

ISSN:2526-4087
Nº 35 | Jun | Jul | Ago | Set | 2025

CAPITAL

REUMATO

ESPECIAL ATUAR 2025

NOVA LEI DA FIBROMIALGIA

**SUSPENSÃO DE CORTICOIDE
NO LÚPUS - COMO REALIZAR**

**ACONTECEU NA
REUMATO BRASÍLIA**

#35



SOCIEDADE DE
REUMATOLOGIA
DE BRÁSILIA

csdesign*
www.csdesigngrafico.com.br

PALAVRA DA EDITORA

ÍNDICE



**TAINÁ
CARNEIRO**

Editora da Revista Capital
Reumato 2025/2026



**02
Palavra
da Editora**

**03
Mensagem
do Presidente**

**04
Aconteceu**

**07
Especial
ATUAR**

**15
Resumos
ATUAR**

**27
Reumato
na Prática**

**35
Reumato na
Academia**

Queridos leitores,

Nessa edição da Revista Capital Reumato trazemos um pouco do que aconteceu no ATUAR 2025, um evento de alta qualidade, de horizonte ampliado. “Reumato 360°” não foi apenas um tema: foi um convite para girarmos o esteto, o ultrassom, a caneta e o olhar em volta do paciente inteiro. Pele-intestino-articulação, metabolismo-coração-mente, ciência-tecnologia-humanidade: o círculo só se fecha quando cada ponto é visto com a mesma nitidez. Sempre em constante integração com outras especialidades: reumato à mesa com oncologistas, ortopedistas, psiquiatras, nutricionistas, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. O paciente no centro da conversa, e a tecnologia aparecendo como aliada, não como fim em si mesma.

Além disso, discutiremos nessa edição também o SUS e o impacto da nova Lei da Pessoa com Fibromialgia e sobre o uso dos corticoides, tema tão atual e tão repleto de dúvidas quanto seu tempo de utilização.

E como a educação continuada segue como nosso norte, você também terá a oportunidade de apreciar os dois trabalhos apresentados pelos estudantes da Liga de Reumatologia do DF no evento desse ano.

Agradeço à comissão organizadora do ATUAR, palestrantes, moderadores, autores e revisores que generosamente compartilharam ciência e experiência. Aos nossos leitores, obrigada por manterem esta revista viva com críticas e sugestões. Essa revista é feita por vocês e para vocês, estando sendo aberta a submissões de casos, revisões narrativas, relatos de experiência em serviços e artigos de opinião. Queremos ser a sua casa editorial para o que é útil, claro e aplicável.

Seguimos juntos, girando 360° e voltando ao ponto de partida com mais luz — a do cuidado centrado no paciente. Boa leitura!
Com carinho e propósito,

Tainá Carneiro
Editora da Capital Reumato

CAPA
PESSOAS
TÉCNICA
ACRÍLICA
SOBRE TELA
ARTISTA
CARMEN JIMENEZ
@BLU.ARTE.ARQ

**DIRETORIA
GESTÃO 2025/2026**

DIRETORIA

Presidente: Ana Paula Monteiro Gomides

Vice-presidente: Lícia Maria H. da Mota

1º secretário: Anna Beatriz Assad Maia

2º secretário: Jamille Nascimento Carneiro

1º tesoureira: Gabriela Profirio Jardim

2º tesoureira: Ana Carolina Hidaka

Diretora científica: Luciana Feitosa Muniz

Diretora Social:

Tainá Cândida de Almeida Gontijo Carneiro

COMISSÕES ESPECIAIS

Coordenadora de Comunicação e Mídias: Paula Cristina Montana

Coordenadora de Interface com a Residência Médica e Graduação: Jamille Nascimento Carneiro

Coordenadora de Interface com a Graduação e Reumatologia Pediátrica: Aline Garcia Islabão

Coordenadora de Integração com SUS e Políticas Públicas: Julinaide Nunes Matos

Coordenadora de Apoio ao Paciente e Comunidade: Tânia Maria Liette Antunes Oliveira

Coordenador de Interface com outras especialidades e áreas da saúde: Gustavo de Paiva Costa

Coordenadora Comissão Social: Tainá Cândida de Almeida Gontijo Carneiro

COMISSÕES:

SOCIAL: Ana Cristina Vanderley Oliveira; Carolina Riether Vizioli; Carolina Rocha; Clarissa de Castro Ferreira; Tânia Maria Liette Antunes Oliveira

CIENTÍFICA: Clarisse Pimentel; Fernanda Godinho; Sandra Maximiano; Sasha Rubim Rocha Bender; Tainá Cândida de Almeida Gontijo Carneiro

COMUNICAÇÃO E MÍDIAS: Rayssa Fernandes de Souza Coelho; Roberto Rodrigues

MENSAGEM DA PRESIDENTE



ANA PAULA GOMIDES

Presidente da Sociedade
de Reumatologia de
Brasília 2025/2026

Caros colegas,

Entramos no segundo semestre de um ano intenso e produtivo para a Sociedade de Reumatologia de Brasília, celebrando a realização de mais uma edição de sucesso do ATUAR – Curso de Atualização em Reumatologia.

Conseguimos oferecer uma verdadeira imersão em múltiplos temas, em um evento intenso e enriquecedor, que contou não apenas com reumatologistas, mas também com a participação de outros profissionais de saúde e médicos de diferentes especialidades. Tivemos ainda momentos marcantes, como mais uma edição do Prêmio Francisco Aires, o lançamento do livro A Palavra e o Tempo da colega Anna Beatriz, além do nosso inovador workshop prático de inteligência artificial, que mostrou como a tecnologia pode somar-se à prática médica.

Seguiremos com entusiasmo renovado para os próximos meses, mantendo firme o compromisso de levar conhecimento de qualidade, fortalecer a integração entre especialidades e valorizar nossa comunidade reumatológica.

Ana Paula Monteiro Gomides Reis
Presidente – Sociedade de Reumatologia de Brasília 2025-2026

Baixe todas as edições da Revista
Capital Reumato no site:
www.reumatodf.com.br

Contato SRB:
reumatobrasilia@gmail.com
(61) 3245-1671 | (61) 99668 0935

Design Gráfico e Editoração:
CS DESIGN
Contato: Cristiane (61) 98131 7287
cristiane@csdesigngrafico.com.br

EXPEDIENTE:

Reumatologistas revisores: Ana Paula Gomides, Anna Beatriz Assad Maia, Gabriela Profirio Jardim Santos, Jamille Nascimento Carneiro, Licia Maria Henrique Mota, Luciana Feitosa Muniz, Luciano Junqueira Guimarães.

CONSELHO EDITORIAL CAPITAL REUMATO:

Ana Paula Gomides, Anna Beatriz Assad Maia, Isadora Jochims, Luciana Feitosa Muniz
Envie seu texto para ser publicado na revista:

Envie seu texto para ser publicado na revista: reumatobrasilia@gmail.com

Material de distribuição exclusiva para área médica. A revista Capital Reumato não se responsabiliza por serviços, produtos e imagens publicadas pelos anunciantes. As matérias assinadas são de inteira responsabilidade de seus autores e não expressam, necessariamente, a opinião da Revista Capital Reumato.

A responsabilidade de conteúdo médico científico do material recebido para publicação, bem como por eventuais conceitos emitidos ou conflitos de interesses, é exclusiva dos autores.

ACONTECEU

1ª REUNIÃO CIENTÍFICA - SRB - 31 D EMAIO 2025

Novas perspectivas para o tratamento do LES
Cuidados Dermatológicos com LES

Sob o valoroso apoio da AstraZeneca a Sociedade de Reumatologia de Brasília organizou a primeira reunião científica com excelentes aulas da Dra. Carmen Dea e do Dr. Gustavo Paiva.

AstraZeneca 



2ª REUNIÃO CIENTÍFICA - SRB - 21 DE JUNHO 2025

Desvendando o quebra-cabeça da Artrite Reumatoide
Estomatologia na reumatologia

Contamos com a presença da Dra Bruna Lavinias, do Dr. Charles Helden e da Dra Licia Mota. Foi um momento de aprendizado e troca de conhecimento multiprofissional. Agradecemos a Abbvie pelo importante apoio.

abbvie



SAVE
The
DATE

06 DE DEZEMBRO
HANDS ON ESPONDILOARTRITES - SRB



NURSE

A VEZ E A VOZ DO ESPECIALISTA

**TAINÁ CARNEIRO***Editora da Revista Capital Reumato 2025/2026*

ESPECIAL ATUAR 2025

Dentro da reumatologia existe toda a medicina. Essa frase resume a 8ª edição do encontro anual de Atualização em Reumatologia promovido pela SRB .

Mesclando arte e medicina foram abordados temas de relevância para a prática clínica de todos os profissionais da saúde envolvidos no tratamento dos pacientes com afecções reumatológicas.

Pela primeira vez em parceria com o REUMATIZE foi realizado o Workshop em inteligência artificial para a prática no consultório, um momento muito rico em idéias e aprendizados para otimizar o dia-a-dia do médico.



Na noite de abertura Dra. Maria Cecília Freitas, psiquiatra, explicou em sua palestra como as vias de dor e os transtornos do humor estão intrinsicamente envolvidos e necessitam de atenção redobrada, pois ambos são considerados fatores de risco para atrofia do hipocampo e consequentemente aumento do risco de demência. O papel do binômio reumato-psiquiatra é fundamental para ajudar na modulação do comportamento dos pacientes, principalmente no que tange a catastrofização e pensamentos disfuncionais.

Dra. Renata Lazari, geneticista, trouxe as bases para entender os testes genéticos, importância e limitações dos métodos.

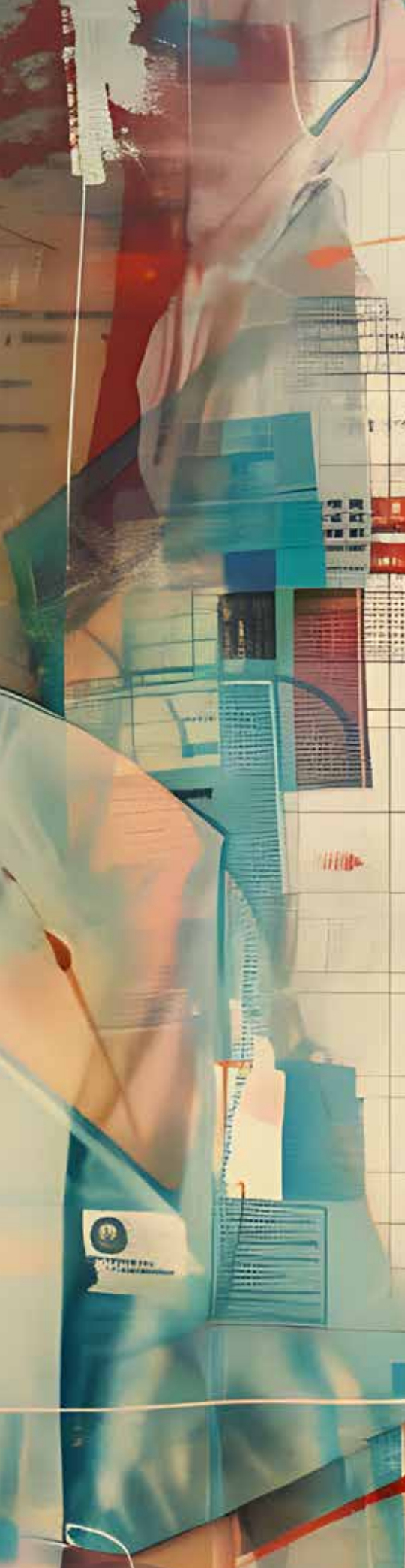
E fechando o primeiro dia de aulas o Dr. Francisco Aires, reumatologista, discutiu sobre a terapia CAR-T cell e as evidências hoje para o uso em doenças reumatológicas autoimunes.

A Dra. Sandra merecidamente recebeu esse ano o Prêmio Francisco Aires, ratificando a sua valorosa contribuição para reumatologia de Brasília e formação médica na área.

O momento ATUARTE foi poético. Dra. Anna Beatriz Assad realizou o lançamento de seu livro “A Palavra e o Tempo” demonstrando o objetivo principal desse evento anual da SRB, misturar arte e ciência.

O segundo dia do ATUAR 2025, sob o eixo Integração Multidisciplinar, trouxe debates que conectaram ciência, prática clínica e olhar ampliado sobre o paciente.





A manhã começou com três palestras de atualização.

Na primeira, Dr. Gustavo Paiva discutiu os desafios neurológicos no Lúpus Eritematoso Sistêmico, destacando a complexidade diagnóstica das manifestações neuropsiquiátricas e a necessidade de protocolos mais ágeis para investigação. Em seguida, a atenção se voltou para o uso da ultrassonografia na reumatologia, com ênfase em estudos do OMERACT e situações práticas que indicam quando o exame deve ser solicitado. Para fechar a mesa Dra. Fernanda Godinho apresentou um panorama dos biomarcadores em reumatologia, ressaltando os avanços no monitoramento de inflamação e atividade de doença, mas também os limites atuais para sua incorporação rotineira na prática clínica.

Na sessão de entrevista moderada por Dra. Gabriela Porfírio e com a presença dos oncologistas Dr. Gustavo Fernandes e Dra. Daniele Assad o foco foi o rastreamento neoplásico em pacientes reumáticos, apontando a vulnerabilidade dessa população frente ao uso prolongado de imunossupressores e a importância de estratégias personalizadas de prevenção e acompanhamento.

Contando com a interação sempre rica com a ortopedia, Dr. Roberto Rodrigues e Dra. Isadora Jochims moderaram a mesa de diagnóstico e manejo da síndrome do quadril doloroso e os desafios nas lesões de atletas, especialmente na diferenciação entre causas mecânicas e inflamatórias, com a participação dos médicos Dr. Lorenzo Fagotti e Dr. Daniel Amorim.

O olhar 360º multidisciplinar, inspirado por Dra. Anna Beatriz Assad e Dra. Ana Paula Gomides, não poderia deixar de lado a fisioterapia (Dr. Tiago Henrique) como recurso essencial nas espondiloartrites, o papel da nutrição (Dra. Marcela Mendes) no controle da inflamação crônica e o impacto das tecnologias assistivas (Dra. Aline Corrêa) na qualidade de vida dos pacientes com limitações funcionais.

À tarde, os “Hot Topics” trouxeram temas de fronteira: a discussão sobre biológicos e bioequivalentes, sua necessidade na farmacoeconomia dos sistemas de saúde, realizada por Dra. Hellen Carvalho e as indicações e limitações da reposição hormonal, promovida pela Dra. Juliana Delfino.

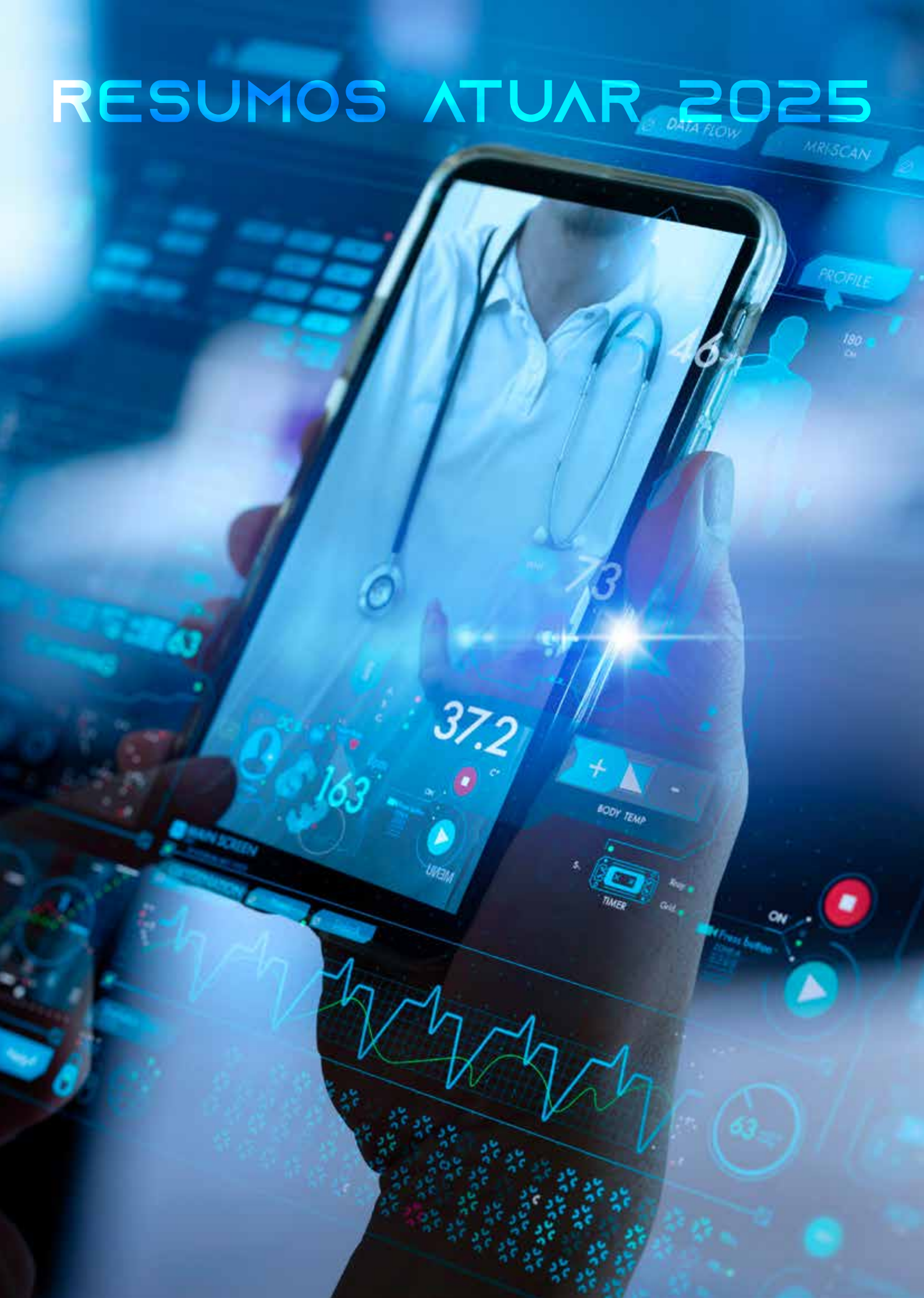


Encerrando o dia, a sessão coordenada por Dra. Jamille Nascimento e Dr. Gustavo Paiva lançou luz sobre a sexualidade nas doenças reumáticas. Dra. Sylvia Maria de Oliveira trouxe um debate sensível sobre qualidade de vida e enfrentamento de tabus no consultório.

Gostaríamos mais uma vez de agradecer aos patrocinadores: **Pfizer, Abbvie, Novartis, Johnson & Johnson, Sandoz**. Além da equipe Balluart e nossa sempre tão cuidadosa Raphaëlle Alves, secretária da SRB.



RESUMOS ATUAR 2025



Faria, JMM (CEUB); Aguiar, OA (CEUB); Teles, ABQ (UCB); Islabão, A.G (Hospital Materno Infantil de Brasília SES-Df e docente do CEUB); Bastos, JL (Unimauá); Freitas, MCFLC (UnB); Araújo, VP (UnB); Zortea, DA (UCB).

MONITORAMENTO DIGITAL: APPS E WEARABLES NA AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE DA ARTRITE REUMATOIDE

OBJETIVO: Avaliar as soluções digitais disponíveis para o acompanhamento de pacientes com ARTRITE REUMATOIDE (AR).

FONTE DE DADOS: A busca dos artigos foi realizada nas bases nos termos combinados com operadores booleanos: "Wearables", "Dispositivos", "Acompanhamento", ("ARTHRITIS, RHEUMATOID" [Mesh]) AND "Digital Health" [Mesh]. Ademais, esses foram publicados entre janeiro de 2023 e julho de 2025, em inglês e português.

ESTUDOS SELECIONADOS: Foram incluídos artigos publicados com texto completo disponível e que abordassem o uso de tecnologias digitais, como aplicativos e dispositivos vestíveis, para o acompanhamento de pacientes com AR. Foram excluídos artigos duplicados, revisões sem descrição metodológica, relatos de caso, editoriais, estudos com foco exclusivo em outras doenças reumatológicas e aqueles que não abordavam intervenções digitais no acompanhamento da AR. Após triagem foram incluídos 4 estudos que atenderam aos critérios de elegibilidade.

ANÁLISE DE DADOS: A análise dos dados foi conduzida de forma narrativa, com foco na identificação de padrões, abordagens metodológicas e resultados apresentados nos estudos selecionados. Os artigos incluídos abordaram diferentes aspectos do uso de tecnologias digitais, como aplicativos móveis e dispositivos vestíveis, no acompanhamento de condições clínicas crônicas. Foram analisadas características como aceitação pelo usuário, usabilidade, confiabilidade de sensores, tipos de dados coletados (como sintomas autorreferidos e parâmetros fisiológicos), além do potencial impacto clínico dessas soluções. A abordagem metodológica envolveu revisão crítica do conteúdo e organização dos achados em eixos temáticos, como: monitoramento de sintomas, suporte à decisão clínica e integração com serviços de saúde.



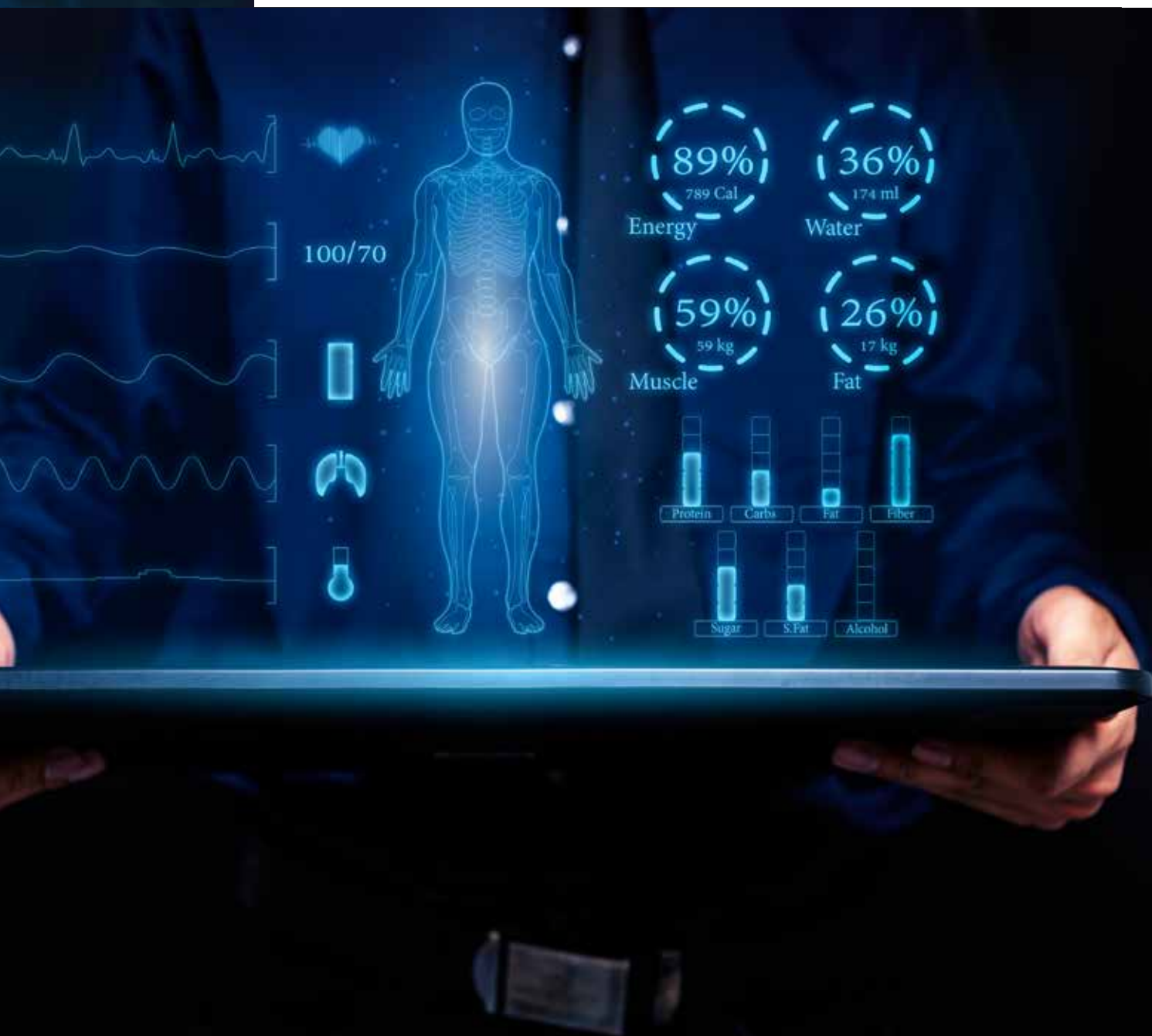




RESULTADOS: Os estudos incluídos abordaram diferentes aspectos do uso de tecnologias digitais no monitoramento clínico de pacientes com doenças crônicas. Observou-se que aplicativos móveis e dispositivos vestíveis são bem aceitos pelos usuários e permitem o registro contínuo de sintomas como dor, rigidez, fadiga e impacto funcional, além de parâmetros de atividade física e qualidade do sono. Destacou-se também a importância do design centrado no paciente, que influencia diretamente a adesão às ferramentas digitais. Além disso, a integração dos dados gerados por essas tecnologias aos sistemas clínicos pode favorecer decisões médicas mais informadas e promover maior autonomia ao paciente. Apesar da escassez de estudos focados exclusivamente na AR, os achados indicam um potencial significativo para a utilização dessas soluções na prática reumatológica.

CONCLUSÃO: Destarte, dispositivos vestíveis e apps são promissoras formas de monitorar remotamente AR pois promovem maior engajamento do paciente, facilita o acompanhamento contínuo de sintomas e contribui para decisões clínicas mais personalizadas.

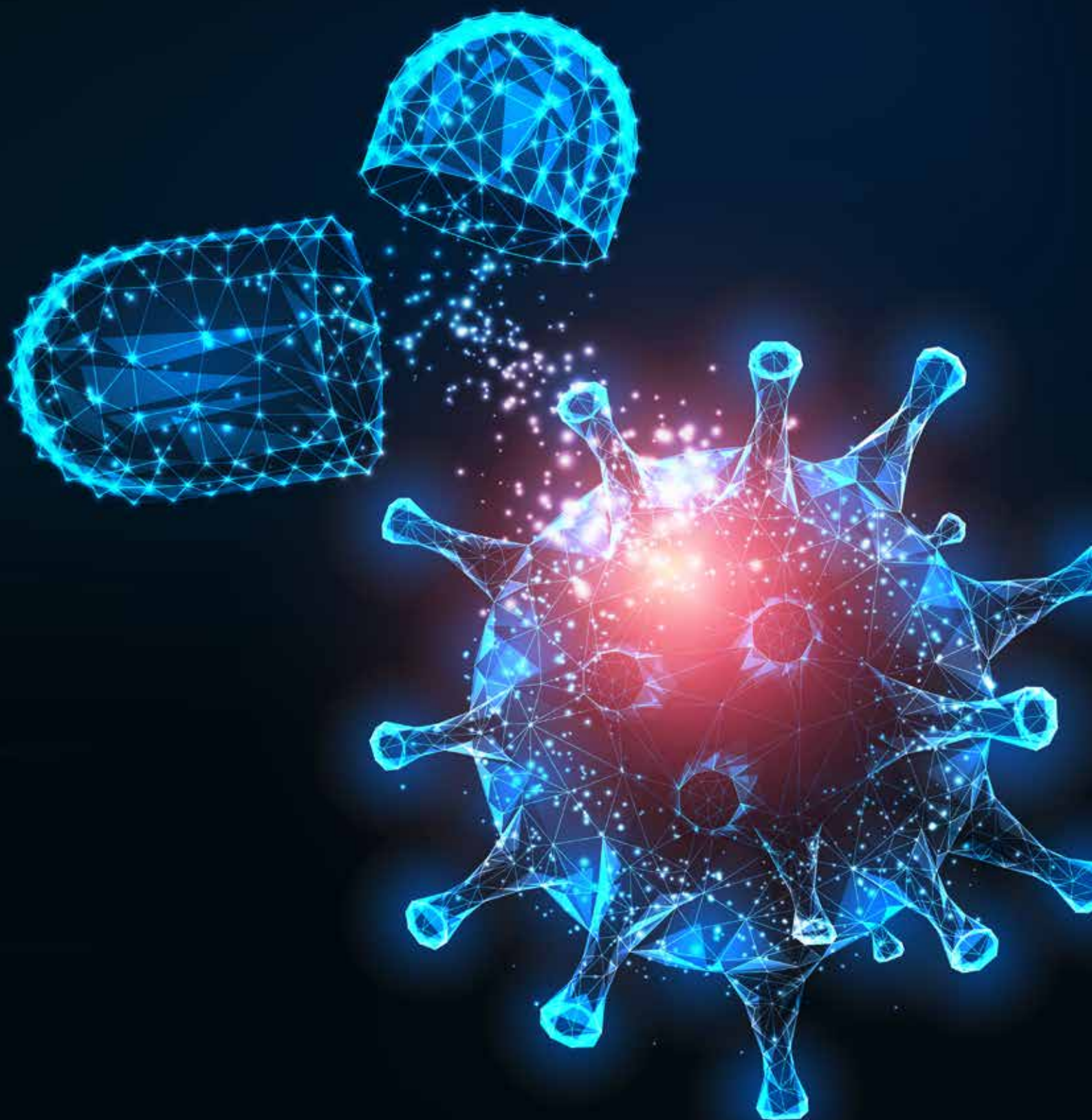
PALAVRAS-CHAVE: ARTRITE REUMATOIDE, Wearables, acompanhamento, doença autoimune.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dobies B, White AJ, Isberg A, Gudmundsson SF, Oddsson S. Digital health program improves quality of life in rheumatoid arthritis: a retrospective analysis of real-world data. *Clin Exp Rheumatol*. 2024;42(1):10-14. doi:10.55563/clinexprheumatol/rng5n9
2. McGagh D, Song K, Yuan H, et al. Digital health technologies to strengthen patient-centred outcome assessment in clinical trials in inflammatory arthritis. *Lancet Rheumatol*. 2025;7(1):e55-e63. doi:10.1016/S2665-9913(24)00186-3.
3. Benavent D, Iniesta-Chamorro JM, Novella-Navarro M, et al. Digital Health Intervention for Patient Monitoring in Immune-Mediated Inflammatory Diseases: Cocreation and Feasibility Study of the IMIDoc Platform. *JMIR Hum Factors*. 2025;12:e58095. Published 2025 Apr 21. doi:10.2196/58095
4. Hamy, V, Llop, C., Yee, C.W. et al. Patient-centric assessment of rheumatoid arthritis using a smartwatch and bespoke mobile app in a clinical setting. *Sci Rep* 13, 18311 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41598-023-45387-7>.

RESUMOS ATUAR 2025



RESUMOS ATUAR 2025

Zortea, DA (UCB); Teles, ABQ (UCB); Faria, JMM (CEUB); Araújo, VP (UnB); Freitas, MCFLC (UnB); Fagundes, CRTBN (UnB); Galvão, JA (Unimauá); Santos, MET (Uniceplac); Islabão, A.G (Hospital Materno Infantil de Brasília SES-DF e docente do CEUB)

AFECÇÕES REUMATOLÓGICAS E COVID-19: O QUE SABEMOS ATÉ AGORA?

OBJETIVO: Identificar as complicações musculoesqueléticas agudas e pós-agudas de Covid-19 e a influência de medicações reumáticas nas vacinas e no paciente com Covid-19.

FONTE DE DADOS: Foi realizada uma revisão bibliográfica, a partir da base de dados PubMed, com filtro para artigos que foram publicados entre 2020 e 2025. Os descritores utilizados foram “Covid-19”, “Musculoskeletal Diseases”, “Rheumatic Diseases”, “Arthralgia”, “Vaccines”.

ESTUDOS SELECIONADOS: Critério de inclusão para seleção dos artigos foi filtro pesquisas do tipo revisão sistemática ou do tipo meta-análise. Critério de exclusão foi estudo ser do tipo revisão de literatura ou série de casos. Após leitura dos títulos e resumos dos artigos, foram selecionados 8 artigos para serem analisados integralmente e incluídos na revisão.

ANÁLISE DE DADOS: Os artigos incluídos foram lidos integralmente, com ênfase na estruturação de suas metodologias, para reconhecer resultados e conclusões relevantes.

RESULTADOS: A pandemia de Covid-19, incluindo suas medidas restritivas (“lockdown”), afetou negativamente a saúde osteomuscular, seja por redução de atividade física, seja porque a própria doença cursa frequentemente com sintomas do sistema locomotor (mialgia, artralgia e fadiga). Também é





destacado potencial do vírus como desencadeante para complicações músculo-esqueléticas agudas e pós-agudas (> 12 semanas). Algumas complicações agudas incluem: dor lombar de início recente, rabdomiólise, síndrome de Guillain-Barré, artrite séptica e abscesso de partes moles. Enquanto, algumas pós-agudas são fraqueza muscular, baixo desempenho físico, osteopenia/osteoporose, capsulite adesiva, osteonecrose, miosite autoimune necrosante. Para as sequelas pós-agudas, não está claro ainda se progridem ou regredem com o tempo. Quanto ao prognóstico, o uso de glicocorticoides e drogas anti reumáticas modificadoras da doença (DMARDs) não afetaram taxas de hospitalização e mortalidade. A respeito das vacinas, identifica-se resposta humoral significativa em pacientes portadores de doenças reumáticas autoimunes, todavia o uso de DMARDs pode reduzir essa imunogenicidade, com destaque para rituximabe e micofenolato.

CONCLUSÃO: Dessa forma, nota-se complexa relação entre a infecção por SARS-CoV-2 e o sistema locomotor, com a covid como novo diagnóstico diferencial a ser considerado para pacientes com quadros musculoesqueléticos. Complicações reumáticas agudas e pós-agudas podem ser desencadeadas pelo SARS-CoV-2, levando a manifestações musculoesqueléticas. O uso de glicocorticoides e DMARDs em pacientes com doenças autoimunes não afetou hospitalizações e mortalidade, mas DMARDs reduziram a resposta vacinal. Tais achados destacam a importância de um seguimento multidisciplinar e de estratégias públicas que integrem reabilitação, vacinação e vigilância clínica no contexto da doença e do pós-covid.

PALAVRAS-CHAVE: Covid-19; Manifestações músculo-esqueléticas; Doenças reumáticas.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CIAFFI, J. et al. Rheumatic manifestations of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *BMC Rheumatology*, v. 4, n. 1, 28 out. 2020. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7591274/>. Acesso em: 3 jul. 2025.
2. JACOPO CIAFFI et al. Post-Acute COVID-19 Joint Pain and New Onset of Rheumatic Musculoskeletal Diseases: A Systematic Review. *Diagnostics*, v. 13, n. 11, p. 1850–1850, 25 maio 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37296705/>. Acesso em: 5 jul. 2025
3. HIROSHI HOSHIJIMA et al. Incidence of long-term post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection related to pain and other symptoms: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, v. 18, n. 11, p. e0250909–e0250909, 29 nov. 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38019841/>. Acesso em: 5 jul. 2025.
4. AL-HAIDERI, M. et al. Immunogenicity of COVID-19 vaccines in adult patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases: A systematic review and meta-analysis. *International journal of rheumatic diseases*, v. 26, n. 7, p. 1227–1234, jul. 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37309305/>. Acesso em: 3 jul. 2025.
5. SOOD, A. et al. Immunogenicity and Safety of SARS-CoV-2 Vaccination in Patients With Rheumatic Diseases: A Systematic Review and Meta-analysis. *JCR: Journal of Clinical Rheumatology*, v. Publish Ahead of Print, 3 jun. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35660717/>. Acesso em: 6 jul. 2025.
6. WANG, F. et al. Prevalence and risk of COVID-19 in patients with rheumatic diseases: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Rheumatology*, v. 41, n. 7, p. 2213–2223, 30 mar. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35352217/>. Acesso em 15 jul. 2025.
7. PIRES, R. E. et al. What Do We Need to Know About Musculoskeletal Manifestations of COVID-19? *JBJS Reviews*, v. 10, n. 6, jun. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35658089/>. Acesso em 15 jul. 2025.
8. GEBRYE, T. et al. The impact of COVID-19 related lockdown restrictions on musculoskeletal health: a systematic review. *Rheumatology International*, v. 43, n. 11, p. 2011–2019, 10 ago. 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37561133/>. Acesso em 14 jul. 2025.



REUMATO NA PRÁTICA

**JULINAIDE MATOS**

Reumatologista da SES-DF, onde atua na assistência , preceptoria da residência de Clínica Médica e Referência Técnica Distrital colaboradora. Coordenação de Integração com o SUS e Políticas Públicas da SBR.

FIBROMIALGIA

A NOVA LEI, AS PRINCIPAIS DÚVIDAS DOS REUMATOLOGISTAS E O MELHOR CAMINHO PARA AJUDAR OS PACIENTES

Fibromialgia é uma síndrome clínica caracterizada por dor musculoesquelética difusa e crônica, associada a fadiga, distúrbios do sono, comprometimento cognitivo e múltiplos sintomas somáticos, na ausência de uma causa inflamatória, estrutural ou metabólica identificável. No Brasil, temos um estudo de base populacional, utilizando dados secundários de uma pesquisa nacional sobre dor crônica, estimou que a prevalência da fibromialgia no Brasil é de cerca de 2 % da população (1).

Para os reumatologistas, os desafios na abordagem da fibromialgia são múltiplos e vão muito além do diagnóstico. Eles envolvem aspectos clínicos, terapêuticos, informativos e até legais.

Seu diagnóstico é baseado apenas em critérios clínicos, o que aumenta os riscos de diagnósticos equivocados. A sobreposição com outras doenças reumatológicas e psiquiátricas pode confundir o quadro. Há ainda um questionamento sobre a legitimidade da síndrome por parte da sociedade médica e não médica.

O desafio de explicar ao paciente sobre a fisiopatologia da doença e os objetivos do tratamento de forma realista é uma situação diária nos consultórios.

Temos ainda o contexto legal e os obstáculos perante o sistema de saúde e sua capacidade de atender a esses pacientes.

O histórico de lutas pela legalidade de direitos na fibromialgia é relativamente recente, mas vem ganhando força no Brasil e no mundo nas últimas duas décadas. Ele mistura elementos de ativismo social, pressão de associações de pacientes, debates científicos e disputas jurídicas.

Durante boa parte do século XX, a fibromialgia era vista com ceticismo, sendo frequentemente rotulada como de origem “psicossomática”.

A adoção dos critérios diagnósticos do American College of Rheumatology (ACR) em 1990 foi um marco, oferecendo parâmetros objetivos para estudos e prática clínica(2).

A revisão dos critérios em 2010/2011 e 2016 ampliou a compreensão da síndrome e facilitou seu reconhecimento internacional como condição crônica legítima (3).

No Brasil, associações de pacientes como a Associação Brasileira de Fibromiálgicos (ABRAFIBRO), entre outras regionais, começaram campanhas de conscientização sobre a doença na década de 2000.

Redes sociais e grupos de apoio online intensificaram a pressão popular para que a condição fosse reconhecida como passível de garantias legais, incluindo adaptações no trabalho e prioridade em serviços.

Certos estados e municípios aprovaram leis específicas para instituir datas comemorativas, criar carteiras de identificação e garantir prioridade nas filas.



Algumas legislações locais mais ousadas passaram a equiparar a fibromialgia à condição de deficiência para fins de benefícios, como ocorreu no Distrito Federal com a Lei nº 7.336/2023, posteriormente suspensa pelo TJDF (4).

Pacientes e entidades começaram a ingressar com ações judiciais para equiparar a fibromialgia a deficiência ou doença grave, visando acesso a aposentadoria especial ou por invalidez, benefícios assistenciais (BPC/LOAS), isenção de impostos na compra de veículos adaptados, passe livre no transporte público.

Os resultados foram e continuam sendo heterogêneos — com decisões favoráveis e desfavoráveis, dependendo da interpretação de cada juiz e do laudo pericial.

A Lei nº 15.176/2025 sancionada em julho de 2025, que entra em vigor em janeiro de 2026 pode ser considerada um marco regulatório sobre os aspectos legais da fibromialgia, apesar de incluir Fadiga Crônica, Síndrome Complexa de Dor Regional e outras doenças correlatas (5).

O principal ponto dessa lei é que a fibromialgia agora é patologia passível de ser considerada deficiência física. E se o paciente for considerado pessoa com deficiência (PCD), passa a ter acesso a todos os direitos já previstos pela legislação brasileira, especialmente a Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015) (6). Estão entre os principais direitos, atendimento prioritário em serviços de saúde públicos e privados, Passe Livre em transporte coletivo interestadual (Lei nº 8.899/1994) para pessoas de baixa renda, isenção de IPVA, IPI e ICMS na compra de veículo novo adaptado ou não (regras variam por estado), reserva de vagas em empresas com 100 ou mais empregados (cotas da Lei nº 8.213/1991)(7), acesso prioritário a instituições de ensino, BPC/LOAS (Benefício de Prestação Continuada) para PCD de baixa renda (um salário mínimo mensal), aposentadoria da pessoa com deficiência com regras diferenciadas de tempo de contribuição ou idade (INSS), isenção de taxas em concursos públicos para PCD, conforme edital, dentre outros.

Essa nova lei substitui e invalida legislações locais conflitantes, padronizando critérios para todo o território nacional. Seu principal ponto é que para fibromialgia ser considerada deficiência física, o paciente precisa passar por avaliação biopsicossocial. Essa avaliação segue a mesma lógica já prevista na Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015) e no Decreto nº 10.410/2020(8), mas agora aplicada especificamente à fibromialgia. Leva em consideração os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e funcionais. Cabe ao médico, a avaliação biológica, ou seja, diagnóstico médico (confirmado por critérios clínicos validados, como os do ACR 2016), sintomas objetivos relatados e observados (dor difusa, fadiga, distúrbios do sono, alterações cognitivas), comorbidades que impactam na funcionalidade.

Os aspectos psicológicos, sociais e funcionais cabem às outras especialidades da cadeia de apoio ao paciente com fibromialgia (psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais), conforme a demanda de cada caso. O objetivo é determinar o grau de limitação funcional (leve, moderada ou grave) e seu impacto na participação social. Somente casos moderados ou graves, nos quais há prejuízo significativo e persistente, poderão ser enquadrados como PCD para fins legais.

Há ainda muitas dúvidas e questionamentos sobre o papel do reumatologista já que, em termos práticos, há o risco de o médico assistente assumir sozinho, como acontece em outras patologias, o diagnóstico de PCD.

De forma ideal, caberia ao reumatologista a elaboração de relatório médico, conforme Resolução do CFM n 2381/2024(9), a partir daí solicitar avaliação para a equipe multiprofissional com a finalidade de elaborar um diagnóstico funcional e, só então classificar o paciente de acordo com o grau de limitação /deficiência. Ao final, a equipe assinaria o laudo (de preferência, formulário padronizado) e o paciente seria encaminhado para providências e garantias dos benefícios(figura 1).



Figura 1. Fluxograma de atendimento ao paciente com fibromialgia com base na nova lei.

1. DIAGNÓSTICO CONFIRMADO

- Critérios ACR 2016
- Registro clínico completo



3. EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

- Psicólogo
- Fisioterapeuta/Terapeuta Ocupacional
- Assistente Social



4. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

- Escala de Dor
- Questionários de funcionalidade
- Formulário padronizado?



5. CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE/DEFICIÊNCIA

- Leve: sem impacto relevante (não classificado como PCD)
- Moderado/Grave: impacto persistente e significativo



6. EMISSÃO DE LAUDO FINAL

- Assinado pela equipe
- Fundamentação clara



7. REGISTRO E DIREITOS

- Emissão da Carteira PCD
- Liberação de direitos previstos pela Lei Brasileira de Inclusão

Em nossa atual realidade local de sistema público de saúde, ainda não há capacidade das equipes multiprofissionais de realizarem avaliações biopsicossociais, não há uma rede estruturada para essa finalidade. Quando precisarmos encaminhar os pacientes para esses profissionais, ainda será como fazemos hoje, via regulação ou unidade básica de saúde, até que haja a estrutura de atendimento. Portanto, não temos o suporte necessário para que seja cumprida a nova lei, até o momento, tendo em vista a necessidade de um atendimento em cadeia, onde médicos e demais profissionais trabalhem de forma harmônica. A nova lei entra em vigor em janeiro de 2026, portanto em um breve período podemos sofrer com aumento de demanda por relatórios, sendo necessário, talvez, a elaboração de um relatório padronizado para atender a esses pacientes, além de políticas públicas urgentes.

Ao Estado cabe garantir uniformidade na aplicação da lei entre estados e municípios, bem como criar instrumentos padronizados de avaliação biopsicossocial específicos para fibromialgia, capacitar médicos e equipes multiprofissionais para emitir laudos técnicos consistentes, a fim de se evitar estigmatização e descrédito do diagnóstico diante de benefícios legais.

À Sociedade Brasileira de Reumatologia cabe seguir como aliada de médicos e pacientes, transformando a nova Lei da Fibromialgia em oportunidade real de cuidado, acesso e dignidade. Mais do que informar, buscamos conectar ciência, prática clínica e direitos, para que cada conquista legal se traduza na melhora da qualidade de vida.





REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Decreto nº 10.410, de 30 de junho de 2020. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 1 jul. 2020.
- BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 7 jul. 2015.
- BRASIL. Lei nº 15.176, de 2025. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 12 ago. 2025.
- BRASIL. Lei nº 7.336, de 2023. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 12 ago. 2025.
- BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 25 jul. 1991.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 2.381, de 2024. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/>. Acesso em: 12 ago. 2025.
- SOUZA, Juliana Barcellos de; PERISSINOTTI, Dirce Maria Navas. The prevalence of fibromyalgia in Brazil—a population-based study with secondary data of the study on chronic pain prevalence in Brazil. BrJP, v. 1, n. 4, p. 345-348, 2018.
- WOLFE, F.; CLAUW, D. J.; FITZCHARLES, M. A.; GOLDENBERG, D. L.; KATZ, R. S.; MEASE, P. et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. Arthritis Care & Research (Hoboken), v. 62, p. 600-610, 2010.
- WOLFE, F.; SMYTHE, H. A.; YUNUS, M. B.; BENNETT, R. M.; BOMBARDIER, C.; GOLDENBERG, D. L. et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis and Rheumatism, v. 33, p. 160-172, 1990.



REUMATO NA ACADEMIA

**DR. CARLOS EDUARDO DE CARVALHO LINS***Reumatologista, preceptor de Residência do Hospital de Base do DF.*

TO BE OR NOT TO BE: SUSPENSÃO DE CORTICÓIDES EM PACIENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO. UM GUIA PRÁTICO BASEADO EM EVIDÊNCIAS

Os corticóides mudaram a história natural das formas graves de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), transformando uma doença quase sempre fatal em uma condição crônica e tratável. Desde os primórdios seus inúmeros efeitos colaterais, que são dose e tempo dependentes, causaram preocupação, e estratégias para minimizar a exposição aos corticóides se tornaram padrão no tratamento do LES. Embora os protocolos de uso tenham mudado consideravelmente nas últimas décadas, os corticóides ainda são indispensáveis no tratamento do LES grave. Além disso, nos últimos anos, cada vez mais evidências se acumularam de que mesmo doses baixas de corticóides, como 5mg/dia de prednisona, podem associar-se a efeitos adversos significativos e irreversíveis. Os últimos consensos de tratamento de LES (ref 1) e de nefrite lúpica (ref 2) sugerem fortemente que se usem estratégias para minimizar o uso de corticóides, e tornam a sua suspensão um objetivo maior, mas não especificam como e em que casos a suspensão deveria ser feita. Por outro lado, dose baixas de corticóide ajudam a manter a doença em remissão e reduzem os riscos de “flares”. Os riscos associados a “flares” incluem danos a órgãos nobres, aumento na mortalidade, aumento de custos, perda de produtividade e qualidade de vida. Outro ponto a se considerar é que a hidroxicloroquina, os imunossuppressores e imunobiológicos também estão associados a riscos de efeitos graves, alguns ainda pouco conhecidos.

Em seguida, faremos uma análise de estudos recentes sobre benefícios, riscos e estratégias de suspensão de corticóides.

Um estudo controlado recente (CORTICOLUP) mostrou que a suspensão de corticóides levou a um risco elevado de flares em geral e de flares graves (ref 3). O estudo foi feito com 124 pacientes franceses com doença estável por mais de 1 ano, em uso de 5mg de prednisona. Foram divididos em 2 grupos, em que 61 mantiveram a prednisona 5mg e 63 suspenderam e a suspensão ocorreu em 30 dias. Em 52 semanas, o número de “flares” totais foi significativamente menor nos que mantiveram a prednisona 5mg (4 contra 17), e o mesmo ocorreu com “flares” graves (1 contra 8). Tanto o índice de danos quanto os efeitos colaterais não diferiram entre os dois grupos no final do estudo. Esse estudo mostrou que a suspensão da prednisona pode ser perigosa em determinados pacientes. Por outro lado, apenas 8 de 63 pacientes tiveram flares graves após a suspensão, ou seja, em 87% dos pacientes a suspensão manteve a remissão ou levou a “flares” leves.

Uma metanálise feita em 2021, logo após o estudo CORTICOLUP, encontrou apenas 17 estudos com mínima qualidade, e apenas um outro estudo controlado foi encontrado, além do CORTICOLUP, e era um piloto feito com apenas 19 pacientes (ref 4). Todos os outros estudos eram observacionais, bastante heterogêneos nos critérios de suspensão, com números que variaram entre 7 e 148 pacientes. A metanálise foi feita com um total de 738 pacientes, e encontrou uma taxa de “flares” totais de 24% e de “flares” graves de 13% após a suspensão. O risco relativo de “flares” após a suspensão foi de 1.38, mas o risco de “flares” graves foi estatisticamente igual ao grupo controle. O uso de hidroxicloroquina foi associado a um menor risco de “flares”, mas não se observou diferença em relação ao uso de imunossupressores. Os dados analisados não permitiram avaliar a incidência de danos. Os autores concluíram que é possível suspender os corticóides em boa parte dos pacientes, mas são necessários estudos controlados para definição de estratégias de desmame e identificação de pacientes elegíveis.





Um estudo feito em uma coorte de pacientes de Nápoles, Itália, sem um protocolo definido de retirada de corticóides, mostrou que a retirada não aumentou o risco de “flares” em uma mediana de 59 semanas de acompanhamento (ref 5). Nesse estudo foi encontrado que o risco de flares foi maior entre pacientes com atividade exclusivamente sorológica (6 flares em 11 pacientes sorologicamente ativos, contra 1 flare em 45 inativos). Entre os fatores associados a resultados favoráveis estavam doença inativa há mais de 5 anos e uso de hidroxicloroquina. História de nefrite e atividade sorológica foram associadas a maior risco de “flares”, Um estudo feito na coorte de Toronto avaliou 204 pacientes com doença inativa há pelo menos 2 anos (ref 6). Metade dos pacientes manteve 5mg, os demais suspenderam. Supreendentemente, o risco de “flares” foi menor no grupo que suspendeu tanto aos 12 meses (17,6 contra 29,4%), quanto aos 24 meses (33,3 contra 50%). O risco de “flares” moderados a graves foi estatisticamente igual aos 12 meses, (10,8 contra 13,7%), mas foi menor aos 24 meses (14,7 contra 27,5%) Os autores usaram três definições diferentes de “flare”, e os resultados se mantiveram. Observaram redução de danos após 24 meses, presentes em 6,9% contra 17,6% dos pacientes que mantiveram o corticóide. Nesse estudo protocolo de redução foi extremamente lento, não foi padronizado, e os pacientes demoravam entre 9 e 18 meses para suspender a medicação. Os pacientes eram muito semelhantes aos pacientes do estudo CORTICOLUP, exceto por uma maior prevalência de manifestações neuropsiquiátricas, um menor uso de hidroxicloroquina e um maior uso de imunossupressores. Outra diferença foi na duração do período de remissão maior, mas a principal diferença foi na velocidade muito mais lenta na redução do corticóide até a suspensão. Não foram identificados fatores clínicos ou laboratoriais associados a riscos de flares.

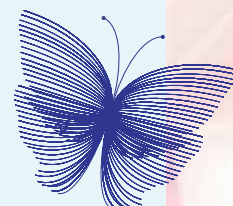
Uma metanálise publicada em 2022, procurou identificar fatores de risco associados a “flare” após a suspensão do corticóide (ref 7). Foram encontrados 9 estudos com 635 pacientes e naqueles com atividade apenas sorológica existiu um maior risco de flares (OR 1.78, 95% CI 1.00 a 3.15). Pacientes com Idade mais jovem e sem uso de antimaláricos tiveram tendência a maior risco de

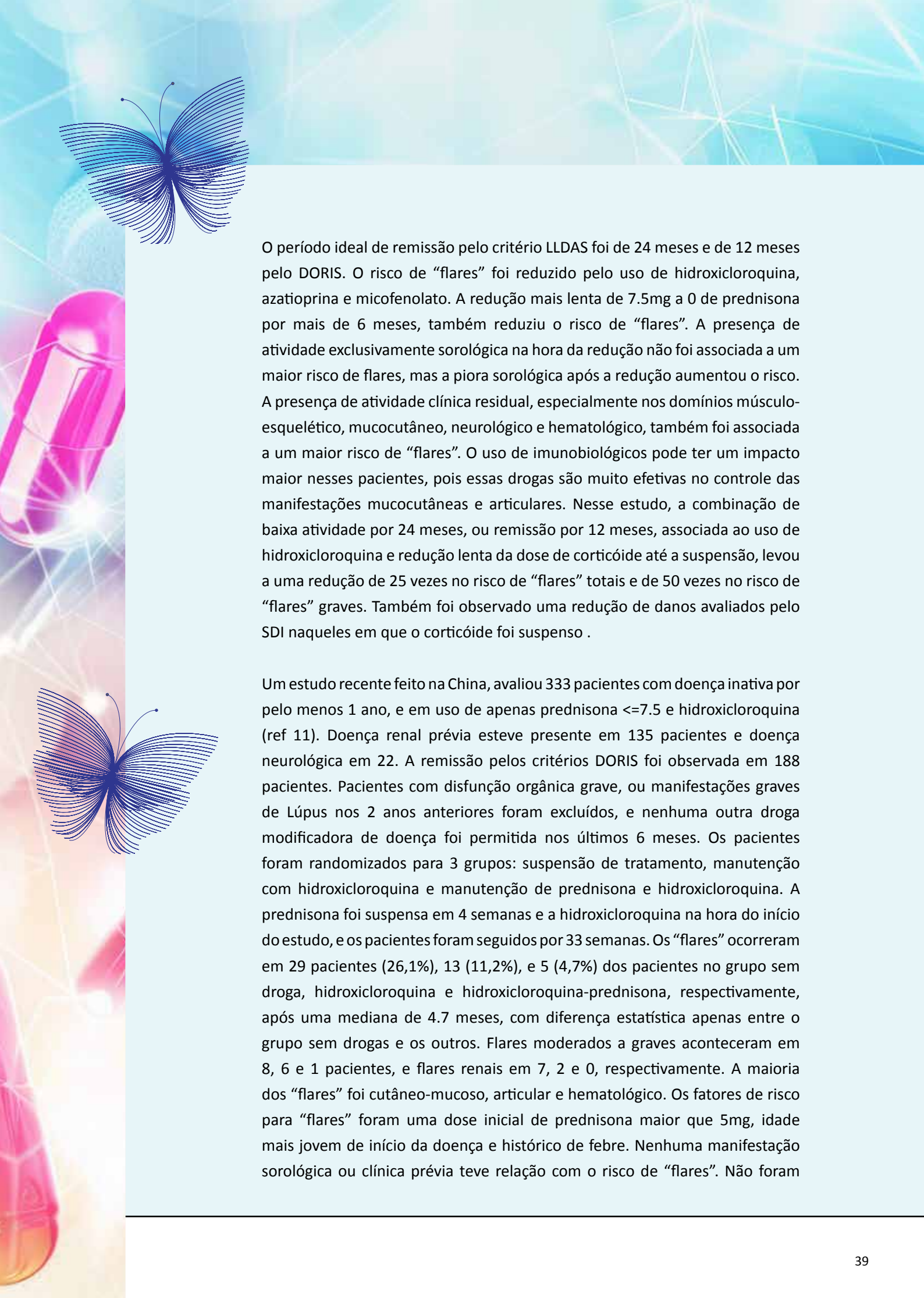
flares. Não foram encontradas diferenças entre gêneros, duração de doença, duração de remissão, duração de uso de corticóides e uso de imunossupressores.

Um estudo observacional com 31 pacientes com LES juvenil, mostrou que a suspensão foi possível em 19 (61%) dos pacientes após tratamento entre 3 e 10 anos, e 18 desses pacientes não tiveram “flares” após uma mediana de 37 meses (ref 8). A maioria (28) usava imunossupressores, principalmente micofenolato. Os autores sugerem que a suspensão de corticóide é viável e possível em pacientes com LESj.

Um estudo observacional feito em Beijing, avaliou 132 pacientes em que os corticóides foram suspensos e identificou a frequência e fatores de risco para flares (ref 9). Ocorreram “flares” em 8.3% dos pacientes após 6 meses, 16.8 em 12 meses e 27.5 em 24 meses. A análise multivariada encontrou que hipocomplementemia e doença inativa com atividade sorológica como fatores associados a “flares”. Uso de hidroxicloroquina e idade maior que 40 anos foram fatores protetores, e o efeito da protetor hidroxicloroquina foi dose dependente. Uma redução mais rápida, de 5mg a 0 em até 3 meses, foi associada a maior risco de “flares”, quando comparada a 5mg a 0 em 12 a 24 meses.

Um estudo retrospectivo recente avaliou 324 com LES ativo, que receberam corticóides para o seu tratamento (ref 10). Os pacientes tinham que ter SLEDAI 2K maior ou igual a 6, atividade pelo PGA maior que 1.5, iniciarem corticóides em dose superior a 20mg, ou dobrar a dose anteriormente usada e/ou iniciarem imunossupressores ou imunobiológicos. O corticóide foi suspenso sem um protocolo pré-definido em 220 pacientes (67.9%), e os desfechos foram comparados àqueles que continuaram com doses baixas de corticóides, com mediana de 60 meses de acompanhamento. O risco de “flares” totais e graves em 12 meses após a suspensão foi de 50 e 25%, com HR 1.48, 95% (CI 1.12 a 1.96) para “flares” totais, e HR 1.52 (CI 1.03 a 2.25) para flares graves. Em 6 meses risco relativo de “flares” leves foi de 0.38 e 0.22 e de graves 0.17 e 0.12, entre os que suspenderam e os que mantiveram o corticóide, respectivamente. O risco de “flares” leves após 60 meses foi de 0.88 e 0.79 e de graves 0.52 e 0.40. O risco de “flares” diminuiu consideravelmente se os pacientes estivessem em baixa atividade de doença (LLDAS sem DORIS) ou em remissão (DORIS): HR para “flares” graves 0.30 (CI 0.18 a 0.50) e 0.23 (CI 0.12 a 0.43), respectivamente. Essa proteção aumentava a cada mês adicional de remissão ou baixa atividade.





O período ideal de remissão pelo critério LLDAS foi de 24 meses e de 12 meses pelo DORIS. O risco de “flares” foi reduzido pelo uso de hidroxiclороquina, azatioprina e micofenolato. A redução mais lenta de 7.5mg a 0 de prednisona por mais de 6 meses, também reduziu o risco de “flares”. A presença de atividade exclusivamente sorológica na hora da redução não foi associada a um maior risco de flares, mas a piora sorológica após a redução aumentou o risco. A presença de atividade clínica residual, especialmente nos domínios músculo-esquelético, mucocutâneo, neurológico e hematológico, também foi associada a um maior risco de “flares”. O uso de imunobiológicos pode ter um impacto maior nesses pacientes, pois essas drogas são muito efetivas no controle das manifestações mucocutâneas e articulares. Nesse estudo, a combinação de baixa atividade por 24 meses, ou remissão por 12 meses, associada ao uso de hidroxiclороquina e redução lenta da dose de corticóide até a suspensão, levou a uma redução de 25 vezes no risco de “flares” totais e de 50 vezes no risco de “flares” graves. Também foi observado uma redução de danos avaliados pelo SDI naqueles em que o corticóide foi suspenso .

Um estudo recente feito na China, avaliou 333 pacientes com doença inativa por pelo menos 1 ano, e em uso de apenas prednisona ≤ 7.5 e hidroxiclороquina (ref 11). Doença renal prévia esteve presente em 135 pacientes e doença neurológica em 22. A remissão pelos critérios DORIS foi observada em 188 pacientes. Pacientes com disfunção orgânica grave, ou manifestações graves de Lúpus nos 2 anos anteriores foram excluídos, e nenhuma outra droga modificadora de doença foi permitida nos últimos 6 meses. Os pacientes foram randomizados para 3 grupos: suspensão de tratamento, manutenção com hidroxiclороquina e manutenção de prednisona e hidroxiclороquina. A prednisona foi suspensa em 4 semanas e a hidroxiclороquina na hora do início do estudo, e os pacientes foram seguidos por 33 semanas. Os “flares” ocorreram em 29 pacientes (26,1%), 13 (11,2%), e 5 (4,7%) dos pacientes no grupo sem droga, hidroxiclороquina e hidroxiclороquina-prednisona, respectivamente, após uma mediana de 4.7 meses, com diferença estatística apenas entre o grupo sem drogas e os outros. Flares moderados a graves aconteceram em 8, 6 e 1 pacientes, e flares renais em 7, 2 e 0, respectivamente. A maioria dos “flares” foi cutâneo-mucoso, articular e hematológico. Os fatores de risco para “flares” foram uma dose inicial de prednisona maior que 5mg, idade mais jovem de início da doença e histórico de febre. Nenhuma manifestação sorológica ou clínica prévia teve relação com o risco de “flares”. Não foram



observadas diferenças nos danos entre os grupos. Esses resultados sugerem que a suspensão de corticóides pode ser segura na maioria dos pacientes com doença inativa, mas um regime sem drogas pode levar a riscos inaceitáveis em alguns casos. Também se ressalta o papel da hidroxicloroquina na prevenção de “flares” renais e do surgimento de nefrite lúpica.

Um outro ponto a se considerar após a suspensão dos corticóides é a insuficiência adrenal. Um estudo avaliou a reserva adrenal em 25 pacientes com várias doenças reumáticas, que tiveram flares após a suspensão dos corticóides (ref 12). Todos os pacientes tinham reserva mais baixa que os controles, mas apenas cinco apresentavam níveis sugestivos de insuficiência adrenal. Esses resultados sugerem que a insuficiência adrenal não é a causa principal de falha na suspensão de corticóides, mas pode ser um mais fator a ser considerado. Um outro estudo avaliou níveis séricos de cortisol matinal e a reserva adrenal de 100 pacientes lúpicos com dose menor ou igual a 5mg de prednisona ao dia (média 0.73 ± 1.08 mg/dia) (ref 13). Os autores fizeram uma correlação entre a função adrenal e sintomas associados a qualidade de vida, fadiga, sono e depressão. Observou-se uma tendência a piora nos índices de qualidade de vida, depressão e insônia naqueles com níveis matinais mais baixos. A reserva adrenal foi testada em 39 pacientes, e insuficiência adrenal (IA) foi encontrada em 5 pacientes (12.8%). Os pacientes com IA tinham mais sintomas depressivos e distúrbios do sono, mas os resultados não tiveram significância estatística.

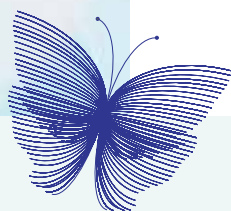
CONCLUSÕES:

Nas séries relatadas na literatura, o número de pacientes com LES que conseguem suspender completamente o uso de corticóide varia amplamente, de 5 a 85%, o que reflete tanto a seleção de pacientes, fatores como disponibilidade de medicamentos e preferências dos médicos. Esses estudos que revisamos, mais recentes, mostram que suspensão de corticóides é viável e desejável na maioria dos pacientes com doença inativa, mas existe um risco aumentado de “flares”, especialmente no primeiro ano após a suspensão. Fica evidente que a suspensão abrupta (30dias) e naqueles com doença ativa ou inativa há pouco tempo pode ser perigosa. Muitos estudos mostram redução de danos após a suspensão. Tanto a LLDAS quanto a DORIS podem ser usadas como critério de inatividade, mas a última parece ser mais segura. Não está definido por quanto tempo a remissão deveria ser mantida antes de se tentar a suspensão, mais quanto maior o tempo,



melhor: A maioria dos estudos inclui pacientes com mais de 1 ano de remissão. Em alguns estudos tiveram risco aumentado de “flares” os pacientes mais jovens, com histórico de nefrite e com atividade clínica residual articular e cutânea. O uso de imunobiológicos, como o Belimumabe e Anifrolumabe, pode ser útil nesses pacientes, e permitir a suspensão de forma mais segura. Atividade exclusivamente sorológica pode ser associada a maior risco, mas a suspensão é segura naqueles com níveis estáveis, especialmente se não ocorrer piora sorológica após a suspensão. Nesses pacientes, a prudência recomenda consultas mais frequentes. Muitas dessas conclusões são obtidas a partir de análises de subgrupos, e devem ser avaliadas com cautela. Outro ponto a ser considerado é a velocidade da retirada do corticóide, quanto mais lenta, menor o risco. Os piores resultados ocorreram com suspensão abrupta, em 30 dias. Protocolos de retirada entre 6 meses e 1 ano parecem mais seguros. O uso de hidroxicloroquina e imunossupressores em doses estáveis e de manutenção previnem flares e novas manifestações da doença. A insuficiência adrenal parece ser infrequente, mas é um fator a ser considerado naqueles pacientes que não conseguem parar o corticóide. Um protocolo de redução lenta certamente reduz esse risco. Um ponto não considerado é o efeito da insuficiência adrenal em quadros de dor crônica associado ao LES, como a Fibromialgia. A maioria dos estudos mostra redução de danos com doses de prednisona menores que 5mg/dia. Quando a suspensão não for possível, a redução da dose pode ser benéfica e deve ser tentada. Outro ponto certamente importante, é a relação da dose de prednisona com o peso corporal, o que é ignorado em todos os estudos. Em uma paciente com 40Kg, 5mg tem efeito diferente do efeito em um homem com 75Kg. Também não se sabe se a suspensão seria segura naqueles pacientes com danos estruturais graves, como insuficiência renal, e naqueles com múltiplos “flares” de atividade grave. Finalmente, quase todos os estudos são retrospectivos e certamente outros com maior número de pacientes, protocolos de retirada melhor definidos e com maior tempo de acompanhamento, são necessários.



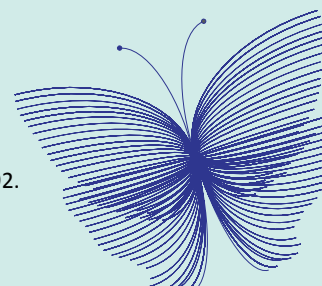
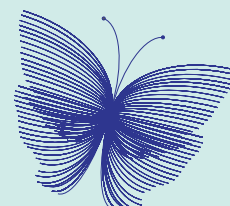


DEFINIÇÃO DE REMISSÃO:

DORIS (2021) ref 14
SLEDAI clínico igual a 0 (não considerar complemento e anti DNA)
PGA menor 0.5 (0-3)
Paciente em uso de dose menor ou igual a prednisona 5, antimaláricos e/ou doses estáveis de imunossuppressores e/ou imunobiológicos
Critérios LLDAS ref 15
SLEDAI menor ou igual a 4
Nenhuma atividade clínica maior
Sem atividade nova
PGA menor ou igual a 1 (0-3)
Dose de prednisona menor ou igual a 7.5
Uso de doses estáveis de imunossuppressores, antimaláricos e imunobiológicos

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1: Fanouriakis A, et al, in Ann Rheum Dis 2024;83:15–29.
- 2: Fanouriakis A, et al in Ann Rheum Dis Volume 79, Issue 6 2020 : 713-723
- 3: Mathian A et al in Ann Rheum Dis 2020, mar 79 (3) 339-346
- 4: Lanlan Ji et al, in Rheumatology (Oxford) 2021: Dec 1; 60 (12) 5517-26
- 5: Fasano S et al in Lupus 2021 May: 30 (6) 991-97
- 6: Tselios K et al in ACR Open Rheumatol 2021 Aug:3(8):550-57
- 7: Lanlaj Ji et al, in Rheumatology (Oxford) 2022, dec;62 (1) 181-189
- 8: Kentaro N et al, in Pediatr Nephrol. 2022, Sep 37 (9), 2131-2139.
- 9: Larlan Ji et al in Rheumatology (Oxford) 2022, dec 62 (1) 181-189.
- 10: Katechis S et al in RND Open 2025, jan 6; 11 (1)
- 11: Yunyun Fe, et al, in Ann Rheum Dis 84 (2025) 274–283.
- 12: Yavropoulou MP et al, in Clin Exp Rheumatol 2022, Sep: 40 (9): 1789-92.
- 13: Karoonkatima M et al, Int J Rheumatol 2023, Nov 10:2023, 1-7
- 14: Van Vollenhoven R F, et al. in Lupus Science & Medicine 2021;1-8
- 15: Franklyn K, et al in Ann Rheum Dis 2016; 15–21.





SOCIEDADE DE
REUMATOLOGIA
DE BRASÍLIA

