja disposto a seguir (seja por convicções pessoais, culturais, ou outras restrições) não será efetiva.

A MBE, portanto, não é “medicina de receita de bolo” nem desvaloriza a individualidade do paciente ou a habilidade clínica – ao contrário, ela procura aliar a melhor ciência à arte da medicina. Também não se limita a “seguir guias cegamente”; envolve pensamento crítico sobre quando e como aplicar recomendações de diretrizes ou resultados de estudos ao caso específico à sua frente.

2.2 Perguntas Clínicas e Estrutura PICO

O ponto de partida para prática da MBE é uma pergunta clínica bem formulada. Diante de um problema clínico ou decisão a tomar, é importante definir claramente o que se deseja saber ou qual dúvida precisa ser respondida. Um método consagrado para estruturar perguntas clínicas é a fórmula PICO:

- **P (Paciente ou Problema):** define a população ou o problema de interesse. Pode incluir características do paciente (idade, sexo) e a condição clínica em questão. Ex: paciente adulto com artrite reumatoide ativa.
- **I (Intervenção):** qual intervenção ou tratamento se quer avaliar. Pode ser um medicamento, um procedimento, um exame diagnóstico, ou mesmo um fator de risco. Ex: uso de metotrexato semanal.
- **C (Comparação ou Controle):** contra o que a intervenção está sendo comparada. Pode ser um placebo, um tratamento padrão, ou nenhuma intervenção. Nem sempre há um comparador explícito (especialmente em perguntas etiológicas ou diagnósticas). Ex: comparação metotrexato vs. leflunomida, ou vs. placebo.
- **O (Outcomes ou Desfechos):** quais resultados importam. Podem ser desfechos clínicos (remissão da artrite, redução da dor, mortalidade, qualidade de vida) ou desfechos substitutos (nível de um marcador inflamatório, achado radiográfico). Definir o que se quer medir ajuda a buscar evidências relevantes. Ex: melhoria da função articular e redução de progressão de dano radiológico em 6 meses.

Uma vez definida a pergunta em termos PICO, torna-se muito mais fácil buscar a informação nos locais adequados (bases de dados, diretrizes etc.), pois as palavras-chave ficam claras.

Exemplo de pergunta formulada: "Em pacientes adultos com artrite reumatoide inicial (P), o uso de metotrexato como monoterapia (I) em comparação ao uso combinado de metotrexato e hidrocloroquina (C) resulta em maior taxa de remissão da doença (O)?"

2.3 Busca e Hierarquia das Evidências

Com a pergunta em mãos, parte-se para a busca das evidências. As fontes podem variar desde informações resumidas (protocolos, diretrizes, sumários tipo UpToDate) até evidências primárias (artigos originais em bases de dados como PubMed, SciELO, EMBASE etc.). Em MBE, preferimos, sempre que possível, evidências de maior nível hierárquico, ou revisões sistemáticas da literatura que já tenham avaliado criticamente os estudos individuais.

Hierarquia de Evidências: Nem todos os estudos científicos têm o mesmo peso. Há uma hierarquia baseada no delineamento de estudo e rigor metodológico, que indica a força da evidência. Ela costuma ser representada como uma pirâmide, em que o topo representa a

evidência de melhor qualidade (e geralmente quantitativamente combinada em revisões) e a base, a evidência de menor força (mas que é muito mais abundante). Um exemplo clássico (simplificado) de hierarquia, do mais forte para o menos forte:

- **Metanálises e Revisões Sistemáticas de Ensaio Clínico Randomizados:** ocupam o topo. Uma revisão sistemática é um estudo que compila todos os dados relevantes de estudos primários sobre uma pergunta específica, usando metodologia explícita e reprodutível (estratégia de busca abrangente, critérios de inclusão claros, avaliação da qualidade dos estudos). Metanálise é a parte quantitativa que, se possível, combina estatisticamente os resultados dos diversos estudos para fornecer uma estimativa única (por exemplo, o efeito médio de um tratamento). Quando bem conduzidas, as revisões sistemáticas minimizam vieses e fornecem a síntese mais confiável da evidência disponível. Por exemplo, uma metanálise de 10 ensaios clínicos sobre um novo anti-inflamatório para AR poderá dar uma conclusão mais robusta do que cada estudo isolado.
- **Ensaio Clínico Randomizado (ECR) individuais:** um ensaio clínico randomizado é um estudo experimental em que participantes são aleatoriamente designados a um ou mais grupos (por exemplo, um grupo recebe o tratamento A e outro recebe tratamento B ou placebo), permitindo comparação direta. A randomização reduz vieses de seleção e, se bem conduzido (duplo-cego, com análise completa), fornece evidência de alta qualidade sobre causalidade e eficácia de intervenções. Ensaio clínico controlado são padrão-ouro para avaliar intervenções terapêuticas e algumas intervenções preventivas. Por exemplo, um ECR pode testar se um determinado imunossupressor previne surtos de lúpus melhor que placebo.
- **Estudos de coorte:** são estudos observacionais nos quais um grupo de indivíduos (coorte) expostos a um fator ou intervenção é acompanhado ao longo do tempo e comparado a um grupo não exposto, para avaliar a ocorrência de determinados desfechos. Coortes podem ser prospectivas (iniciam o seguimento e vão acompanhando) ou retrospectivas (usam dados de prontuários, por exemplo, para acompanhar o desfecho após certa exposição). Fornecem boa evidência para associação e risco (por exemplo, o risco de desenvolver lúpus induzido por uma droga) e para prognóstico (p.ex., evolução de pacientes com esclerodermia em 10 anos). Não têm randomização, então estão sujeitas a vieses de confusão, mas quando bem delineadas se aproximam do nível de evidência de ECR para alguns propósitos, especialmente quando um ECR seria antiético ou impraticável (ex: não dá para randomizar pessoas a fumar ou não para ver se desenvolvem artrite reumatoide – estuda-se coortes de fumantes vs. não fumantes).
- **Estudos de caso-controle:** são observacionais retrospectivos. Selecionam-se pessoas que já apresentam o desfecho de interesse (por exemplo, casos de lúpus) e pessoas sem o desfecho (controles) e então investiga-se retrospectivamente a frequência de exposições ou fatores de risco prévios em cada grupo. São úteis para estudar causas de doenças raras ou com longo tempo de latência. Por exemplo, um estudo caso-controle poderia avaliar se pacientes com AR de início jovem têm maior antecedente de tabagismo do que pessoas

sem AR. Caso-controle são eficientes para hipóteses etiológicas, mas mais sujeitos a vieses de memória e seleção.

- Estudos transversais (corte transversal) e estudos descritivos: um estudo transversal avalia exposição e desfecho no mesmo momento no tempo – útil para determinar prevalência e associações instantâneas, mas não estabelece causalidade temporal. Estudos descritivos simples como séries de casos e relatos de caso também fazem parte da base da pirâmide: um relato de caso descreve em detalhe um ou poucos pacientes, geralmente para relatar algo inédito ou raro; uma série de casos descreve características de um conjunto de pacientes com a mesma condição. Esses delineamentos geram hipóteses e conhecimento inicial, mas não têm grupo de comparação, portanto não permitem inferir causa ou efeito, apenas observar possíveis relações.
- Opinião de especialistas e experiência não sistematizada: na base da pirâmide, considerada evidência de menor nível. São as recomendações baseadas somente em consenso de especialistas ou em prática habitual, sem suporte de estudos analíticos. Antigamente, muito da medicina era praticada assim (“medicina baseada na eminência” brincam alguns). Ainda tem seu lugar – quando não há estudos disponíveis, nos baseamos na fisiopatologia e experiência – mas deve ser substituída por evidências objetivas assim que estas existam. Diretrizes modernas geralmente deixam claro o nível de evidência por trás de cada recomendação (por exemplo, uma recomendação “forte, evidência A” vem de múltiplos ECR; já “opinião de especialistas, evidência C” indica falta de estudos robustos naquela questão).

Resumindo, a confiabilidade de informações aumenta conforme subimos nessa pirâmide. Estudos experimentais randomizados minimizam muitos vieses e, quando replicados e combinados em metanálises, fornecem alta certeza. Já evidências de casos isolados ou opinião são frágeis e podem não ser reproduzidas.

É importante salientar que a pergunta clínica define o melhor tipo de estudo a ser buscado. Para perguntas de tratamento e intervenção, os ensaios randomizados e metanálises são o padrão. Para perguntas de prognóstico, estudos de coorte de longo prazo são mais adequados. Para acurácia de testes diagnósticos, estudos transversais ou coortes com teste comparado a padrão-ouro (estudos de acurácia diagnóstica) são necessários. Para etiologia de doença rara, caso-controle pode ser a única opção viável inicialmente.

2.4 Leitura Crítica e Aplicação das Evidências

Encontrada uma evidência potencialmente relevante (por exemplo, um artigo científico respondendo à nossa pergunta), o próximo passo é realizar a avaliação crítica desse estudo. A leitura crítica envolve verificar três aspectos básicos:

- Validade interna (qualidade metodológica): quão confiáveis são os resultados do estudo em si? Avaliamos se o delineamento foi apropriado, se a execução evitou vieses

importantes, se o número de pacientes foi suficiente (poder estatístico), se houve randomização adequada e ocultação de alocação (no caso de ECR), se houve perdas de seguimento significativas, se as análises foram por intenção de tratar etc. Em estudos observacionais, observamos se houve grupos comparáveis, controle de fatores de confusão (por exemplo, ajuste multivariado), definição clara de casos e controles etc. A ideia é julgar se podemos acreditar que os achados não são fruto de erros sistemáticos ou casuais.

- **Importância (resultados):** assumindo que o estudo é válido, qual a magnitude dos resultados? Um fármaco reduziu a dor em 20% ou em 80%? Qual o risco relativo ou odds ratio encontrado para a associação entre exposição e doença? E isso é clinicamente relevante? Avalia-se também precisão (intervalos de confiança dos resultados, que indicam a incerteza estatística). Por exemplo, um ensaio pode mostrar que um novo biológico aumentou a taxa de remissão da AR em 10 pontos percentuais comparado ao controle (de 50% para 60%) com $p < 0,05$; precisamos interpretar se esse ganho justifica o uso – envolve julgar o tamanho do efeito e não só a significância estatística.
- **Aplicabilidade (relevância externa):** os pacientes do estudo são semelhantes ao paciente que estou tratando? O contexto (nível de cuidado, viabilidade) permite aplicar essa intervenção? Os benefícios superam os riscos e custos no caso concreto? Aqui entram em jogo os valores do paciente e as preferências. Por exemplo, um estudo pode demonstrar que ciclofosfamida intravenosa pulsada é eficaz na nefrite lúpica, mas essa terapia tem considerável toxicidade; ao aplicar, deve-se considerar se o paciente concorda com os potenciais efeitos adversos e se há estrutura para administrar e monitorar o tratamento. Ou, se o estudo foi feito apenas com pacientes de determinado perfil (ex.: AR de início recente, sem comorbidades), cuidado ao aplicar em um paciente idoso com múltiplas comorbidades – a resposta pode não ser igual e os riscos podem ser maiores.

Uma vez convencido da validade e relevância dos achados, integrá-los à decisão clínica completa o ciclo: aplicar a evidência. Isso frequentemente resulta em mudanças de conduta (por exemplo, incorporar um medicamento como primeira linha com base em novas evidências de superioridade), ou na elaboração/atualização de protocolos clínicos e diretrizes.

Também faz parte da MBE o passo final de avaliar o desempenho: depois de implementar uma conduta baseada em evidência, monitorar os resultados no paciente ou na população, e recalibrar a abordagem conforme necessário (a MBE é um processo contínuo de aprendizado e adaptação).

2.5 Níveis de Evidência e Recomendação

Organizações e diretrizes costumam categorizar as evidências em níveis (I, II, III etc.) e graduar as recomendações (A, B, C, D) conforme a força do suporte científico. Embora haja variações entre sistemas, um esquema comum é:

- Nível I: evidência de pelo menos um ensaio clínico randomizado de boa qualidade ou revisão sistemática de ECR. (Recomendação grau A – forte, consistente).
- Nível II: evidência de estudo de coorte bem desenhado ou caso-controlado bem conduzido, preferencialmente de mais de um centro, ou revisão sistemática de estudos observacionais. (Recomendação grau B – moderada).
- Nível III: evidências de séries de casos, estudos descritivos ou ECR com falhas importantes. (Recomendação grau C – limitada).
- Nível IV: opiniões de especialistas, consenso não baseado em estudos controlados. (Recomendação grau D – fraca).

Por exemplo, as diretrizes de tratamento da artrite reumatoide da EULAR ou ACR usam esse tipo de gradação para indicar em que se baseia cada recomendação terapêutica (se é baseada em ECR ou apenas consenso de experts). Para o profissional, entender essa gradação é útil: recomendações baseadas em evidência robusta (A) devem ser seguidas na maioria absoluta dos casos, enquanto recomendações de baixo nível (C ou D) admitem mais flexibilidade e personalização, pois podem mudar conforme novas evidências surjam.

2.6 Aplicação da MBE na Reumatologia

A reumatologia é uma área em que a MBE tem impacto enorme, pois nos últimos anos testemunhamos avanço de muitas terapias (principalmente drogas modificadoras do curso da doença, como os agentes biológicos e inibidores de novas vias) guiados por grandes estudos clínicos. Além disso, muitos aspectos do manejo requerem decisões baseadas em evidência: por exemplo, na artrite reumatoide hoje se adota a estratégia “treat-to-target” (tratar visando alvo) – isto é, instituir medicamentos e ajustá-los de forma frequente para alcançar remissão ou baixa atividade da doença em cada paciente, conforme evidências de que essa estratégia melhora o prognóstico funcional. Essa estratégia surgiu de estudos e hoje é recomendação forte em diretrizes (e.g., “é recomendada terapia ajustada para atingir remissão ou baixa atividade de doença dentro de 6 meses, evidência nível I, grau A”). Outro exemplo: o uso de hidroxiquina em todos os pacientes com LES, independentemente de atividade, é embasado em evidências de alto nível de que essa droga aumenta a sobrevida e previne flares – portanto as diretrizes colocam como recomendação forte (A).

No âmbito diagnóstico, critérios de classificação e algoritmos diagnósticos também são refinados pela pesquisa. Por exemplo, a revisão dos critérios de classificação do lúpus em 2019 (EULAR/ACR 2019) envolveu análise de grandes coortes e validações estatísticas para melhorar sensibilidade/especificidade – embora não substituam o julgamento clínico, ajudam na padronização.

Em resumo, para o reumatologista (e o médico em geral), praticar medicina baseada em evidências significa manter-se atualizado com a literatura atual, saber buscar e avaliar

criticamente novas informações, e incorporá-las apropriadamente à prática clínica, tudo isso em harmonia com a experiência acumulada e com os valores do paciente. No próximo módulo, aprofundaremos a aplicação prática desses conceitos, mas é importante já neste momento inicial desenvolver o hábito do pensamento crítico embasado em evidências.

3. Seção Interdisciplinar: Abordagem Multiprofissional em Reumatologia

As doenças reumáticas, em especial as de caráter crônico, demandam uma abordagem interdisciplinar e multiprofissional para um cuidado integral do paciente. O médico reumatologista coordena o tratamento medicamentoso e o monitoramento da doença, mas não atua sozinho – uma equipe de profissionais de diferentes áreas da saúde é fundamental para otimizar os resultados e a qualidade de vida do paciente. Nesta seção, destacamos a importância de algumas dessas interfaces interdisciplinares:

- **Fisioterapia:** Tem papel essencial na reabilitação e manutenção da função musculoesquelética. O fisioterapeuta orienta exercícios de amplitude de movimento para prevenir contraturas e deformidades, exercícios de fortalecimento muscular (auxiliando a estabilizar articulações afetadas), técnicas de alongamento e modalidades analgésicas (como calor úmido, TENS, ultrassom terapêutico) para alívio da dor. Na artrite reumatoide, por exemplo, durante a fase ativa a fisioterapia ajuda a manter a mobilidade articular e, na fase de remissão, foca em recuperar força e função. Em osteoartrite, exercícios aeróbicos de baixo impacto e fortalecimento do músculo quadríceps melhoram a dor e a estabilidade do joelho. Programas fisioterápicos personalizados reduzem a incapacidade e complementam o tratamento medicamentoso.
- **Terapia Ocupacional:** O terapeuta ocupacional auxilia os pacientes a desenvolverem estratégias para realizar as atividades de vida diária e trabalho, mesmo com limitações impostas pela doença. Isso inclui orientação sobre economia articular (como proteger as articulações de estresse excessivo – por ex., usar abridor de garrafa adaptado ao invés de forçar as mãos), técnicas de conservação de energia (balancear repouso e atividade, planejar tarefas), e prescrição de órteses e adaptações. Na AR, órteses de punho ou de dedo podem alinhar e estabilizar articulações inflamadas em repouso, aliviando dor e prevenindo deformidades. O terapeuta ocupacional também pode treinar o uso de dispositivos de auxílio (talheres adaptados, elevação de assento sanitário etc.), mantendo a autonomia do paciente em casa e no trabalho.
- **Enfermagem reumatológica:** Enfermeiros desempenham papel importante na educação em saúde, adesão ao tratamento e monitoramento de efeitos colaterais. Por exemplo, ensinar o paciente com lúpus a reconhecer sinais de alerta de surto ou de complicações (febre, hematúria, dispneia), orientá-lo sobre fotoproteção e adesão aos imunossupressores. Na administração de terapias injetáveis (como metotrexato subcutâneo, biológicos intravenosos), a enfermagem garante a técnica correta, observa reações adversas e reforça o plano de seguimento. O enfermeiro também pode conduzir

grupos educativos e de apoio, nos quais pacientes compartilham experiências e aprendem sobre sua doença, tornando-se participantes ativos no cuidado.

- **Nutrição:** Alguns pacientes reumatológicos podem precisar de acompanhamento nutricional especializado. Na gota, por exemplo, o nutricionista orienta dieta com restrição de alimentos ricos em purinas e incentivo à hidratação para prevenir crises. Na obesidade associada à osteoartrite de joelho, perda de peso significativa pode reduzir a sobrecarga nas articulações e melhorar a dor – a dieta balanceada é parte do tratamento. Em pacientes sob corticoide crônico (como no lúpus ou vasculites), educar sobre dieta com restrição de sal (para prevenir hipertensão), adequada ingestão de cálcio e vitamina D (prevenção de osteoporose induzida por corticoide), e controle calórico para evitar ganho de peso são medidas essenciais. Além disso, doenças crônicas frequentemente cursam com anorexia ou sarcopenia, e o suporte nutricional ajuda a manter o estado geral.
- **Psicologia/Psiquiatria:** Conviver com dor crônica, limitações físicas e perspectivas de uma doença de longo prazo pode levar a sofrimento psíquico significativo, incluindo depressão e ansiedade. O suporte psicológico é valioso para ajudar o paciente a desenvolver estratégias de enfrentamento (coping) em relação à doença, melhorar adesão e lidar com estressores. Terapias cognitivo-comportamentais podem ser úteis especialmente em síndromes de dor crônica como fibromialgia, modulando a percepção dolorosa e auxiliando no manejo do sono não reparador e do humor deprimido. Em casos de transtornos psiquiátricos definidos (depressão maior, transtorno de ansiedade generalizada), a avaliação psiquiátrica e o uso de medicamentos apropriados (antidepressivos, ansiolíticos) podem ser necessários – lembrando que alguns antidepressivos (dual ou tricíclicos) também têm efeito adjuvante no controle da dor crônica.
- **Ortopedia:** O reumatologista trabalha em conjunto com o ortopedista principalmente nos casos em que a doença já causou danos estruturais que requerem intervenção cirúrgica. Por exemplo, em osteoartrite avançada de joelhos ou quadris com dor intratável e incapacidade, a artroplastia (prótese articular) total pode ser indicada por ortopedistas para restaurar a função. Na artrite reumatoide, deformidades graves de mão ou fraturas decorrentes de osteoporose podem necessitar de correção cirúrgica. A sinovectomia (remoção da sinóvia inflamada) ou artrodeses (fusões articulares) também são procedimentos ortopédicos utilizados em casos selecionados de doenças reumáticas para alívio de dor e estabilização. Uma comunicação estreita entre reumatologia e ortopedia garante que o timing da cirurgia seja ideal (ex: doença controlada antes de operar) e que o seguimento pós-operatório leve em conta a doença de base (por exemplo, manter imunossupressão para evitar flare pós-cirúrgico).
- **Outras especialidades médicas:** Dependendo do órgão envolvido, faz-se necessária co-participação de outras especialidades. Por exemplo, no LES com nefrite, o nefrologista é fundamental para biopsiar o rim, classificar a nefrite e co-manejar a terapêutica (como pulsos de ciclofosfamida ou necessidade de diálise temporária). No LES com

acometimento neurológico, neurologistas auxiliam no diagnóstico diferencial (distinguindo manifestações neurológicas do lúpus de outras etiologias) e no manejo conjunto de crises convulsivas ou sequelas neurológicas. Pacientes com síndrome de Sjögren devem ser acompanhados por odontólogos e oftalmologistas devido à xerostomia (risco de cáries e infecções orais) e xeroftalmia (necessidade de lágrimas artificiais, risco de ceratoconjuntivite seca). Na esclerodermia e nas vasculites, frequentemente se envolve cardiologistas (por cardiopatia e hipertensão pulmonar), pneumologistas (por fibrose pulmonar, hemorragia alveolar) e dermatologistas (em manifestações cutâneas complexas). O importante é haver integração – por exemplo, discussões de caso em equipe multidisciplinar – visando um cuidado holístico.

- Reumatologia e atenção primária: Vale mencionar o papel do clínico geral e do médico de família. Doenças reumáticas comuns como osteoartrite, fibromialgia e lombalgia são frequentemente manejadas na atenção primária, e mesmo pacientes com AR ou LES estabilizados podem ser acompanhados em co-manutenção com o especialista. A coordenação entre níveis de atenção evita redundâncias e perdas de seguimento. Programas educacionais para médicos de atenção básica sobre reconhecimento precoce de sinais de alarme (ex: artrite de mãos > 6 semanas, ou fenômeno de Raynaud com alterações ungueais) facilitam encaminhamento oportuno ao reumatologista, melhorando prognóstico por início precoce de terapia.

Em conclusão, o manejo bem-sucedido do paciente reumatológico extrapola a prescrição de medicamentos. Envolve reabilitação física, suporte psicossocial, adaptações no cotidiano e, muitas vezes, intervenções de outros especialistas. A comunicação regular entre os profissionais (reuniões multidisciplinares, prontuários integrados, contato telefônico quando necessário) assegura que todos estejam alinhados com os objetivos de tratamento e as particularidades do paciente. Essa abordagem abrangente melhora a adesão do paciente e os resultados a longo prazo, já que condições crônicas exigem cuidado continuado e integrado.

4. Estratégias de Ensino e Aprendizagem

Este curso de pós-graduação em Reumatologia adota diversas estratégias pedagógicas para facilitar o aprendizado efetivo pelos médicos recém-formados, valorizando a construção ativa do conhecimento e a aplicação prática dos conteúdos. Neste módulo e nos subsequentes, serão utilizadas as seguintes estratégias de ensino-aprendizagem:

- Aulas expositivas dialogadas: Apresentações teóricas conduzidas pelo professor, empregando recursos audiovisuais (slides, vídeos) para ilustrar conceitos-chave. As aulas serão dialogadas, encorajando os pós-graduandos a intervirem com perguntas, compartilhar experiências clínicas pertinentes e discutir casos brevemente durante a explanação. Essa interação promove um aprendizado mais dinâmico e adaptado às dúvidas dos alunos.

- Estudo de casos clínicos: Serão fornecidos casos clínicos reais ou simulados relacionados aos temas do módulo (por exemplo, um caso de poliartrite para discutir diagnóstico diferencial entre AR, LES e outras causas; ou um caso de paciente com lúpus com manifestações atípicas). Os alunos, divididos em pequenos grupos, analisarão os casos, definirão problemas, formularão hipóteses diagnósticas e proporão condutas. Posteriormente, os casos serão discutidos em plenário com a mediação do professor, integrando as soluções encontradas com os fundamentos teóricos. Essa metodologia estimula o raciocínio clínico e a aplicação do conhecimento à prática.
- Aprendizagem baseada em problemas (ABP): Em alguns tópicos, poderão ser aplicadas sessões de ABP, nas quais os alunos recebem um problema complexo e aberto (por exemplo, "Como manejar uma paciente jovem com poliartrite e exames sorológicos duvidosos?") e, a partir dele, precisam levantar o que já sabem e o que precisam aprender para resolvê-lo. O tutor orienta a pesquisa ativa pelos alunos, que retornam com informações e discutem para chegar a uma conclusão embasada. Essa técnica incentiva a autoaprendizagem dirigida e o desenvolvimento de habilidades de pesquisa bibliográfica e trabalho em equipe.
- Atividades práticas supervisionadas: Sempre que possível, haverá demonstrações e prática supervisionada de habilidades. Neste módulo inicial, por exemplo, está programada uma oficina de exame musculoesquelético, onde os alunos praticarão entre si a avaliação de articulações (identificação de derrame, testes específicos como manobra de Finkelstein, Lasègue etc.), sob orientação do instrutor, aprimorando a semiologia reumatológica. Da mesma forma, poderão ocorrer demonstrações de artrocentese em modelo ou paciente (se factível), e interpretação conjunta de radiografias e ultrassons de casos típicos. A experiência prática consolida a teoria e aumenta a confiança do médico para aplicar no paciente real.
- Seminários e aprendizagem cooperativa: Os alunos serão estimulados a aprofundar certos temas e apresentá-los em seminários para a turma. Por exemplo, um grupo pode ficar responsável por pesquisar "Novos critérios de classificação do lúpus" e expor para os colegas, enquanto outro aborda "Uso de terapias biológicas na AR – evidências atuais". Essa divisão de tarefas fomenta senso de responsabilidade e colaboração, pois todos dependem do estudo de cada grupo para cobrir todo o conteúdo. O docente complementarará e corrigirá eventuais lacunas após cada apresentação.
- Leituras dirigidas e discussão de artigos: Serão indicadas leituras obrigatórias de capítulos ou artigos científicos curtos relacionados ao módulo. No caso da introdução à MBE, por exemplo, um artigo clássico sobre princípios da MBE ou uma diretriz de tratamento recente pode ser indicado. Em sessões específicas, os alunos discutirão em conjunto esses textos, avaliando seus pontos principais. Também poderá ser realizada a apresentação de um artigo científico (journal club), onde um aluno resume um estudo e o grupo discute a metodologia e aplicabilidade – isso reforça a habilidade de leitura crítica, alinhada ao conteúdo metodológico do módulo.

- **Tecnologias educacionais:** A plataforma online da pós-graduação disponibilizará materiais de apoio, quizzes interativos e fóruns de discussão. Os quizzes, compostos de perguntas de múltipla escolha ou casos rápidos, estarão disponíveis após as aulas para autoavaliação – oferecendo feedback imediato e explicações sobre as respostas corretas. Os fóruns permitirão que os alunos debatam dúvidas com os professores e colegas fora do horário de aula, criando uma comunidade de aprendizagem contínua.
- **Feedback contínuo:** Haverá momentos destinados a feedback mútuo – os alunos poderão expressar quais temas ainda estão confusos ou quais metodologias estão funcionando melhor para seu aprendizado, e os docentes fornecerão retorno personalizado sobre o desempenho dos alunos em atividades (como nos seminários e discussões). Esse ciclo de feedback permite ajustes no andamento do curso e suporte extra a quem necessitar (por exemplo, indicação de leitura complementar para quem teve dificuldade em algum tópico).

Em síntese, o módulo buscará equilibrar teoria e prática, estimular a participação ativa e o pensamento crítico, e contextualizar os conhecimentos no cenário clínico real. Os pós-graduandos são encorajados a serem protagonistas de seu aprendizado: questionem, investiguem e apliquem. A coordenação do curso está à disposição para auxiliar no que for preciso para alcançar esses objetivos educacionais.

5. Temas para Aprofundamento e Pesquisa

Para enriquecer o conhecimento adquirido neste módulo e desenvolver habilidade de leitura crítica, sugerimos aos alunos explorar os seguintes temas em maior profundidade por conta própria, através de revisão bibliográfica e análise de artigos científicos:

5.1 Imunopatogênese da Artrite Reumatoide e do Lúpus Eritematoso Sistêmico:

Estudar os mecanismos imunológicos por trás da AR (como a citrulinização de peptídeos, papel de linfócitos T helper e B, citocinas como TNF e IL-6, formação do pannus sinovial) e do LES (falha na depuração de complexos imunes, célula dendrítica e INF- α , interações de células B e autoanticorpos). Compreender esses fundamentos biológicos ajuda a entender as bases das terapias atuais (ex: porque bloqueio de TNF funciona na AR, ou porque antimaláricos ajudam no LES inibindo receptores toll-like).

5.2 Novos Critérios de Classificação das Doenças Reumáticas:

Aprofundar-se nos critérios ACR/EULAR 2010 de artrite reumatoide (pontuação por número de articulações, sorologia, reagentes de fase aguda, duração) e nos critérios SLICC 2012 do lúpus, bem como nos critérios mais recentes para outras doenças (como miopatias idiopáticas de 2017, critérios ACR/EULAR 2013 de esclerodermia). Avaliar estudos de validação desses

critérios – quão sensíveis e específicos eles são e como impactam no diagnóstico precoce.

5.3 Terapia “Treat-to-Target” e Monitorização de Doenças Reumáticas:

Ler sobre a estratégia de tratar a AR com objetivo de remissão (incluindo uso de escores de atividade como DAS28, CDAI) e sua evidência (por exemplo, o estudo TICORA e outros). Entender como essa filosofia de tratamento por metas também é aplicada em LES (alvo de baixa atividade, como proposto pelo índice LLDAS) e outras condições. Discutir as diferenças entre cuidados usuais vs. treat-to-target em termos de desfechos.

5.4 Novas Terapias Biológicas e Alvo-específicas:

Pesquisar sobre os medicamentos biológicos e pequenas moléculas que revolucionaram o tratamento reumatológico – por exemplo, anti-TNF, anti-IL6, moduladores de coestimulação (abatacepte), anti-CD20 (rituximabe), inibidores de JAK, anti-IFN no lúpus, etc. Para cada classe, compreender brevemente seu mecanismo de ação e as indicações nas diferentes doenças (AR, espondilite, lúpus, psoríase/Artrite psoriásica). Refletir sobre avanços e limitações (efeitos adversos, custo, acesso).

5.5 Comorbidades e Riscos em Doenças Reumáticas:

Aprofundar o conhecimento sobre os principais aspectos associados: o risco cardiovascular aumentado na AR e no LES (inflamação crônica levando a aterosclerose acelerada), estratégias para manejo de fatores de risco CV nesses pacientes; a osteoporose secundária ao uso de corticoides ou inflamação – indicações de rastreio (densitometria) e profilaxia; risco aumentado de infecções sob imunossupressão – medidas de vacinação em pacientes reumáticos (por exemplo, vacina pneumocócica, herpes zóster, etc.); e segunda neoplasias (ex: linfoma levemente aumentado na AR de alta atividade e síndrome de Sjögren).

5.6 Síndrome Antifosfolípide (SAF) e Conectivopatias Mistas:

Como extensão do LES, ler sobre a SAF (primária ou secundária ao lúpus) – critérios de Sidney, fisiopatologia da trombose mediada por anticorpos antifosfolípidos, manejo (anticoagulação, heparina e aspirina em gestantes). E sobre síndromes de sobreposição: Doença Mista do Tecido Conjuntivo (DMTC) e sobreposição de esclerodermia/polimiosite/LÉS – como reconhecer e tratar.

5.7 Abordagem da Gestação nas Doenças Reumáticas:

Um tema interdisciplinar importante – entender os riscos e manejos de grávidas com LES (planejamento de concepção em fase inativa, medicamentos seguros na gestação como hidroxiquina, manejo da SAF obstétrica), gravidez na AR (doença tende a melhorar durante gestação, mas risco de reativar pós-parto; fármacos que devem ser suspensos antes da concepção, ex: metotrexato, e os que podem ser mantidos, ex: certosteroides em baixa

dose, corticosteroides), e outras doenças. Ler as recomendações de pré-natal especializado para pacientes reumáticas.

5.8 Leitura Crítica de um Ensaio Clínico Recente:

Escolher um artigo recente de interesse (por exemplo, um ensaio clínico de um novo inibidor de Janus Kinase – JAK – para artrite reumatoide publicado em revista de impacto, ou um estudo de um tratamento biológico para lúpus) e praticar avaliar sua metodologia e resultados. Aplicar perguntas de leitura crítica: o estudo foi randomizado adequadamente? Foi duplo-cego? Como interpretar o tamanho do efeito e os efeitos adversos reportados? Esse estudo mudaria sua prática? Essa atividade consolida a seção de MBE com a prática.

5.9 Elaboração de Protocolos Clínicos Locais:

Com base em evidências, exercitar a formulação de um protocolo ou fluxograma simples para abordagem de, por exemplo, “artrite indiferenciada inicial” ou “lombalgia inflamatória”, integrando quando solicitar exames, quando encaminhar ao especialista etc. Essa tarefa ajuda a traduzir evidência para prática assistencial padronizada.

Os alunos são incentivados a buscar literatura de qualidade (artigos de revisão, diretrizes nacionais e internacionais, capítulos de livros atualizados) para explorar esses temas. Em especial, recomenda-se utilização de bases de dados como PubMed, SciELO e Biblioteca Cochrane, além de publicações da Sociedade Brasileira de Reumatologia e do American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism (ACR/EULAR). A realização de leitura crítica deve focar em identificar o delineamento do estudo, os principais achados e limitações. Em sala ou nos fóruns online, esses temas poderão ser trazidos para discussão, promovendo um aprendizado compartilhado e ampliando o entendimento além do conteúdo obrigatório. Lembre-se: o aprofundamento autônomo e a curiosidade científica são marcas do profissional em pós-graduação e essenciais para a educação continuada ao longo da carreira médica.

6. Bibliografia Recomendada

Bibliografia Básica (Obrigatória):

- MOREIRA, Caio; SHINJO, Samuel K.; PEREIRA, Ivânio A.; UGOLINI, Paulo E. (Org.). Livro da Sociedade Brasileira de Reumatologia. 3. ed. revisada, atualizada e ampliada. Barueri: Manole, 2023. (Fundamentos de reumatologia, principais doenças reumáticas e condutas – livro-texto institucional da SBR cobrindo os tópicos do módulo).
- GOMES, Marleide M. (Ed.). Medicina Baseada em Evidências: Princípios e Práticas. 2. ed. São Paulo: Reichmann & Autores Associados, 2006. (Referência nacional introdutória sobre conceitos e aplicação da medicina baseada em evidências, incluindo formulários de

perguntas, níveis de evidência e leitura crítica).

3. KASPER, Dennis L.; et al. (Ed.). Harrison's Principles of Internal Medicine. 21th ed. New York: McGraw Hill Education, 2022. (Capítulos de Reumatologia e Imunologia Clínica – abrange artrite reumatoide, lúpus, osteoartrite e espondiloartrites, bem como princípios de abordagem do paciente reumatológico e fundamentos de medicina baseada em evidências no contexto da clínica médica).

Bibliografia Complementar:

1. FIRESTEIN, Gary S.; BUDD, Ralph C.; GABRIEL, Sherine E.; McINNES, Iain B.; O'DELL, James R. (Ed.). Kelley and Firestein's Textbook of Rheumatology. 11th ed. Philadelphia: Elsevier, 2020. (Texto de referência internacional completo em Reumatologia, para aprofundamento em fisiopatologia, detalhes clínicos e terapêuticos das doenças reumáticas).

2. FLETCHER, Robert H.; FLETCHER, Suzanne W.; FLETCHER, Grant S. Epidemiologia Clínica: Elementos Essenciais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. (Livro que abrange os métodos de investigação clínica, delineamentos de estudos, interpretação de resultados estatísticos e princípios da medicina baseada em evidências – útil para consolidar a seção metodológica).

3. SMOLEN, Josef S.; et al. The 2010 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism classification criteria for rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, v.69, n.9, p.1580-1588, 2010. (Artigo original dos critérios de classificação de AR – leitura recomendada para compreensão de como evidências são usadas para definir critérios diagnósticos; ilustra a aplicação de MBE na reumatologia).

4. PETRI, Michelle; et al. Derivation and validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis & Rheumatism*, v.64, n.8, p.2677-2686, 2012. (Artigo dos critérios SLICC 2012 para LES – complementar para aprofundar o conhecimento sobre diagnóstico do lúpus e a metodologia de criação de critérios baseados em dados multicêntricos).

5. Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR). Diretrizes de diagnóstico e tratamento das doenças reumáticas – publicações e consensos disponíveis no site oficial da SBR (www.reumatologia.org.br), diversas datas. (Conjunto de documentos elaborados por especialistas nacionais sintetizando as melhores evidências aplicadas à realidade brasileira, incluindo recomendações sobre artrite reumatoide, lúpus, osteoartrite e demais condições reumatológicas citadas no curso).

6. Simulado

Questão 1: Homem de 65 anos procura atendimento por dor crônica no joelho direito, que iniciou há dois anos e vem piorando progressivamente. Ele sente a articulação “dura” ao se levantar pela manhã, mas isso dura apenas cerca de 10 minutos. Refere piora da dor ao final do dia, especialmente após longas caminhadas, e alívio com repouso. Ao exame, há crepitação audível no joelho direito à movimentação e leve aumento de volume, sem calor ou rubor. O joelho esquerdo apresenta achados semelhantes em menor grau. Não há outras articulações inflamadas. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Artrite reumatoide.
- B. Osteoartrite (osteoartrose) de joelhos.
- C. Lúpus eritematoso sistêmico com artrite.
- D. Gota tofácea crônica.
- E. Febre reumática.

Questão 2: Mulher de 28 anos, previamente saudável, apresenta há 4 meses dor e inchaço em articulações das mãos e punhos, bilateralmente. Ela relata rigidez acentuada pela manhã, durando cerca de 2 horas. Ao exame, nota-se sinovite em articulações metacarpofalângicas e punhos de ambos os lados, com leve desvio ulnar dos dedos e nódulos palpáveis em olécrano. Exames mostram fator reumatoide positivo e PCR aumentada. Qual das opções abaixo representa o diagnóstico mais provável?

- A. Artrite reumatoide.
- B. Osteoartrite erosiva das mãos.
- C. Lúpus eritematoso sistêmico.
- D. Artrite psoriásica.
- E. Gota.

Questão 3: Uma paciente de 22 anos queixa-se de artrite intermitente há vários meses, acometendo ora os joelhos, ora as pequenas articulações das mãos. Ela também apresenta lesões eritematosas no rosto que pioram com sol, além de queda de cabelo e úlceras indolores no palato. Nos exames, o FAN veio fortemente positivo (1:1280, padrão homogêneo) e há proteinúria significativa na urina 24h. Qual das condições abaixo melhor explica o quadro clínico descrito?

- A. Artrite reativa pós-infecção estreptocócica.
- B. Lúpus eritematoso sistêmico.

- C. Esclerodermia sistêmica.
- D. Artrite reumatoide soronegativa.
- E. Síndrome de Sjögren primária.

Questão 4: Sobre a artrite reumatoide, assinale a alternativa INCORRETA:

- A. Caracteriza-se por poliartrite simétrica, frequentemente acometendo as articulações das mãos.
- B. Apresenta rigidez articular matinal prolongada.
- C. Pode cursar com nódulos subcutâneos em alguns pacientes.
- D. Está associada à presença de fator reumatoide e anti-CCP em grande parte dos casos.
- E. Usualmente poupa as articulações dos punhos e joelhos, restringindo-se apenas às mãos e pés.

Questão 5: Com relação ao lúpus eritematoso sistêmico (LES), todas as opções abaixo estão de acordo com a doença, EXCETO:

- A. Presença de eritema malar "em asa de borboleta" é um achado cutâneo clássico do LES.
- B. Nefrite com proteinúria e hematúria pode ocorrer nas formas ativas de LES.
- C. Artrite no LES costuma ser deformante e erosiva, levando a deformidades fixas nas mãos.
- D. Úlceras orais indolores e fenômeno de Raynaud podem ser manifestações do LES.
- E. A maioria dos pacientes apresenta teste FAN positivo em títulos elevados.

Questão 6: Os nódulos de Heberden, achados ao exame físico das mãos, indicam:

- A. Presença de tofos gotosos em gota crônica.
- B. Osteoartrite das articulações interfalângicas distais.
- C. Artrite reumatoide de longa data.
- D. Nódulos subcutâneos do lúpus discoide.
- E. Calcinoses da esclerodermia sistêmica.

Questão 7: Sobre o fator reumatoide (FR), é correto afirmar que:

- A. Está presente em 100% dos pacientes com artrite reumatoide, sendo indispensável para o diagnóstico.
- B. Trata-se de um autoanticorpo geralmente do tipo IgM dirigido contra IgG.
- C. É exclusivo da artrite reumatoide, não ocorrendo em outras doenças.

- D. Níveis elevados de FR descartam a possibilidade de síndrome de Sjögren.
- E. O FR negativo afasta o diagnóstico de artrite reumatoide de forma praticamente definitiva.

Questão 8: Qual autoanticorpo abaixo está mais fortemente associado à atividade renal no lúpus eritematoso sistêmico (nefrite lúpica), sendo frequentemente utilizado no acompanhamento de surtos da doença?

- A. Anticorpo anti-DNA de dupla hélice (anti-dsDNA).
- B. Fator reumatoide.
- C. Anticorpo anticentrômero.
- D. Anticorpo anti-CCP.
- E. Anticorpo antimúsculo liso.

Questão 9: A presença de anticorpos antipeptídeo cíclico citrulinado (anti-CCP) é um achado característico de qual doença?

- A. Artrite reumatoide.
- B. Lúpus eritematoso sistêmico.
- C. Osteoartrite.
- D. Esclerodermia (esclerose sistêmica).
- E. Polimiosite.

Questão 10: Qual dos achados abaixo não é típico da osteoartrite (artrose)?

- A. Osteófitos e esclerose nas margens articulares à radiografia.
- B. Dor que piora com atividade e alivia com repouso.
- C. Envolvimento frequente de joelhos, quadris e coluna vertebral.
- D. Grande rigidez matinal prolongada (> 1 hora) todas as manhãs.
- E. Nódulos de Bouchard nas articulações interfalângicas proximais.

Questão 11: Qual das manifestações abaixo é esperada em um paciente com artrite reumatoide de longa data, mas não em um paciente com lúpus eritematoso sistêmico?

- A. Presença de fator reumatoide no sangue.
- B. Inflamação articular simétrica nas mãos.
- C. Lesões cutâneas eritematosas em face desencadeadas por sol.
- D. Erosões ósseas nas articulações das mãos em radiografias.

E. Anemia e fadiga.

Questão 12: Entre os fatores abaixo, qual não é considerado fator de risco importante para desenvolvimento de osteoartrite?

- A. Idade avançada.
- B. Obesidade.
- C. Traumas ou sobrecarga articular repetitiva.
- D. Sexo feminino (para mãos e joelhos).
- E. Tabagismo crônico.

Questão 13: Qual manifestação ou complicação clínica é reconhecida como uma das principais causas de morbimortalidade em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico?

- A. Uveíte anterior e cegueira unilateral.
- B. Fibrose pulmonar basal extensa.
- C. Nefropatia glomerular (nefrite lúpica).
- D. Doença articular erosiva deformante.
- E. Calcificação difusa de tendões (calcinoses).

Questão 14: A espondilite anquilosante pertence a qual grupo de doenças reumáticas e possui qual característica marcante?

- A. Colagenoses; apresenta FAN nuclear homogêneo.
- B. Espondiloartrites soronegativas; envolve tipicamente o esqueleto axial (coluna e sacroilíacas).
- C. Artrites microcristalinas; cursa com cristais de pirofosfato de cálcio nas articulações.
- D. Artrites infecciosas; é causada pelo bacilo da tuberculose na coluna vertebral.
- E. Osteoartropatias; manifesta-se principalmente por osteófitos generalizados sem inflamação.

Questão 15: No contexto da prática baseada em evidências, o acrônimo PICO auxilia na formulação de perguntas clínicas estruturadas. O que cada letra do acrônimo representa?

- A. "P" de Processo, "I" de Intervenção, "C" de Custo, "O" de Outcome (desfecho).
- B. "P" de Paciente/Problema, "I" de Intervenção, "C" de Comparação, "O" de Outcome (desfecho).

- C. "P" de Prevalência, "I" de Incidência, "C" de Coorte, "O" de Odds ratio.
- D. "P" de Protocolo, "I" de Investigação, "C" de Controle, "O" de Observação.
- E. "P" de Placebo, "I" de Impacto, "C" de Confiança, "O" de Objetivo.

Questão 16: A Medicina Baseada em Evidências preconiza a integração de três pilares na tomada de decisão clínica. São eles:

- A. Experiência clínica do profissional, melhores evidências de pesquisa e preferências do paciente.
- B. Intuição do médico, consenso de especialistas e disponibilidade de recursos financeiros.
- C. Ensaio clínicos randomizados, meta-análises e revisões narrativas.
- D. Conhecimento teórico, tecnologia de ponta e marketing farmacêutico.
- E. Tradição médica, autoridade do chefe de serviço e protocolos hospitalares padronizados.

Questão 17: Em relação aos níveis de evidência científica, qual dos delineamentos a seguir fornece o mais alto nível de evidência para perguntas de terapia?

- A. Série de casos clínicos.
- B. Ensaio clínico randomizado duplo-cego controlado.
- C. Estudo de coorte prospectivo.
- D. Estudo de caso-controle retrospectivo.
- E. Opinião de especialistas.

Questão 18: Um estudo retrospectivo que seleciona um grupo de pacientes que já possuem uma doença (casos) e um grupo de indivíduos sem a doença (controles) e então investiga a frequência de exposições prévias a um fator de risco em cada grupo, corresponde a qual tipo de delineamento?

- A. Ensaio clínico randomizado.
- B. Estudo de coorte prospectivo.
- C. Estudo de caso-controle.
- D. Ensaio aberto de braço único.
- E. Estudo transversal de prevalência.

Questão 19: Considerando as fontes de evidência em pesquisa clínica, qual das alternativas abaixo representa um exemplo de evidência secundária, em contraste com evidências primárias?

- A. Ensaio clínico controlado avaliando um novo medicamento.
- B. Revisão sistemática com meta-análise de múltiplos ensaios clínicos.
- C. Estudo de coorte acompanhando pacientes por 5 anos.
- D. Relato de caso descrevendo uma nova manifestação de doença.
- E. Estudo transversal estimando prevalência de artrite em uma população.

Questão 20: Artrite refere-se à inflamação em uma articulação com sinais objetivos (como edema, calor, rubor), enquanto artralgia refere-se a:

- A. Dor articular sem sinais objetivos de inflamação.
- B. Deformidade articular fixa.
- C. Presença de pus na articulação.
- D. Deposição de cristais na cartilagem.
- E. Luxação ou subluxação articular traumática.

Questão 21: Qual das condições a seguir não é primariamente uma doença articular inflamatória?

- A. Gota.
- B. Espondilite anquilosante.
- C. Artrite psoriásica.
- D. Osteoartrite.
- E. Artrite reumatoide.

Questão 22: Paciente de 30 anos, sexo masculino, apresenta lombalgia inflamatória e rigidez matinal na coluna vertebral há 4 meses. Radiografia mostra sacroilíte bilateral. O teste HLA-B27 é positivo. Qual das doenças abaixo esse quadro sugere, pertencente ao grupo das espondiloartrites soronegativas?

- A. Artrite reativa.
- B. Espondilite anquilosante.
- C. Artrite reumatoide.
- D. Lúpus sistêmico.
- E. Gota.

Questão 23: Na radiografia de mãos de um paciente com artrite reumatoide de longa data, espera-se encontrar todas as alterações abaixo, EXCETO:

- A. Erosões ósseas marginais nas articulações afetadas.
- B. Redução do espaço articular das articulações envolvidas.
- C. Osteopenia periarticular próxima às articulações inflamadas.
- D. Osteófitos proeminentes nas articulações interfalângicas distais.
- E. Desvios articulares e subluxações em estágios avançados.

Questão 24: Qual doença reumática acomete preferencialmente indivíduos do sexo masculino jovens e tem maior prevalência de HLA-B27 positivo?

- A. Lúpus eritematoso sistêmico.
- B. Artrite reumatoide.
- C. Espondilite anquilosante.
- D. Osteoartrite de joelhos.
- E. Fibromialgia.

Questão 25: Qual das condições abaixo é considerada a doença reumática de maior prevalência na população geral adulta?

- A. Lúpus eritematoso sistêmico.
- B. Artrite reumatoide.
- C. Osteoartrite (artrose).
- D. Esclerose sistêmica.
- E. Artrite psoriásica.

Questão 26: Em pesquisa clínica, para avaliar a eficácia de um novo medicamento no tratamento da artrite reumatoide, o delineamento que melhor minimiza vieses de seleção e confusão é:

- A. Ensaio clínico randomizado controlado.
- B. Estudo transversal de caso-controle.
- C. Série de casos em centro único.
- D. Estudo de coorte retrospectivo.
- E. Revisão narrativa da literatura.

Questão 27: Paciente de 25 anos com lúpus eritematoso sistêmico apresenta nefrite lúpica comprovada por biópsia renal. Além do reumatologista, qual especialista deve estar diretamente envolvido no co-manejo deste paciente para otimizar o tratamento da nefrite?

- A. Dermatologista.
- B. Nefrologista.
- C. Ortopedista.
- D. Endocrinologista.
- E. Hematologista.

Questão 28: Um aspecto que diferencia a artrite do lúpus em relação à artrite reumatoide é:

- A. No lúpus, geralmente há fator reumatoide positivo, diferentemente da artrite reumatoide.
- B. A artrite do lúpus acomete apenas grandes articulações de membros inferiores.
- C. A artrite lúpica é tipicamente não erosiva nas radiografias, ao contrário da artrite reumatoide.
- D. A artrite reumatoide nunca causa deformidades nas mãos, enquanto o lúpus frequentemente causa.
- E. A rigidez matinal é mais prolongada no lúpus do que na artrite reumatoide.

Questão 29: O FAN (fator antinuclear) é um exame de triagem importante para qual doença reumática, sendo positivo em mais de 95% dos casos?

- A. Gota.
- B. Osteoartrite.
- C. Lúpus eritematoso sistêmico.
- D. Artrite séptica.
- E. Espondilite anquilosante.

Questão 30: A fibromialgia é caracterizada por todas as características abaixo, exceto:

- A. Dor musculoesquelética difusa e crônica, geralmente >3 meses.
- B. Presença de pontos dolorosos específicos à palpação (tender points).
- C. Alterações laboratoriais inflamatórias marcantes (VHS, PCR elevados).
- D. Fadiga e sono não reparador acompanhando o quadro doloroso.
- E. Ausência de achados objetivos de sinovite nas articulações.